



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Conceptos Generales de Sobredentaduras

Joseph Melhem Chakar

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
JOSEPH MELHEM CHAKAR



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES DE LAS
SOBREDENTADURAS.

CAPITULO II

PROCEDIMIENTOS PRELIMINARES.

CAPITULO III

SELECCION DE DIENTES DE SOPORTE.

CAPITULO IV

PASOS CLINICOS PARA LA ELABORACION
DE UNA SOBREDENTADURA.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El propósito fundamental del presente trabajo, es testimoniar de alguna manera el cariño y gratitud que siento hacia la profesión, así como el interés que he sentido al hacer esta Tesis.

Es menester hacer mención de que la Ciencia avanza cada día, y que la Odontología de hoy, será antigua para el mañana, porque el progreso del Hombre ha sido siempre la muestra de su capacidad y creatividad de todos los tiempos.

Por eso, descubrí que este trabajo es avance de la ciencia moderna, que las Dentaduras convencionales anteriormente usadas por extracción de todos los dientes, ya no es conveniente por estudios profundos que han demostrado la pérdida de la Propiocepción, así como el Hueso alveolar, y todas las secuelas que se presentan en el estado desdentado. Pretendo dejar con ésto marcado el interés del estudiante de Odontología, así como del Profesionista a seguir el tratamiento de SOBREDENTADURAS para los pacientes que así lo requieran, y llevar a cabo de la mejor manera un aspecto tanto psicológico, como el de conservar las piezas de soporte que queden en la selección para la realización de la Sobredentadura.

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES DE LAS SOBREDENTADURAS

A. DEFINICION DE SOBREDENTADURAS.

La Sobredentadura es una dentadura soportada por la mucosa alveolar y también por dientes naturales preparados especialmente para este fin llamadas piezas de soporte o asientos basales.

Estos dientes de soporte son tratados endodónticamente y rebajados hasta el nivel de la encía. En algunos casos llevan nada más una obturación con amalgama, en otras una corona de forma redondeada, y otros aditamentos de retención.

TIPOS DE UNA SOBREDENTADURA.

1. La sobredentadura inmediata es la que se incerta inmediatamente después de las extracciones (dientes anteriores).
2. La sobredentadura para pacientes con defectos congénitos y adquiridos los cuales no pueden ser tratados por medios quirúrgicos u ortodónticos.
3. La sobredentadura convencional, es la que se elabora y se hace su inserción después de que transcurrió un tiempo después de efectuar las extracciones de piezas dentarias y hayan sanado completamente los procesos alveolares.
4. Las sobredentaduras parciales removibles.

B. OBJETIVO DE LA RETENCION DE LOS DIENTES.

La extracción de todos los dientes naturales y sustituirlos por una dentadura completa, ya no es un tratamiento ideal, porque ahora se considera las secuelas del estado desdentado desde la pérdida de la propiocepción, hasta la absorción de los procesos alveolares.

C. PROPIOCEPCION.

1) Definición.

La sensación propioceptiva es el sentido inconsciente que da a conocer la posición y el estado de las partes del cuerpo.

Sherrington define la propiocepción como información proporcionada sobre la posición y movimiento del cuerpo y sus partes por medio de receptores.

Un receptor es una terminación nerviosa sensitiva que responde a varios estímulos.

2) Histología y Fisiología.

El ligamento parodontal, tiene un gran número de receptores distribuidos a lo largo de la membrana parodontal, estos receptores son las terminaciones nerviosas de las fibras que provienen del hueso alveolar de apical, hasta el margen gingival. Estas fibras nerviosas son unidas en ramas, para formar nervios de diferente grosor los más gruesos son los mielínicos y sus receptores se encargan del tacto y presión

y los más pequeños son mielinicos o no mielinicos y se encargan del dolor.

No está clara la manera en la cual terminan las fibras nerviosas. Se cree que en los humanos, las fibras gruesas se terminan en forma de nudos coloidales, en forma de terminaciones de Meissner y de ramas irregulares.

Los receptores transmiten los impulsos nerviosos aferentemente através de los nervios apropiados (trigémino y sus ramas) hasta el área de la corteza cerebral localizada en las porciones anteriores de los lóbulos parientales llamada: Corteza Sometica.

Los impulsos se transmiten en las fibras de tipo A β (que son fibras mielinicas de 5 a 15 micras de diámetro) con una velocidad de 30 a 70 m por segundo.

Al llegar estos impulsos, son analizados por los centros especiales , los cuales a su turno programan y envían estos impulsos motores eferentemente por las fibras motoras, destinadas a la Articulación Temporo Mandibular y todos los músculos que intervienen en el movimiento de la masticación.

El ligamento parodontal contiene dos tipos de receptores:

1. Receptores de adaptación rápida.
2. Receptores de adaptación lenta .

1) Receptores de adaptación rápida.

Los cuales son los que se activan bajo una estimulación anormal. En otras palabras, estos receptores mandan impulsos cuando la fuerza aplicada a un diente excede los límites funcionales y fisiológicos para frenar los músculos masticatorios. Los cuales, están destinados a conservar la integridad de los dientes.

2) Receptores de adaptación lenta.

Son los que mandan impulsos continuamente durante todo el período de estimulación normal para programar los músculos e -fectuar y coordinar los movimientos de la masticación. Es muy probable que existan otros receptores en el hueso alveolar por debajo del periostio.

3. RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD NEUROMUSCULAR Y LA PROPIOCEPCION.

La función neuromuscular del sistema masticatorio, depende básicamente de la integración de la realimentación de impulsos sensitivos y la respuesta de las neuronas motoras a nivel de reflejo.

La respuesta motora está programada y motivada por los impulsos sensoriales del mecanismo de propiocepción a nivel subconsciente y de la percepción a nivel consciente.

Los movimientos de la masticación se efectúan por medio de una

relación recíproca entre los músculos que abren y cierran la mandíbula de manera inconsciente. Los receptores periodontales son responsables de la habilidad de la mandíbula de ocluir directamente en posición de máxima intercuspidación durante la masticación. Jerge (1965) dijo: "La actividad de los músculos masticatorios o parte de ellos están dirigidos por receptores específicos y los receptores parodontales, son importantes para determinar la actividad de los nervios motores del trigémino."

Estos procesos que intervienen en la función oral, involucran la innervación sensorial de varios componentes tales, como el ligamento parodontal, la superficie epitelial de la cavidad oral, los músculos de la lengua y boca, los músculos masticatorios y la ATM.

La ausencia, defecto o desintegración del mecanismo de propiocepción, puede dar como resultado, un mal funcionamiento o un cambio patológico o asincronización de los impulsos propioceptivos los cuales pueden causar una desarmonía en el sistema náutico y mal funcionamiento de la ATM.

La retención de dientes naturales para la Sobredentadura, nos proporciona una gran parte de los impulsos de los receptores parodontales. Estos impulsos contendrán información sobre la magnitud y dirección de las fuerzas oclusales y también sobre el tamaño y la consistencia del bolo alimenticio y estos impulsos juegan un papel de pro-

tección y por ello motivan las fuerzas oclusales con las cuales los dientes ocluyen. La extracción o pérdida de todos los órganos dentarios resultan de la pérdida de los impulsos propioceptivos parodontales.

4. SENSIBILIDAD DE LOS ORGANOS DENTARIOS.

Con el objetivo de medir la sensibilidad en los órganos dentarios, se hicieron muchas pruebas, aplicando cargas o fuerzas sobre las diferentes superficies del diente. Se encontró que dos receptores de los dientes anteriores son mucho más sensibles que los dientes posteriores, por ejemplo: hubo respuesta por una carga de 1 g. aplicada sobre el borde incisal de los dientes anteriores y sin embargo, en los dientes posteriores, hubo respuesta al aplicar una carga de 8g a 10g.

Esto demuestra que hay una concentración mayor de receptores en la parte anterior de la boca (punta de la lengua, parte anterior de la mucosa oral y dientes anteriores).

En pacientes desdentados que tienen dentaduras completas, las cargas tenían que estar a mucho más de (80g a 125g) para obtener una respuesta propioceptiva.

En la ausencia completa de órganos dentarios, resulta que la sensibilidad es nula. Por tal motivo, la retención de los órganos dentarios

y en especial los anteriores, no conservan esta sensibilidad.

Hablando de la sensibilidad de los dientes, no podemos continuar sin enfocar la importancia sobre un diente en especial "El canino, y la respuesta canina". Muchos estudios muestran que es el elemento -- más sensitivo de todas las estructuras orales. Kruger y Michel dicen: "los caninos tienen mucho más neuronas que cualquier otro diente". Si se aplican fuerzas sobre los caninos, el paciente puede diferenciar los cambios más mínimos de éstas fuerzas, ya sea en magnitud o en dirección.

El canino es el órgano propioceptivo más importante de todos los órganos dentarios, por ésta razón, la selección de los caninos como piezas de soporte para una sobredentadura, es lo más aconsejable y el más aceptable. Los caninos vienen a ser las piezas de elección por este motivo.

5. PERCEPCION DIMENSIONAL.

Usamos aquí el término de percepción, porque la evaluación comparativa está basada sobre factores conscientes, en la determinación del grosor de un objeto entre las superficies oclusales de los dientes.

No hay duda que en personas con dientes naturales , la detección de objetos y la determinación de su tamaño es mucho más exacta que en personas con dentaduras completas. (aprox. 2mm)

Los receptores intervienen también en la determinación de la textura

del bolo alimenticio. Manly y asociados hicieron un parámetro para la comparación discreta en los cambios de textura en pacientes con dientes normales y pacientes con dentaduras completas.

En el experimento se mezcló diferentes concentraciones de carbonato de calcio con una especie de pudín, las concentraciones eran las siguientes: % 0.1 , -1.0 , 2.0 , 2.9 , 4.8 , 7.4 , 9.1 , 17 , 23, 29. Casi todos los pacientes dentados detectaron la concentración de 2.9% mientras que la mayoría de los desdentados, con dentaduras completas, requerían más de 9.0% para la detección.

Esto indica que en las personas que usan dentaduras completas, la determinación de la textura de los alimentos es mucho más baja que en las personas dentadas. De aquí surge la ventaja de retener unos dientes para la sobredentadura.

6. SENSIBILIDAD DIRECCIONAL.

Los propioceptores en el ligamento parodontal, son distribuidos de manera que puedan responder a cualquier presión o carga sea cual fuere su dirección. Por ejemplo, es suficiente una fuerza de 20g aplicada en dirección horizontal sobre una cara proximal o vestibular para que sea detectada y localizada su dirección.

Por esto se cree que hay diferentes propioceptores en la detección de los diferentes tipos de fuerzas (vertical, horizontal, oblicuas, etc.)

La retención de dientes para una sobredentadura, ayuda a conservar

la sensibilidad direccional.

7. GENERALIDADES SOBRE LA PROPIOCEPCION DENTARIA.

a). Propiocepción y glándulas salivales. - Los propioceptores intervienen indirectamente en el flujo salival durante la masticación regularizando la magnitud de las fuerzas de contricción de los músculos masticatorios .

La secreción de la glándula parótida se extiende y depende de ésta fuerza de constricción. La ausencia de propioceptores del ligamento parodontal resulta en el mal funcionamiento del sistema que regulariza la secreción de la parótida.

b) Propiocepción de dientes desvitalizados. - La desvitalización o tratamiento endodóntico de los órganos dentarios, es completamente independiente del mecanismo propioceptivo y no afecta ninguno de sus aspectos. Esto se debe a que las terminaciones nerviosas provienen del hueso alveolar y no de la pulpa dental. La mayoría de los dientes de soporte de la sobredentadura son tratados endodónticamente.

c) Variación de la propiocepción con la edad. - La habilidad propioceptiva disminuye con la edad. Esta disminución está relacionada con la disminución de la capacidad sensitiva de todo el organismo. El uso de sobredentaduras tiende a retener cada elemento sensorial posible.

D. DESCRIPCION DEL ESTADO DESDENTADO.

El estado desdentado, representa el fracaso del paciente de mantener la integridad de su aparato masticatorio.

Todo el sistema nagtico está involucrado en el proceso de adquisición y trituración de los alimentos. Los dientes y sus tejidos de soporte son los elementos responsables del proceso antes mencionado. Aquí es cuando se ve la importancia del parodonto.

El ligamento parodontal juega un papel muy importante en la conexión de los dientes al hueso. También en la amortiguación y transmisión de las fuerzas funcionales de la masticación.

En un desdentado no existe el soporte parodontal, aquí se nota que uno de los elementos más importantes del aparato masticatorio está ausente y el soporte de las dentaduras es efectuado por diferentes tejidos. Esto hace que surjan muchas diferencias tales como:

1. El soporte de una dentadura es la mucosa que está soportada por el hueso alveolar (maxilar inferior) y el paladar duro (maxilar superior) el cual transmite las fuerzas de la masticación. De aquí se puede observar el stress o la carga anormal la cual deberá de adaptarse a la mucosa y al hueso.
2. Con las dentaduras, la mucosa está forzada a reemplazar al ligamento parodontal.

3. Las fuerzas masticatorias que se presentan con dentaduras son mucho menores que las que producen los dientes (44lib ó 20 kg) con dientes naturales mientras que las fuerzas máximas durante la masticación con dentaduras son de (13 a 16lib ó 6 a 8 kg). En muchos casos puede ser menor.

4. El área disponible de la mucosa para el soporte de las dentaduras es en promedio de 22.96 cm² , en el maxilar superior y de 12.25cm² en la mandíbula mientras que el promedio del área parodontal de los dientes naturales es de 45cm². en cada arcada. No se debe de olvidar que el área de soporte de las dentaduras disminuye continuamente debido a la absorción ósea de los procesos.

5. La mucosa por lo general presenta poca tolerancia para las dentaduras y éstas últimas se limitan cuando se presenta una enfermedad sistémica como diabetes, anemia, hipertensión. Por lo general la mayoría de los prospectos de dentaduras son ancianos.

6. El proceso alveolar hace la función de las dentaduras, poco se conoce sobre los cambios que le ocurren al proceso alveolar en el desdentado, pero se conoce que:

- a) La función puede modificar la estructura interna del hueso.
- b) La presión causa absorción.

c) La tensión causa deposición.

El proceso alveolar desdentado recibe fuerzas verticales, horizontales y diagonales de las dentaduras en un área más pequeña que la del ligamento parodontal, de aquí su absorción.

Mientras que los ligamentos parodontales de los dientes proporcionan fuerzas tensionales a lo largo del área del ligamento parodontal que es más grande.

7. Debido a la resiliencia de la mucosa, las dentaduras se mueven en relación al hueso de soporte durante el funcionamiento.

Creemos que la sobredentadura puede eliminar o minimizar algunos de los antecedentes porque las dentaduras descansan sobre tejidos que cambian progresivamente e irreversiblemente.

8. Debido a que la base de la dentadura está hecha de material rígido, la mucosa oral sobre la cual descansa la dentadura, después de cada compresión necesita 4 horas aproximadamente para regresar a su estado natural y por el estrés continuo, no tiene tiempo necesario para su descanso y por este motivo, causa deformidad de la mucosa.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA.

La sobredentadura tiene muchas ventajas y pocas desventajas.

I. VENTAJAS.

1. Tratamiento efectivo o superior a otro.

En muchos casos la sobredentadura es el tratamiento ideal en pacientes con defectos congénitos tal como microdoncia, oligodoncia, paladar hendido y en pacientes de clase III que no se pueden tratar ortodónticamente o por alguna razón que no se puedan operar quirúrgicamente. Es posible restaurar la oclusión y mejorar la estética.

2. Simplicidad de construcción.

Los procedimientos para la elaboración de una sobredentadura son los mismos que por una dentadura convencional. Además los órganos de soporte nos dan mejor estabilidad en las bases durante el registro de las medidas maxilo-mandibulares y dimensión vertical de oclusión.

3. Facilidad de mantenimiento.

Reparación, alteración o rebase, se hace de la misma manera que por una dentadura convencional.

4. Estabilidad.

La retención de dientes contribuye mucho a la estabilidad de la so-

sobredentadura especialmente si se utilizan aditamentos de atache.

5. Retención.

Las retenciones son excelentes debido a una mejor estabilidad.

6. Posibilidad de dentaduras superiores con paladar abierto.

Debido a la excelente retención, la dentadura superior puede elaborarse sin techo, especialmente si está soportada por dientes anteriores y posteriores como piezas de soporte.

7. Oclusión ideal.

Con la sobredentadura, se puede obtener una oclusión adecuada con una estética aceptable. Es posible tener un Over Lap vertical pronunciada en los dientes anteriores y evitar el desplazamiento de las dentaduras en función.

8. Aceptación excelente del paciente.

El factor más importante que contribuye a la aceptación del paciente de una sobredentadura, es psicológico, pues la mayoría de los pacientes ancianos tienen miedo de perder sus dientes y quieren conservar los que tienen. Al retener los dientes de soporte en su boca, se consuelan porque no están completamente desdentados.

9. Menor trauma a los tejidos de soporte.

Una de las ventajas más grandes en la retención de dientes es que existen tejidos duros (dientes) que soportan las dentaduras. Este inhibe la absorción ósea del proceso alveolar que ocurre con el

uso de dentaduras completas. Además los tejidos blandos son menos traumatizados.

10. Estabilidad de las estructuras existentes.

Aunque puede haber reabsorción de los tejidos donde no hay diente de soporte, pero no ocurre ningún cambio en los sitios donde existen estos últimos.

11. Mínimo de ajuste.

Muy poco ajuste se requiere porque la estabilidad la dan en su mayor parte, los dientes que hayan quedado.

12. Posibilidad de usar anclajes (Hachment) o rebases.

Cuando una área de tejido blando o una protuberancia ósea necesita alivio en la dentadura, es muy difícil conservar un buen sellado. Sin embargo, los rebases pueden ser incorporados a la sobredentadura existente después de su inserción.

13. Conversión a una dentadura completa.

Como la configuración a la extensión de los bordes son los mismos que los de una dentadura completa, es muy fácil convertir una sobredentadura a una dentadura convencional si se extraen los dientes de soporte. Los espacios que ocupaban los dientes de soporte pueden ser rellenados o rebasar la sobredentadura.

14. Facilidad de limpieza.

Como la sobredentadura es removible, las superficies de los dien-

tes de soporte se pueden limpiar fácilmente y así mantenerla limpia.

DESVENTAJAS.

1. Costo elevado.

La sobredentadura cuesta mucho más que una dentadura completa, porque requiere tratamiento endodóntico los órganos dentarios de soporte y su restauración posterior es de oro. También muchas veces se requiere de tratamiento parodontal.

2. Higiene oral exagerada de los órganos de soporte.

Si el paciente no mantiene una excelente higiene, se puede llegar a tener alteraciones cariosas o parodontales, las cuales resultan de la pérdida de éstos órganos y de la sobredentadura.

CAPITULO II

PROCEDIMIENTOS PRELIMINARES

A. EXAMEN. (Historia Clínica).

1. HISTORIA CLINICA MEDICA.

La Historia Clínica Médica es sumamente importante, en lo que respecta a la sobredentadura, por la relación que existe entre el estado de salud general y la cavidad oral. Además como el tratamiento va a incluir procedimientos endodónticos, periodónticos, y quirúrgicos necesita el Odontólogo tener una idea clara de la salud de su paciente y así evitar situaciones indeseables.

La mejor manera de elaborar la Historia Clínica Médica, es de usar un cuestionario apropiado, y aprobado por la Asociación Dental Americana.

A continuación, mencionamos dicha Historia Clínica Médica.

Nombre del paciente. _____

Edad _____ Sexo _____

Dónde nació (entidad) _____ fecha _____

Estado Civil _____

INTERROGATORIO:

1. Se encuentra con buena salud? sí no

Hubo algún cambio en su estado de salud

general en los últimos dos años? sí no

2. Fecha del último chequeo _____

3. Está ud. bajo la atención de un médico? sí no

b) Se le seca la boca fácilmente?	si	no
Hepatitis o enfermedad del hígado?	si	no
Artritis?	si	no
Reumatismo inflamatorio?	si	no
Úlcera péptica?	si	no
Problemas del riñón?	si	no
Tuberculosis?	si	no
Tiene ud. tos continua o esputa sangre?	si	no
Baja presión arterial?	si	no
Enfermedades venéreas?	si	no

Otras _____

8. Tuvo ud. sangrado anormal o exagerado después de extracciones previas?

	si	no
Tiene contusiones con facilidad?	si	no
Tuvo alguna vez necesidad de transfusión sanguínea?	si	no

9. Tiene ud. alguna discrasia sanguínea como anemia?

10. Tiene ud. algún tumor?

11. Está tomando algún medicamento?

Cual o cuales son? _____

12. Está ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos?

Antibióticos _____

Anticoagulantes _____

Medicamentos para la presión alta _____

Cortisonas (esteroides) _____

Tranquilizantes _____

Aspirinas _____

Digitalis o medicamentos para enfermedades cardiacas _____

Nitroglicerina _____

Antihistaminicos _____

Contraceptivos orales u hormonas _____

Otros _____

13. Es ud. alérgico a:

Anestésicos locales _____

Penicilina u otros antibióticos _____

Sulfas _____

Barbituricos _____

Aspirinas _____

Iodina _____

Codeína u otros analgésicos narcóticos _____

14. Tuvo usted algún problema serio con un tratamiento odontológico previo? sí no

2. HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA.

El Cirujano Dentista debe de investigar y anotar la causa de la pérdida de los dientes así como las experiencias odontológicas previas. Y especialmente el fracaso o el éxito de cualquier prótesis que tenga el paciente. También se debe de investigar sobre la higiene oral.

a) Exámen digital y visual.

Se debe hacer un exámen visual y digital de la cavidad oral, como revisar lengua, dientes, labios, encía, piso de boca, paladar duro y blando. El objetivo de este exámen es de ver si existe alguna patología en las estructuras mencionadas.

El exámen digital nos puede proporcionar datos tal como exostosis, borde milohioideo agudo o tuberosidad desplazable y malformaciones sobre los tejidos blandos de soporte.

b) Exámen Dental.

Se debe hacer el exámen dental de los órganos dentarios existentes en la boca y anotar los siguientes datos:

Caries y su extensión.

Obturaciones defectuosas.

Dientes Faltantes

Se debe evaluar también tanto la oclusión como la A. T. M. y todo lo relacionado a ella. Es de suma importancia que se examinen los dientes para deducir la higiene oral del paciente, la cual es un

factor muy importante, en este tratamiento.

c) Exámen Parodontal.

El estado parodontico tiene una importancia muy grande en este tipo de tratamiento. Aunque no siempre, la pérdida de los dientes se debe a una enfermedad parodontal generalmente, casi la mayoría de los candidatos a las sobredentaduras tienen signos y síntomas de enfermedades parodontales crónicas.

El dentista debe examinar minuciosamente y detalladamente el parodonto. Debe checar si hay bolsas parodontales, su profundidad, si hay movilidad y anotar su magnitud y dirección. Generalmente la movilidad es mayor cuando hay absorción ósea, frecuentemente el problema de movilidad se soluciona mediante un tratamiento parodontal. Por esto, no se debe descartar la posibilidad de seleccionar un diente como soporte, si tiene movilidad, además que al eliminarse la corona del diente durante su preparación disminuye notablemente la movilidad. Pero si el diente tiene movilidad vertical y horizontal será destinado a extracción.

Será también de sumo valor, motivar al paciente a una mejor higiene oral explicándole que el éxito de su sobredentadura depende de dicha higiene.

d) Exámen Radiográfico.

Las radiografías periapicales nos ayudarán en la selección de los órganos dentarios de soporte, enseñando la longitud de las raíces y el soporte óseo.

Al examinar las radiografías podemos ver si hay raíces retenidas, dientes impactados, relación corona / raíz, lesiones cariosas, patología periapical, estado de tratamientos endodónticos previos.

B. DIAGNOSTICO.

El Odontólogo debe anotar todas las observaciones del exámen que ya hizo. Para hacer el diagnóstico se debe basar el Odontólogo en los datos obtenidos como el estudio radiológico, estudios de laboratorio y modelos de estudio previamente obtenidos. También será aconsejable tomar radiografías de frente y de perfil del paciente.

C. PRONOSTICO.

Aquí se va a evaluar todos los datos anteriores como la Historia Clínica Médica y Odontológica para ver si el pronóstico va a ser favorable o desfavorable y no fracasar con el paciente cuando se le diga si es conveniente o no lo es ; hacerle una sobredentadura.

D. PLAN DE TRATAMIENTO.

El Cirujano Dentista después de que haya estudiado el caso detalladamente ve si el paciente es un prospecto de tratamiento de sobredentaduras o no. Al mismo tiempo debe tener otros tratamien-

tos alternativos en caso de que el paciente no esté de acuerdo con este tratamiento.

Si se llega a una decisión definitiva y el tratamiento es una sobredentadura, el Odontólogo debe planear este tratamiento y explicar claramente al paciente sobre lo que se va a realizar.

Como es un tratamiento largo y extenso que abarca casi todo : como parodoncia, exodoncia, cirugía, endodoncia y prostodoncia, vamos a poner una lista en la cual enumeramos todos los pasos que se deben hacer checando cada uno de ellos , así como anotar las observaciones . Esta lista va a comprender casos generales que sirven lógicamente para cualquier tipo de sobredentadura: inmediata, convencional, parcial o por defectos congénitos.

LISTA PARA LAS SOBREDENTADURAS.

Nombre del paciente _____

Dirección: _____

Tipo de Sobredentadura _____

PROCEDIMIENTO	Fecha	Observaciones
1. Entrevista inicial		
2. Historia clínica médica dental		
3. Exámen Dentario		
4. Registros de sobredentaduras		
5. Estudio Radiográfico		
6. Diagnóstico de modelo de estudio		
7. Articulación de modelos de estudio		
8. Selección tentativa de organos de soporte		
9. Consultas dentales complementarias		
a) Endodoncia		
b) Parodoncia		
c) Cirugía oral		
10. Selección definitiva de organos de soporte		
11. Medidas pre-tratamiento		
12. Fotografías pre-tratamiento		
13. Tratamiento prerequisites		
a) Extracción de dientes post.		
b) Regularización quirúrgica de contornos		
c) Tratamiento parodontal		
d) Tratamiento endodóntico		
14. Impresiones para la fabricación de cucharillas		
15. Elaboración de cucharillas ajustadas		
16. Impresiones secundarias o Fisiológicas		
17. Obtención de modelos		
18. Rodillos		
19. Registros : Dimensión vert. y rel. cent.		
20. Selección de los dientes.		
21. Articulación de modelos		
22. Articulación de dientes posteriores		
23. Prueba de cera de dientes posteriores		
24. Articulación de dientes anteriores		

PROCEDIMIENTO	Fecha	Observaciones
25. Preparación de órganos de soporte en el modelo.		
26. Enmuflado y pulido de las placas		
27. Prueba en articulador y rectificación		
28. Inserción de la sobredentadura.		
a) Tratamiento preinserción		
b) Preparación de órganos de soporte		
c) Tratamiento de aplicación de flúor		
d) Extracción de dientes anteriores		
e) Adaptación		
f) Interferencia de los órganos de soporte y/o alivio		
g) Instrucciones de postinserción:		
1. orales		
2. escritas		
29. Posinserción (cita) 24 horas.		
a) Irritaciones, identificación y ajuste.		
b) Adaptación sobre los órganos de soporte.		
c) Instrucciones de higiene oral.		
30. Postinserción (citas)		
a) Evaluación y ajuste, zonas de irritación		
b) Evaluación de la higiene oral		
c) Evaluación de la higiene de la sobredentadura.		
d) Aplicaciones consecutivas de flúor en los órganos de soporte.		
31. Fotograffas		
32. Rebase de la sobredentadura		

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES.

Se debe considerar la elaboración de una sobredentadura cuando el resultado de éste tratamiento es igual o superior a cualquier otro.

1 - Desde el punto de vista psicológico, la sobredentadura está indicada cuando el paciente:

1. Se sienta consolado porque todavía existen organos dentarios en su boca y no está completamente desdentado.
2. La explicación de que es un tratamiento superior porque es mejor que una dentadura convencional para que comprenda y aprecie este tratamiento laborioso.
3. Que esté en condiciones de tolerar las citas y el tiempo que es a veces largo en este tratamiento.
4. Que esté de acuerdo del costo más elevado de este tratamiento que para una dentadura convencional.

2 - Desde el punto de vista psicológico la sobredentadura está indicada cuando:

- a) Exista simplemente en las arcadas algún organo dentario aunque sea nada más un sólo órgano.
- b) El pronóstico del tratamiento con dentaduras convencionales no sea el adecuado, como por ejemplo en el caso de un

paladar muy alto, y la inclinación de los procesos sea muy marcada, ya que la estabilidad y retención son muy difíciles de lograr en este caso.

c) Los procesos alveolares son muy absorbidos al extraer los órganos remanentes, y por esto, es imposible la elaboración de una dentadura convencional.

d) Hay necesidad de un gran Over Lap de los dientes anteriores por razones estéticas.

CONTRAINDICACIONES.

La sobredentadura está contraindicada :

- 1) Cuando existe otro método de tratamiento con resultados mejores que los de la sobredentadura.**
- 2) Cuando el paciente no mantenga una higiene oral perfecta.**
- 3) Cuando el paciente no quiere seguir las visitas frecuentes con el dentista después de la inserción de la sobredentadura por la prevención odontológica de los órganos de soporte.**

CAPITULO III

SELECCION DE DIENTES DE SOPORTE.

Los dientes de soporte forman una parte básica e importante de la elaboración de una sobredentadura.

En la construcción de un edificio se toma mucho en consideración los cimientos y los pilares, los cuales van a detener y mantener erguido el edificio. Así mismo, en la boca, los órganos de soporte van a mantener la sobredentadura.

La selección de los órganos de soporte se dividen en dos partes:

1. Selección preliminar.
2. Selección definitiva.

1. SELECCION PRELIMINARIA.

Esta selección se hace a primera vista, cuando se observan los órganos dentarios, los cuales el Odontólogo piensa que serían buenos prospectos. Se marcarán sobre los modelos de estudio y se anotarán en la Historia Clínica del paciente.

Generalmente los órganos de soporte no deben de ser más de cuatro en cada arcada, porque si hay más de cuatro, se adaptan a otro tipo de tratamiento.

2. SELECCION DEFINITIVA.

La selección definitiva se hace una vez que el Odontólogo ya hizo un estudio detallado del caso (radiografías, parodonto, endodoncia, quirúrgico, etc). Se tomarán para esto, las siguientes consideraciones:

1. Relación de dientes con sus tejidos de soporte.
2. El diente en sí mismo.
3. Los tejidos de soporte del diente (parodonto).
4. Número, posición y localización:

1. RELACION DE DIENTES CON SUS TEJIDOS DE SOPORTE.

El órgano de soporte , debe tener raíz larga, (por lo menos 6mm) se debe respetar la relación raíz/corona 6/1. Esta relación es fácil de lograr después de que se rebaja la corona clínica hasta el nivel de la encía.

La raíz no debe tener absorción externa o interna. La primera al progresar, da por resultado un soporte muy débil (sin soporte óseo)

La segunda resulta de la destrucción del diente desde la parte interna hacia la parte externa.

El órgano de soporte no debe ser inclinado en relación a su posición normal como el caso de la pérdida de una pieza contigua y la falta de una prótesis. La inclinación de un órgano de soporte resulta de una mala aplicación y como consecuencia, desplazamiento de éste órgano y por este motivo, se desajusta la sobredentadura o puede causar una inflamación del ligamento parodontal en el lado que recibe más stress y como consecuencia causará dolor.

2. EL DIENTE EN SI MISMO.

El diente de soporte no debe tener caries o si existen, que sean mínimas. Si los dientes tienen caries extensas o activas, esto indica que son susceptibles a la caries y después de ser preparado para la sobredentadura insertada en la boca, pueden tener reincidencias, lo cual será un fracaso del tratamiento.

Tampoco el diente de soporte debe tener defectos estructurales como hipoplasia del esmalte, o dentinogénesis imperfecta, porque estas anomalías significan que este diente es débil.

Como el diente de soporte va a estar tratado endodónticamente no debe tener conductos accesorios. El conducto pulpar debe estar accesible para lograr un tratamiento endodóntico perfecto.

Es preferible que el diente de soporte tenga vitalidad o que sea desvitalizado con un buen tratamiento endodóntico. Por lo general si hay necrosis pulpar habrá patología periapical aunque esta última puede ser tratada por medios endodónticos o quirúrgicos, pero sería preferible si no existieran. En el caso de que no se pueda cumplir con esto, es decir que estemos limitados a órganos con patología pulpar, se hace la lucha por tener un tratamiento adecuado con la condición de que el pronóstico sea favorable.

3. LOS TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE.

Será ideal si el diente de soporte tenga un parodonto sano. Aunque

el índice de personas que son candidatos a las sobredentaduras, tienen enfermedad parodontal, que va desde una simple inflamación de la encía marginal, hasta movilidad y bolsas parodontales. Y por esto, es lógico de pensar que una persona con una higiene oral excelente, no llega nunca a perder sus dientes.

El diente debe tener un estado parodontal aceptable, aunque se haga un tratamiento parodontal antes de la inserción de la sobredentadura, porque si no influyen varios factores después de la inserción de la sobredentadura fracasando así en el tratamiento de dicha sobredentadura que serían:

1. La fricción de la base de la sobredentadura sobre los tejidos adyacentes del diente causan inflamación.
2. Es muy difícil mantener una higiene perfecta de estos pilares, por su aislamiento y reducción de la corona.
3. La forma cónica de la corona que forma un sellado siempre entre la encía marginal y el diente, ya no existe.
4. La base de la sobredentadura impide la fricción de los carrillos y la lengua sobre los tejidos alrededor del diente, esto hace que actúe como estimulante a los tejidos gingivales y su ausencia da por resultado la reducción de la queratinización, la cual hace que los tejidos sean más susceptibles a heridas.

El órgano de soporte no debe tener movilidad y si la tiene que sea horizontal y mínima, después del tratamiento parodontico y la reducción de la corona, se espera un tiempo para comprobar la eliminación de ésta movilidad. Los dientes que tienen movilidad vertical y horizontal, no deben considerarse para este tratamiento.

En la zona del órgano de soporte no debe existir ninguna retención ósea. Si existe la zona gingival que rodea al diente será como un en cierro dentro de la base de la sobredentadura.

4. NUMERO, POSICION Y LOCALIZACION.

Se pueden usar 1, 2, 3, 4 o más órganos de soporte, pero por lo general se usan 3 ó 4.

La posición depende de cuantos órganos de soporte se vayan a utilizar. Si nada más hay un diente disponible, que de preferencia sea un canino. Si son dos órganos, en la mayoría de los casos se usan los caninos (por las ventajas que tienen por ser uniradiculares, tener raíz larga y sensibilidad canina).

Si dos órganos de soporte contiguos son disponibles, no es aconsejable usar los dos porque crean un abultamiento y esto hace difícil la colocación de los dientes artificiales. Se pueden usar también los dos caninos y un premolar o dos caninos y un lateral o central. Estas últimas combinaciones son altamente recomendables en el maxilar cuando en la mandíbula los dientes posteriores están ausen-

tes y los dientes anteriores se encuentran presentes y se usa una placa inferior parcial. :

Esta combinación de dos caninos y un central o lateral, proporcionan un soporte de forma de un trapecoide que recibe el impacto de las fuerzas provocadas por los dientes anteriores inferiores, naturales.

Si son cuatro, lo ideal serán dos caninos y dos segundos premolares, en este caso el soporte primario serán los dientes naturales y los procesos residuales proporcionarán un soporte secundario.

Si son más de cuatro órganos de soporte disponibles, entonces se usará otro método de rehabilitación.

USO DE DIENTES POSTERIORES HEMISECCIONADOS.

La sobredentadura no goza de la ventaja de tener soporte en la región posterior si todos los molares son extraídos. Los molares inferiores a veces son sacrificados y pueden ser excelentes pilares cuando están hemiseccionados. Estos últimos proporcionan soporte adicional y estabilidad para la dentadura. Mantener estas raíces ayuda a conservar el hueso alveolar, la enca adherida y el mecanismo de propiosección. Cuando se usan los dientes anteriores como piezas de soporte, la parte distal de la prótesis solamente tendrá soporte blando. Henderson y Sheffel declararon que: se debe conservar un soporte distal cuando sea posible.

Desde el punto de vista prostodóntico:

Los órganos de soporte posteriores deben ser localizados en esta zona del proceso, lo más cerca posible de la armoidilla retromolar y no presentando ninguna inclinación para eliminar la potencialidad de una acción de palanca que produce inestabilidad. Los molares considerados como órganos de soporte, deben tener por lo menos una raíz periodónticamente sana y que puede ser tratado endodónticamente, que tengan caries o no y que tengan unas raíces inclinadas verticalmente o mesialmente para facilitar el tratamiento.

Desde el punto de vista parodóntico:

Un soporte óseo adecuado, forma y contorno fisiológico de la encía, resultará una bolsa de profundidad mínima y encía adherida adecuada. Se considera hemisección, cuando las otras terapéuticas convencionales no eliminan los defectos existentes. Las hemisecciones en los molares inferiores están indicados:

- a) Cuando hay severa absorción ósea verticalmente pero la parte remanente de la raíz presenta un parodonto fisiológicamente sano.
- b) Cuando el hueso intraradicular está severamente involucrado y los procedimientos de osteotomía no son fracasables.
- c) Cuando se presentan caries no tratables en la región de la bifurcación.

d) Cuando el diente o una de sus raíces está fracturada y no se puede hacer la restauración

Las contraindicaciones de Hemisección en los molares son:

- a) Higiene oral precaria y paciente desinteresado.**
- b) Conductos radiculares que no se puedan tratar endodónticamente.**
- c) Raíces fusionadas.**
- d) Soporte óseo inadecuado por una de las raíces.**

El objetivo de la hemisección es desarrollar un parodonto sano en un diente residual permitiendo el uso de éste último como órgano de soporte en la parte distal de la prótesis mandibular.

Desde el punto de vista endodóntico:

Endodónticamente hablando, tenemos las siguientes consideraciones que son contraindicadas en la selección de las raíces:

- a) Raíces dilaceradas o inoperables en su ápice.**
- b) Raíces que presentan conductos inoperables o una configuración intratable.**
- c) Raíces con conductos accesorios.**
- d) Raíces en las cuales se presente calcificación en los conductos que formarían un obstáculo para el tratamiento endodóntico.**

En el caso que se considere a un molar inferior para la hemisección por lo general se seleccionará la raíz distal , por ser accesible y de fácil manipulación.

Los dientes con pulpa vital tienen un alto grado de éxito al ser tratados endodónticamente, y no así los que presentan reacciones periapicales con patología periapical.

Ahora hablaremos de las consideraciones parodónticas, endodónticas y quirúrgicas, por ser tratamientos que son necesarios para que la sobredentadura tenga éxito rotundo.

CONSIDERACIONES PARODONTICAS.

Como se ha mencionado anteriormente, el objetivo de una sobredentadura, es de disminuir la absorción ósea que ocurre en un proceso alveolar desdentado. Esto se logra por medio de los órganos retenidos, los cuales reciben las fuerzas oclusales y así estimulan los tejidos de soporte óseo y mantienen el proceso alto. Desde el punto de vista anatómico, el hueso maxilar se puede dividir en dos partes:

1. Hueso alveolar .

2. Hueso basal.

1. El hueso alveolar es la parte del hueso que contiene a los alveolos de las raíces dentarias.

2. El hueso basal, es la parte del hueso que viene inmediatamente después del hueso alveolar.

Cuando se extrae un diente , el hueso alveolar se atrofia. (hay reabsorción por falta de uso o función). Esta absorción, en caso de falta completa de piezas dentarias es progresivo y la reducción de los procesos es notable. Esta absorción llega a acabar con todo el hueso alveolar.

Si los dientes están presentes, la absorción ósea no ocurre porque las fibras de Sharpey las cuales son fibras de colágena, no elásticas, resisten las fuerzas funcionales y dan como resultado la estimulación del tejido óseo.

La estimulación está transferida por las fibras parodontales y especialmente las crestas-alveolares y las transeptales, las cuales conectan a dos dientes adyacentes.

Si las fibras crestas-alveolares o transeptales están destruidas, hay formación de bolsas parodontales y migración del epitelio de la encía adherida. Esto da como resultado inflamación de la encía marginal y su retracción.

Cuando una bolsa parodontal se forma apicalmente a las crestas alveolares , las crestas pierden su función y se reabsorben. Es verdad que la función determina la morfología de un hueso. Un ejemplo de reacción fisiológica se puede observar en una persona con poliomielitis, que afectan las piernas, aunque esta enfermedad afecta los músculos pero la falta de función reduce el tamaño del hueso.

La estimulación del hueso alveolar existe aunque el diente está desvitalizado, de aquí la importancia de mantener raíces dentarias para una sobredentadura.

Como en la mayoría de los casos se debe hacer un tratamiento parodontal antes de la elaboración de una sobredentadura, se debe evaluar la situación del paciente. Si tiene alguna condición sistémica que impida una intervención quirúrgica parodontica, o cualquier otro tratamiento parodontico, se debe comunicar y trabajar según los consejos del medico que trata al paciente.

Antes de establecer un plan de tratamiento, el Odontólogo debe hacer un exámen intraoral y extraoral. Debe examinar el estado de la encía, y su tono, también se debe examinar los dientes para ver si hay movilidad y que grado, se debe investigar si hay bolsas parodontales y medir su profundidad. Las radiografías muestran si hay engrosamiento del ligamento parodontal o extensión de sarro a lo largo de las raíces, así como la pérdida de hueso y su extensión.

CONSIDERACIONES ENDODONTICAS.

Los dientes de soporte de una sobredentadura deben de ser tratados endodónticamente.

Este tratamiento debe estar perfectamente hecho, ya que de ello depende el pronóstico de los dientes de soporte y por lo consiguiente, el futuro de las sobredentaduras.

En la mayoría de los casos, los dientes de soporte son uniradiculares y bastante accesibles a un tratamiento endodóntico, pero si no es fácil el Odontólogo general puede remitir al paciente a un especialista.

Los dientes de soporte deben ser clínicamente y radiográficamente evaluados antes de cualquier tratamiento. También se debe estudiar el estado periapical si existe alguna patología.

Cuidados especiales.

Aunque la mayoría de los dientes de soporte son uniradiculares, se debe investigar si en realidad lo son, si existe más de un conducto o no, por ejemplo: los caninos son uniradiculares pero el 5% pueden tener 2 conductos. Los primeros premolares inferiores tienen 2 conductos, los molares que son a veces utilizados como piezas de soporte después de la hemisección pueden también tener variación. La raíz buco-mesial del primer molar superior puede tener 2 conductos y 2 ápices diferentes. Las raíces distales de los molares inferiores, pueden tener dos conductos.

TERAPIA ENDODONTICA.

Como los dientes de soporte son generalmente órganos con pulpa vital, no se requiere más de 2 citas para efectuar la pulpectomía aunque se puede hacer en una sola cita, pero es preferible la terapia con dos citas.

Esto se hace por si ocurriera una infección periapical y no tengamos que desobturar el conducto.

Generalmente se efectúa en la primera cita, el acceso, se extirpa la pulpa y se hace el trabajo bio-mecánico. Se hace la quimioterapia que consiste en poner un medicamento adecuado dentro de la cámara pulpar y se cierra el diente temporalmente hasta la siguiente cita.

Si en la siguiente cita no hay ninguna molestia o infección, se obtura el conducto radicular. Hasta la fecha, el material de obturación de elección es la gutapercha combinada con un sellador de muy baja solubilidad.

Se debe efectuar el tratamiento endodóntico con una asepsia óptima, es decir, que todo el equipo e instrumental sea estéril. El uso del dique de goma es indispensable para la asepsia máxima. Se puede hacer más de un diente para el tratamiento endodóntico en una cita.

IMPLANTES ENDO-ÓSEOS.

Los implantes endo-óseos pueden ser útiles para estabilizar un diente con una raíz muy corta o con pérdida ósea excesiva.

Así se puede proporcionar soporte necesario del diente débil que pueda ser un pilar para una sobredentadura.

Contraindicaciones.

Los implantes intra-óseos no pueden ser utilizados en todos los dientes y son contraindicados:

1. Cuando exista menos de 2mm de soporte óseo alrededor del diente.
2. Cuando una bolsa paradental se extiende hasta el ápice del diente.
3. Cuando las estructuras anatómicas importantes puedan ser lesionadas o impidan su existencia como en el seno maxilar, el nervio mandibular o el nervio mentoniano.
4. Cuando el diente está inclinado de tal manera que el implante penetre en la cortical ósea y se extienda hasta los tejidos blandos.

Cuando se elabore una sobredentadura inmediata, se hace el tratamiento endodóntico conservando la corona clínica del diente, pero si la sobredentadura convencional no es importante su estética, se puede cortar el diente a nivel de la encía para facilitar su tratamiento endodóntico.

CONSIDERACIONES QUIRURGICAS.

Muchas veces un paciente de sobredentadura requiere de una cirugía preprotésica. Por lo general el C. D. refiere a su paciente a un especialista (cirujano maxilofacial) para efectuar las cirugías necesarias. Se debe aclarar al paciente, que el Cirujano Oral no puede hacer maravillas ni tampoco se le puede exigir un tratamiento que resulte imposible.

Las cirugías requeridas en el tratamiento, tienen que ser con la mayor delicadeza y fineza posibles, así como su consideración amplia y estudio detallado del caso.

Las cirugías preprotésicas para una sobredentadura difieren de las cirugías protésicas de una dentadura convencional, porque son muy restringidas. Es muy importante considerar la parte de la inserción y mantener un proceso alveolar adecuado para cubrir los dientes de soporte. Por esto, antes de la cirugía, se debe tomar en consideración los siguientes factores:

1. Mantener un recubrimiento alveolar y las raíces que van a ser retenidas.
2. Espacio para la base de la dentadura y para los dientes de la misma.
3. Remoción de las retenciones, exostosis, torus, con el fin de mantener el recubrimiento alveolar para las raíces.
4. Que se mantenga la inserción de las bases de la sobredentadura.
5. El tejido blando redundante sea removido.

En la mayoría de los casos se hacen extracciones múltiples de los dientes (o de restos radiculares) posteriores y al mismo tiempo, se debe realizar los procedimientos quirúrgicos relacionados con este paso.

La alveoloplastia cuando es necesaria, se debe hacer de manera muy conservadora.

El dentista debe proporcionar al Cirujano Oral, un splint de acrílico transparente elaborado según lo juzgue necesario y que sirva como parámetro al cirujano oral.

PREPARACION DE LOS DIENTES DE SOPORTE Y TIPOS DE ADITAMENTOS DE RETENCION.

Una vez hecho el tratamiento endodóntico, parodontológico, y quirúrgico, se procede a preparar los dientes de soporte.

I. PREPARACION DE LOS DIENTES DE SOPORTE.

Se reduce la corona del diente de 3 a 8 mm de manera que la preparación quede un poco arriba del proceso residual y se le da forma redonda.

La cantidad de desgaste depende de la longitud y forma de la raíz y de las estructuras adyacentes: hueso y encía. También el número de pilares influyen en la longitud de la preparación. La altura de las preparaciones nos proporcionan mayor estabilidad lateral.

Los dientes preparados pueden ser obturados (en la parte de su cámara pulpar o conducto radicular) con amalgama o resinas y las super-

ficies que quedan del diente serán pulidas.

Existe otro método en el cual los órganos de soporte son restaurados con una corona de oro. Se debe poner mucho cuidado al terminar el margen gingival y que sea bien delimitado en caso de que haga falta retención, se puede ayudar por medio de un pivote que entra en el conducto radicular.

Esta técnica tiene las siguientes ventajas:

- a) Protección de los órganos de soporte contra la caries.
- b) Protección de los órganos de soporte contra la abrasión producida por la sobredentadura.

Pero sus desventajas son las siguientes:

- a) El margen gingival es sujeto a la acumulación de placa que puede producir enfermedades parodontales.
- b) Aumento de la complejidad del procedimiento.
- c) Aumento del costo.
- d) La complicación en el aumento de la retención.

Cuando se trata de sobredentadura inmediata, las preparaciones pueden ser efectuadas sobre los modelos de trabajo. Al momento de la inserción se pueden ajustar los lugares en donde descansan sobre las preparaciones de acrílico de autopolimerización. Si las preparaciones son para coronas de oro, se hacen en la boca antes de la toma de impresión y se colocan provisionales.

Cuando se utilizan aditamentos de retención, se hacen las preparaciones de manera que se puedan colocar estos aditamentos. Generalmente, por esto se debe reducir bastante la corona para dejar lugar a los aditamentos. La ayuda del pivote es aconsejable en estos casos para proporcionar mayor retención a los aditamentos.

II. Conectores.

Aunque existen muchos tipos de aditamentos de retención o conectores, se pueden dividir en dos grupos:

1. Conectores resilentes.

2. Conectores no resilentes o rígidos.

1. Conectores resilentes.

Generalmente son de tipo hembra - macho, pero las dos partes son de material sólido. Los conectores rígidos, son indicados en el caso de que el espacio interoclusal es limitado, es decir, corto, también están indicados cuando los dientes son estables o cuando el prostodoncista no desea movimiento o potencialidad de movimientos de las bases.

Cuando se usan conectores rígidos, deben de estar unidos por una barra metálica que forma parte de la base de la sobredentadura.

Otra de las variedades de los conectores rígidos, son los conectores magnéticos, los cuales tienen el elemento magnético en la parte de la base de las sobredentaduras.

CAPITULO IV

PASOS CLINICOS PARA LA ELABORACION DE UNA SOBRE- DENTADURA.

SESION 1

Exámen inicial del paciente y diagnóstico prospectivo.

Se divide en 3 fases :

1a. Fase: Entrevista.

Nos va a dar la oportunidad de conocer al paciente físicamente y psicológicamente, para determinar su deseo y espectación del tratamiento dental. Para establecer además una relación amistosa y ganar la confianza del paciente. Conocer y discutir con él su estado de salud general por medio de un cuestionario especial llenado por él o por ayuda del asistente. Conocer su historia dental y experiencias previas (satisfactorias o insatisfactorias)

2a. Fase: Exámen oral y dental.

Se hace con el objeto de determinar el estado oral actual, tejidos blandos como lengua, labios, estado parodontal, etc.

Hacer una evaluación del estado dental y determinar el tipo de atención requerida. Este exámen debe de ser minucioso y debe comprender:

- 1. Encfa y parodonto (sarro, bolsas parodontales, movilidad etc.)**
- 2. Higiene Oral y placa bacteriana**
- 3. Procesos alveolares y estado del hueso por medio de radiografías.**

4. Exámen dental general de las piezas remanentes y especialmente de las que puedan ser prospectos para órganos de soporte. (selección tentativa).

Se hace una historia dental completa y amplia.

a) Tratamiento endodóntico (accidentes, traumas, dolor, hipersensibilidad).

b) Cambios de color (alteraciones traumáticas, restauraciones, caries, superficies oclusales).

c) Tejidos blandos al rededor, alteraciones gingivales, parodontales, sarro, bolsas parodontales, movilidad dentaria y también se hace palpación para ver su consistencia.

d) Tejidos duros al rededor. Por medio de radiografías, se observarán si hay alteraciones periapicales, quistes, granulomas, abscesos).

e) Raíces (por medio de radiografías) podemos observar la longitud, morfología, número, inclinación, relación corona-raíz .

f) Prueba de vitalidad, vitalómetro eléctrico.

3a. Fase: Preparativos para la siguiente cita.

La primera parte comprende la información obtenida del paciente, su historia clínica, y las observaciones y anotaciones del exámen oral.

La segunda parte, está dada por las series radiográficas periapicales y oclusales.

La tercera parte, comprende la toma de modelos de estudio de las dos arcadas.

Entre la primera cita y la segunda, el cirujano dentista va a estudiar y analizar el caso basándose sobre los datos, las radiografías y los modelos de estudio. Así se va a determinar si el paciente es un buen candidato para sobredentaduras o no. Se planea el tratamiento y se evalúa el costo.

SESION 2

Diagnóstico, y Plan de tratamiento.

Ya hemos dicho que se hace el estudio del caso antes de que llegue el paciente. En la cita se hace el diagnóstico definitivo basándonos en los datos recogidos en la primera cita, ayudándonos de los modelos articulados y la presencia del paciente quien nos ayudará a:

- 1. Verificar y reforzar nuestro estudio o análisis.**
- 2. Informarle de su estado oral.**
- 3. Presentarle el plan de tratamiento adecuado (sobredentaduras).**
- 4. Discutir con él las ventajas y desventajas de este tratamiento.**
- 5. Explicarle los diferentes procedimientos necesarios.**
- 6. Presentarle otras alternativas y darle las recomendaciones más benéficas para él.**
- 7. Darle un presupuesto del costo y manera de pago.**

Si llega a un acuerdo el paciente y nos dá su autorización por escrito, el tratamiento se inicia.

Posteriormente se le toman unas fotografías de perfil, de frente, etc. Se seleccionan definitivamente los órganos de soporte y se marcan sobre el modelo.

Se le dan algunos consejos sobre la higiene bucal y su necesidad vital en el pronóstico y éxito de la sobredentadura. También se le dá una técnica de cepillado. Se inicia el tratamiento de las piezas de soporte tales como:

- a) Remoción de caries , y obturaciones temporales.
- b) Remoción de obturaciones y restauraciones previas para examinar por debajo de ellas (porque a veces no se ve la reincidencia de caries en la radiografía.

SESION 3

Extracciones.

Llegando a esta cita, el paciente ya está preparado para las extracciones, siempre es aconsejable la premedicación anestésica y postoperatoria especialmente cuando después de las extracciones hacemos alveoloplastias.

Para sobredentadura mediata:

Según la capacidad del paciente y dependiendo de su estado de salud general, se fijará el número de extracciones que realizarán , si es

necesario, se pueden hacer en más de una cita.

Para sobredentadura inmediata.

Se hace nada más la extracción de los dientes posteriores dejando los dientes anteriores hasta el momento de la inserción de las sobredentaduras.

También se hace cualquier regularización de proceso en las zonas posteriores en ésta cita. Debemos recordar que en la regularización del proceso, debemos de limar únicamente el tejido que no es recomendable que permanezca.

Debemos estar preparados para tratar cualquier tipo de shock (pero esto se evita con una buena historia clínica y premedicación adecuada). También debemos de estar preparados para cohibir cualquier hemorragia que pudiera presentarse.

SESION 4

Tratamiento endodóntico de órganos de soporte.

Aprovechando el lapso necesario para la cicatrización de los procesos, se efectúa el tratamiento endodóntico de los órganos de soporte.

Para preparar los órganos de soporte, se necesita reducir una gran parte de la corona expuesta por eso, está indicado el tratamiento endodóntico en estos órganos (algunos autores mencionan que si hay una gran recesión de la pulpa y según la radiografía, la reducción de la corona no va a exponer la pulpa, no es necesaria la endoconcia).

El éxito de una sobredentadura depende de un pronóstico favorable de la endodoncia de los órganos de soporte.

Los órganos dentarios que tienen vitalidad tienen mejor pronóstico mientras que las piezas con necrosis, el pronóstico no es tan favorable y lo será si la endodoncia es perfecta. Por eso se especificó este punto en la selección de los órganos de soporte.

Los tratamientos endodónticos previos que tienen estos órganos no están contraindicados para su selección, pero en esta cita, es el momento de evaluar si es perfecto o no y si existe patología periapical.

Los dientes obturados con puntas de plata que llegan hasta la corona, deben ser desobturados y obturados de nuevo con gutapercha.

En esta cita, también se hace el acceso, la eliminación del paquete vasculonervioso y el trabajo biomecánico y en las próximas citas, la obturación. Dependiendo del estado del paciente y del tiempo del dentista, se tratan una pieza o todas al mismo tiempo por el hecho de que tenemos que esperar aproximadamente de 6 a 8 semanas para la cicatrización completa de los procesos, por lo que tenemos bastante tiempo para efectuar las endodoncias.

La obturación de los conductos será siempre con gutapercha mas un sellador de baja solubilidad. La cámara pulpar será obturada con amalgama y así el diente de soporte estará listo para cualquier

tipo de preparación que venga después.

SESION 5

Tratamiento parodontico.

Para sobredentadura mediata.

Se realizará con anterioridad la evaluación parodontal e higiene oral.

Ahora ya estamos nada más con los dientes de soporte y dependiendo del estado parodontal de nuestro paciente, se realizará el tratamiento adecuado, así será el éxito o el fracaso de la sobredentadura.

En esta cita se hace la eliminación completa de sarro o cualquier otro tratamiento adecuado, necesario para la perfección del parodonto.

Se hace control de placa bacteriana, se efectúa la prueba de tinción y vemos si el paciente se adaptó a las técnicas de cepillado adecuadas y recomendadas con anterioridad.

Para sobredentadura inmediata.

Se efectúa el mismo procedimiento antes expuesto. También se hace la remoción de sarro o el tratamiento de bolsas parodontales abarcando los dientes anteriores remanentes. Esto se hace con el fin de que en el momento de las extracciones, el parodonto esté sano y no nos presente problemas postoperatorios especialmente después de las extracciones porque vamos a insertar la sobredentadura.

SESION 6

Impresiones (preparación de los órganos de soporte en sobredentaduras mediatas).

Para sobredentadura mediata.

Como ya tenemos los órganos de soporte únicamente ya tratados endodónticamente y parodonticamente, proseguimos a efectuar la preparación de estos dientes y tomar las impresiones primarias o tomarlas antes de la preparación de los órganos de soporte (los cuales pueden ser preparados en el modelo positivo de la misma manera que se va a preparar en la boca).

Una vez obtenidos los modelos, se procede a la elaboración de las cucharillas ajustadas para la rectificación de bordes.

Para sobredentadura inmediata:

Se toman impresiones totales de los dos procesos obteniendo el modelo positivo, elaborándolo de la siguiente manera:

1. Se hace la cucharilla ajustada para la zona posterior del proceso, teniendo como límite el borde gingival palatino o lingual de los dientes anteriores.
2. Cubrir los dientes anteriores con cera y elaborar una cucharilla ajustada para todo el proceso.

SESION 7

Rectificación de bordes.

Toma de impresiones secundarias.

Para sobredentadura mediata.

Se procede a la rectificación de bordes como para una dentadura regular. Se toman las impresiones secundarias, se corren los modelos. En los órganos de soporte, ya preparados se aprovecha la cita para efectuar al mismo tiempo una aplicación de flúor. (fluoride Tx).

Para sobredentadura inmediata.

Si las cucharillas fueron elaboradas:

a) Técnica no. 1. Se rectifica la parte posterior de la cucharilla tipo Rim Lock y se toma la impresión secundaria.

b) Técnica no. 2. Se rectifican todos los bordes y después se toma la impresión secundaria. Se corren los modelos.

SESION 8.

Toma de registros (dimensión vertical, relación céntrica y selección de dientes).

Para sobredentadura mediata:

Teniendo las placas bases con los rodillos, se procede a la toma de los registros. En esta sesión se toma la dimensión vertical y la relación céntrica y se seleccionan los dientes.

Para sobredentadura inmediata.

Teniendo las placas bases con los rodillos, en la parte posterior podemos tomar los registros.

La presencia de los dientes anteriores es una gran ayuda para obtener la dimensión vertical.

La relación céntrica se toma de una de las varias formas disponibles (la mejor es a la que se adapte el paciente y el dentista). Se efectúa la selección de los dientes. Posteriormente montamos en el articulador.

SESION 9.

Prueba en cera.

Colocación de coronas o de conectores en el caso de sobredentaduras mediatas.

Para sobredentadura mediata:

Teniendo las placas bases con los dientes articulados, se prueba en la boca del paciente. Se chequean todos los movimientos y se efectúan las rectificaciones necesarias. También en esta cita, se colocan las coronas elaboradas o la parte de los conectores en cuestión para los órganos de soporte.

Para sobredentadura inmediata.

Teniendo los dientes posteriores articulados, se procede a chequear estos últimos. También se chequean todos los movimientos y se ha-

cen las rectificaciones necesarias. Después de la sesión no. 8, sobre el modelo, se quitan los dientes anteriores y se articulan los dientes artificiales cubriendo esta zona (anterior) del proceso con cera.

También se rebajan los órganos de soporte de la manera en que van a quedar en la boca.

SESION 10.

Inserción.

Para sobredentaduras mediatas:

En esta sesión, tenemos las sobredentaduras enmufladas y pulidas, en otras palabras, listas al igual que las piezas de soporte. Se coloca la sobredentadura en la boca del paciente. Con papel de articular, se verifica si hay puntos altos y/o puntos de interferencia y se hacen las rectificaciones necesarias. Y se hace la recomendación al paciente sobre la higiene oral y de la sobredentadura que deberá mantener.

Para sobredentaduras inmediatas.

- 1. Preparación de los órganos de soporte usando como referencia las preparaciones en el modelo de trabajo.**
- 2. Tratar con flúor (Fluoride Fx) los órganos de soporte.**
- 3. Colocar las coronas o amalgamas en las superficies oclusales de**

los órganos de soporte.

4. Extracción de los órganos anteriores.
5. Regularización o alveoloplastia si es necesaria.
6. Inserción de las sobredentaduras ya listas.
7. Checar los puntos de interferencia y eliminarlos si existen.
8. Evaluación de la oclusión de la sobredentadura.
9. Recomendaciones tanto orales como escritas postoperatorias.

SESION 11.

Solamente en sobredentaduras inmediatas. 24 horas después de la inserción. En esta sesión, se hace una evaluación del estado de sobredentadura-paciente después de 24 horas y el ajuste necesario y las adaptaciones de los órganos de soporte. Para esto se hace lo siguiente:

1. Preguntar al paciente las observaciones y molestias de la sobredentadura durante 24 horas.
2. Remoción de la sobredentadura y anotar si hay facilidad o dificultad en la remoción.
3. Examinar la cavidad oral y el campo quirúrgico por si hubiera alguna alteración o inflamación.
4. Poner pasta especial que marca la presión en los bordes dentro de las sobredentaduras y además insertarla porque así podemos obtener las áreas de molestia.

5. Ajustar o liberar las marcas de molestia rebajando la sobredentadura.
6. Si existiera un desajuste en el área de los órganos de soporte, se aumenta resina acrílica a la sobredentadura en esta zona y se adapta bien sobre los órganos de soporte.
7. Evaluación (secundaria) de oclusión y ajustes en el caso de que sean necesarios.

SESION 12.

Evaluación subsiguiente y ajuste.

Para sobredentadura mediata.

Esta sesión se hace de 2 a 4 semanas después de la inserción.

Objetivos:

1. Preguntar al paciente si es confortable o no su dentadura.
2. Examinar la cavidad oral , tejidos blandos de soporte y aliviar las zonas irritantes de las sobredentaduras.
3. Examinar también los órganos de soporte y sus tejidos parodontales adyacentes. Si hay retracción de la encía alrededor de los órganos de soporte, es que hay demasiada presión de la placa en esta zona, lo cual, se debe aliviar.

Si hay agrandamiento gingival es que hay un hueco en esta zona. En este caso, se recomienda que el paciente descanse de su mucosa

hasta que la zona donde se encuentra el órgano de soporte, regrese a su normalidad y se rebasa la sobredentadura para obtener un ajuste perfecto en estas zonas.

4. Si se nota una atrofia gingival, debido a la falta de estímulo, se puede estimular los tejidos de soporte masticando chicle.
5. Se hace una evaluación de la higiene bucal y del mantenimiento de las sobredentaduras y se le hacen recomendaciones.
6. Se aplica flúor a las piezas de soporte.
7. Se cita al paciente dentro de 6 a 8 semanas después para seguir observando la sobredentadura.

Para sobredentaduras inmediatas.

Los pasos son diferentes a los de las sobredentaduras mediatas. Van a programarse una serie de sesiones (1 semana, 2 semanas, 3 semanas, 6 semanas y 2 meses después). Esto es con el fin de llevar una observación bien cerca de la cicatrización la cual necesita aproximadamente de 6 a 8 semanas y evaluar continuamente las respuestas de los tejidos y sus reacciones.

Objetivos:

1. Ajustar y aliviar las zonas irritantes.
2. Examinar la cavidad oral, evaluación de cicatrización y epitelización de los tejidos blandos de soporte.

3. Remoción de sutura (en caso de cirugía).
4. Implementar la terapia de masticar chicle para estimular los tejidos de soporte.
5. Evaluar el parodontio de los órganos de soporte (observar si hay recesión, agrandamiento, o formación de bolsas parodontales).
6. Evaluación de la higiene oral recomendadas.
7. Evaluación de limpieza de sobredentaduras y recomendaciones.
8. En estas sesiones, se aprovecha para la aplicación tópica de flúor.
9. En la sesión de los dos meses, se evalúa la estabilidad y retención de la sobredentadura.

Por lo general se aflojan y necesitan rebase.

CONSIDERACIONES ESPECIALES.

El éxito del tratamiento de sobredentadura, depende en gran parte de la colaboración del paciente y de que siga las instrucciones del dentista al pie de la letra.

Se debe motivar al paciente generalmente por la satisfacción de que no está totalmente desdentado y así cooperar con su dentista.

INSTRUCCIONES POSTINSERCIÓN

Se debe aclarar al paciente, desde el principio lo importante de la higiene oral . Como las instrucciones verbales se pueden olvidar,

es aconsejable darlas por escrito.

No se debe usar cepillos duros, ni para limpiar los órganos de soporte, ni tampoco para la base de la sobredentadura. Esto se debe al efecto abrasivo que tendrá este cepillo. El dentista debe recomendar un cepillo parodontico suave.

Se debe remover la dentadura de la boca y ponerla en un vaso de agua con una cucharada de hipoclorito de sodio al 6% y un medicamento efervescente para remover las partículas alimenticias.

Se debe cepillar el proceso alveolar con el cepillo suave. Se puede usar una cantidad mínima de pasta dental por el sabor. Se debe cepillar la dentadura bien y asegurarse que la solución de hipoclorito de sodio está totalmente removida.

CUIDADO DE LOS ORGANOS DE SOPORTE.

Los órganos de soporte deben limpiarse bien después de cada comida. Esto se efectúa por cepillado con un cepillo suave, el cual se mantiene con una angulación de 45° sobre el órgano de soporte y se efectúan varias vibraciones, también se usa hilo dental o tiras plásticas.

Si el paciente no tiene la capacidad de hacer lo anterior, se le coloca a la extremidad de su cepillo, una copa de pulir hule y se le recomienda que use una pasta dental con fluoruro y frotar con esta goma vigorosamente los órganos de soporte.

COMPLICACIONES.

Las investigaciones muestran que la mayor complicación en una sobredentadura es: Enfermedad parodontal que incluye:

- a) Pérdida de la encía adherida.
- b) Movilidad dentaria
- c) Inflamación de los tejidos blandos con el cambio de color y tono.
- d) Formación de bolsas parodontales.

Las causas de estas secuelas pueden ser a la falta de higiene oral, o falta de ajuste de la sobredentadura.

FALTA DE HIGIENE ORAL.

En varias ocasiones, hemos mencionado la importancia de la higiene oral que consiste en mantener en estado de salud al parodonto. En las visitas periódicas del paciente con su dentista, se puede descubrir este problema y prevenirlo estimulando y motivando al paciente para que mejore su higiene oral.

FALTA DE AJUSTE.

Si la sobredentadura está mal adaptada en los lugares donde se sienta sobre los órganos de soporte, pueden irritar los tejidos blandos alrededor de estos órganos, ya sea por una presión o irritación continua por un espacio vacío que exista en esta zona debido a un frotamiento continuo entre la base del diente.

También en las visitas periódicas se debe checar este punto y corregirlo cuando sea necesario.

Otras complicaciones, es la caries. El diente de soporte aunque está preparado y pulido puede ser atacado por la caries. Aunque tiene una corona de oro la caries puede atacar su raíz si hay recesión gingival o formación de bolsas.

FRACASO DEL TRATAMIENTO DE LA SOBREDENTADURA Y SUS CAUSAS.

El fracaso en este tratamiento se define por pérdida de los órganos de soporte y conversión de la sobredentadura a una dentadura convencional.

Las causas de la pérdida de los órganos de soporte son:

- a. Mal diseño de los dientes de soporte.
 - b. Mal estado del tejido blando alrededor de los dientes de soporte.
 - c. Mal tratamiento endodóntico.
 - d) Mal contacto de la dentadura con los dientes de soporte.
- a. Mal diseño de los dientes de soporte.

Se debe de hacer el diseño correcto de la preparación en forma redonda (gnomo) de la porción coronaria, para no dar un contacto cercado a la dentadura con su soporte y para proporcionar superficies lisas que no tengan la placa bacteriana.

b. Mal estado de los tejidos blandos que rodean el diente de soporte. La necesidad de restablecer un estado de salud óptima en el parodonto fué descrita ampliamente en otro capítulo. El fracaso de obtener una anchura adecuada de la encía adherida, crea frecuentemente extensión de bolsas parodontales si la higiene oral es insatisfactoria.

c. Mal tratamiento endodóntico.

Raramente es posible rebajar el diente de soporte sin tratarlo endodónticamente y obturar su conducto. En ocasiones cuando hay abrasión severa y la corona es bastante reducida y produce la retracción pulpar, es posible rebajar el diente sin hacer tratamiento endodóntico. Por eso, un tratamiento endodóntico perfecto es necesario en los órganos de soporte.

d. Mal contacto de la dentadura con los dientes de soporte.

Debe de haber un buen contacto entre la dentadura y los órganos de soporte. Cuando hay fuerzas excesivas aplicadas a la sobredentadura, se hace mal contacto con los órganos de soporte y de la sobredentadura, esto se puede arreglar rebasando localmente la base de la dentadura en el área de soporte.

Primero, se hace aliviando la zona de soporte rebajando la base de la dentadura, después se hace el rebase directamente en la boca colocándolo en las zonas de alivio, acrílico de autopolimerización, se protegen

los soportes con vaselina. Al polimerizar el acrílico se retira la placa y se quitan los excedentes.

Es suficiente mencionar que el fracaso de una sobredentadura, es que no se cumplan los requisitos para una dentadura regular, tal como estética, extensión de la base, registros intra y extraorales, porque son diferentes estos registros, ya que existen dientes de soporte naturales en el paciente y en una dentadura regular no existe ningún diente natural.

PREVENCION QUIMICA PARA LOS DIENTES DE SOPORTE.

Los dientes de soporte presentan un gran riesgo de ser atacados por la caries debido a que tienen una parte de la dentina expuesta continuamente a los fluidos bucales.

Aunque todos los programas de la Odontología Preventiva están dirigidas a proteger el esmalte en una edad temprana cuando el diente está bastante susceptible a la caries, en los pacientes con sobredentadura la prevención está dirigida hacia la protección de la dentina expuesta.

No hay duda de que los diferentes compuestos de flúor (fluoruro de estaño, de sodio, de amonio) reducen la solubilidad de la materia inorgánica del esmalte y de la dentina.

Para un paciente con sobredentadura la prevención consiste en dos

tratamientos:

1. Un tratamiento diario con fluoruro de estaño en forma de gel al 0.4%. Este gel se debe aplicar 2 veces al día, en la mañana antes de la inserción de la sobredentadura, y en la noche después de un buen cepillado de los órganos de soporte.

La aplicación se hace de la siguiente manera:

Después de cepillar los dientes y lavarse la boca, se aplica el gel sobre un cepillo dental y se empapan los órganos de soporte con un movimiento rotatorio suave durante un tiempo de 20 a 30 segundos. Después se dispersa el gel en toda la boca y se guarda por 2 minutos. El paciente escupe pero no se enjuaga la boca, esto es con el objeto de retener el fluoruro dentro de la boca el cual proporciona mayor protección.

2: Un tratamiento periódico (cada mes) en el consultorio dental. Este tratamiento consiste en la aplicación de solución de fluoruro de alta concentración. En estas visitas se checa la dentadura en todos los aspectos así como la boca, proceso alveolar, encías y órganos de soporte. La aplicación de flúor consiste en la aplicación por 2 minutos de APF al 0.31% seguido de la aplicación por 2 minutos de Fluoruro de estaño o Sn F_2 o $\text{NH}_2 \text{F}_2$.

El objetivo de la aplicación de dos diferentes tipos de soluciones de fluoruro es para reducir la solubilidad de los tejidos. Experimentos muestran que al aplicar solo un tipo de protección aumenta hasta 94% pero después del lavado se reduce al 17% (por la exposición de la saliva por 24 horas). Mientras que con el uso de dos soluciones, la protección después de 24 horas es bastante alta, en un 78%.

Estos dos tipos de tratamiento son de primera importancia para los pacientes con sobredentadura, porque de ellos depende la protección contra la caries de los órganos de soporte y como consecuencia el éxito de la sobredentadura.

CONCLUSIONES

Ha sido muy interesante hacer esta investigación, y pretendemos inquietar al estudiante de Odontología para que siga documentándose al respecto y ampliar más sus conocimientos de este nuevo procedimiento de Sobredentaduras, ya que es muy extenso y nos sería imposible mencionar todo al respecto.

Esperamos que se haya abierto también un nuevo horizonte hacia la Prosthodoncia, con este tipo de sobredentaduras, y sirva en verdad, para aplicarlo con el debido esmero y dedicación a pacientes que requieran dicho tratamiento y hacerles de su conocimiento, este procedimiento, para no extraer los órganos dentarios que estén presentes en el maxilar o la mandíbula porque servirán de sostén para la sobredentadura y mantener así su proceso alveolar que se desgastaría muy rápido en una dentadura convencional.

A su vez, dejamos este trabajo hecho con empeño y esfuerzo para que lo manejen y lo apliquen a pacientes que lo requieran.

BIBLIOGRAFIA

OVERDENTURES

Brewer-Morrow
Second Edition
Editorial: Mosby

IMMEDIATE OVERDENTURES

Robert M. Morrow
Editorial: Mosby

ENDODONTICS

John I. Ingle
Edward E. Beveridge
2nd. Edition -Mosby

ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY

Kruger
5° Edition.
Editorial Mosby.

PROSTHODONTIC TREATMENT FOR EDENTULOUS PATIENTS

Baucher - Hickey - Zarb
7° Edition.
Editorial Mosby

PERIODONTICS

Grant - Sfern - Everett
5° Edition
Editorial Mosby

MEDICAL PHYSIOLOGY

Gayton
6° Edition
Editorial Mosby.