



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

CESO

N 325 1988

Donación

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

T.O.
325 #
325
1988

00325

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SOBREDENTADURAS

MARIA PAULA ALZATE OCAMPO

ADRIANA SANCHEZ BRAHIM

Bogotá, Mayo de 1.988

11-6-01-00

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA - COLOMBIA

SOBREDENTADURAS

MARIA PAULA ALZATE OCAMPO

ADRIANA SANCHEZ BRAHIM

Monografía presentada en cumplimiento parcial de los
requisitos exigidos para optar por el Título de Odon
tólogo

Bogotá, Mayo de 1.988

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos muy especiall
mente al Doctor Freddy -
Osorio Gegehertz su in -
mensa colaboración en la
elaboración de este traa
bajo, que sin su valiosa
ayuda no hubiera sido poo
sible realizar.

Bogotá, D.E. Mayo de 1.988

Doctora I

MARISOL ARANGO DE LEON

Decana Facultad de Odontología.

Respetada Doctora:

Nos permitimos presentar a usted, para su estudio y aprobación nuestra monografía de grado, titulada - SOBREDENTADURAS, trabajo realizado bajo la dirección y supervisión del Doctor LUIS FREDDY OSORIO GEGNHERZ.

Esperamos que el trabajo cumpla el objetivo fijado.

Atentamente,


ADRIANA SANCHEZ BRAHIM

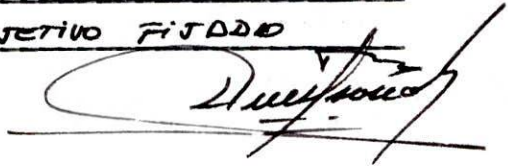

MARIA PAULA ALZATE OCAMPO

APROBACION

Monografía Titulada Sobredentaduras realizada para el cumplimiento parcial de los requisitos para optar el Título de Odontólogo, fué corregida por el Director de Tesis el 2 de Mayo de 1.988

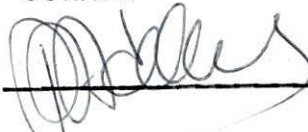
NOTA DE ACEPTACION

A PESAR DE LA ESCASA BIBLIOGRAFIA EXISTENTE; ESTE TRABAJO CUMPLE SATISFACTORIAMENTE CON EL OBJETIVO FIJADO



PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO



JURADO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA

RECTOR

JORGE ARANGO TAMAYO

DECANA

MARISOL ARANGO DE LEON

VICEDECANO

JAIRO FORERO MORALES

SECRETARIO ACADEMICO

LUIS FELIPE FALLA

COORDINADOR X SEMESTRE

ROBERTO ARCINIEGAS

DIRECTOR DE LA MONOGRAFIA

LUIS FREDDY OSORIO GEGNHERZ.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCION	
1. DEFINICION	13
2. OBJETIVOS	14
2.1 PRESERVACION DE TEJIDO DENTAL	14
2.2. PRESERVACION DE LA ALTURA DEL REBORDE ALVEOLAR.	14
2.3 CONSERVACION DE DIENTES EN BOCA CON PRONOSTICO PERIODONTAL RE - SERVADO.	15
2.4 CONSERVACION DE LA PROPIOCEPTI VIDAD.	15
2.5 CONTROL DE LA PROTESIS POR PAR TE DEL PACIENTE.	16
3. . VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA.	17
3.1 CONSERVACION DEL HUESO ALVEOLAR.	18
3.2 CONSERVACION DE LA REACCION PROPIOCEPTIVA.	18

		PAG.
3.3	SOPORTE	17
3.4	RETENCION.	18
3.5	TECNICA SENCILLA PARA EL PACIENTE PROBLEMA.	18
3.6	MANTENIMIENTO PERIODONTAL.	18
3.7	ACEPTACION DEL PACIENTE.	18
3.8	CONVERTIBILIDAD.	19
3.9	COSTO.	19
4.	DESVENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA.	20
4.1	SUCEPTIBILIDAD A LA CARIES.	20
4.2	RETENCIONES OSEAS.	20
4.3	SOBRECONTORNEO.	21
4.4	FALTA DE CONTORNO.	21
4.5	INVASION DE LA DISTANCIA INTERO - CLUSAL.	22
4.6	ESTETICA.	22
4.7	DESTRUCCION PERIODONTAL DE LOS DIENTES DE SOPORTE [.	22
5.	REQUISITOS DE UNA SOBREDENTADURA.	24
5.1	MANTENIMIENTO DE LA SALUD	24
5.2	REDUCCION DE LA RELACION CORONA- RAIZ.	25
5.3	TEJIDOS BASICOS DE SOPORTE	25
5.4	FACILIDAD DE CONSTRUCCION.	26
5.5	FACILIDAD DE MANIPULACION.	26

	PAG.	
6.	CLASIFICACION DE LAS SOBREDENTADURAS.	27
6.1	SOBREDENTADURA PARCIAL REMOVIBLE.	27
6.2	SOBREDENTADURA TELESCOPICA.	28
6.3	VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA TELES COPICA.	28
6.4	SOBREDENTADURA COSMETICA [.	30
6.5	SOBREDENTADURA TOTAL.	31
7.	SELECCION DE LOS PACIENTES.	32
7.1	POSIBILIDAD DE PROTESIS PARCIALES FI -JAS O REMOVIBLES.	32
7.2	TERAPEUTICA ENDODONTRICA.	32
7.3	CONDICION PERIODONTAL DE LOS DIENTES DE SOPORTE.	33
7.4	CARIES.	33
7.5	PACIENTES JOVENES.	34
7.6	LOCALIZACION DE LOS DIENTES DE SOPOR TE.	34
7.7	ECONOMIA	34
8.	INDICACIONES DE LAS SOBREDENTADURAS.	36
8.1	AUSENCIA DE DIENTES	36
8.2	ATRICION SEVERA.	36
8.3	DEFICIENCIAS CONGENITAS	37
8.4	DISOSROSIS CLEIDOCRANEAL.	37
8.5	PALADAR FISURADO.	38
8.6	DENTINOGENESIS IMPERFECTA.	38

	PAG.
8.7	DISPLACIA HECTODERMICA ANHIDRIOTICA 38
	HEREDITARIA.
8.8	PACIENTES CON CANCER ORAL. 39
8.9	PACIENTES CON CLASE III DE ANGLE. 39½
8.10	DEFECTOS ADQUIRIDOS. 39
9.	TECNICAS USADAS EN LA PREPARACION 40
	DE LOS DIENTES SOPORTE.
9.1	MODIFICACION Y REDUCCION SIMPLE DE 40
	LOS DIENTES.
9.2	REDUCCION DE LOS DIENTES Y COFIAS 41
	VACIADAS.
9.3	TRATAMIENTO ENDODONTRICO Y TAPON 41
	DE AMALGAMA.
9.4	TRATAMIENTO ENDODONTRICO Y COFIA 43
	VACIADA.
10.	SECUENCIA DE LA ELABORACION DE - 45
	UNA SOBREDENTADURA
10.1	ESTUDIO DE LOS REBORDES RESIDUA- 45
	LES.
10.2	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PERIO 45
	DONTAL.
10.3	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ENDO- 46
	DONTRICO.
10.4	SELECCION Y PREPARACION DE LOS 47
	DIENTES SOPORTE.

	PAG.
10.5 TOMA DE IMPRESIONES.	48
10.6 PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO.	48
10.7 COLOCACION DE LA SOBREDENTADURA Y RE <u>COMENDACIONES AL PACIENTE.</u>	49
11. ATACHES INTERNO ADICIONALES PARA LAS SOBREDENTADURAS.	50
11.1 CLASIFICACION.	52
BIBLIOGRAFIA	
CONCLUSIONES	
EXPLICACION DE LAS DIAPOSITIVAS.	

INTRODUCCION

Este trabajo a manera de manual es un resumen de los procedimientos para la elaboración de las Sobredentaduras como también de los requisitos exigidos tanto al paciente como al profesional.

Sin embargo, la ejecución del presente se notó que existe muy poca literatura sobre este tema a pesar de la necesidad de preservar el reborde alveolar como también la de brindar a los pacientes otro tipo de restauración que proteja sus estructuras y la durabilidad y éxito del tratamiento.

1. DEFINICION

Denominarse Sobredentadura al tipo de prótesis resultante de aquellos procedimientos clínicos y de laboratorio que tienden a restablecer la función y la estética del paciente teniendo en cuenta aspectos tales como la preservación del Reborde Alveolar, del tejido dentario remanente y aspectos periodontales. Puede ser parcial o completa que se constituye sobre dientes remanentes o estructuras radiculares existentes.

Es conocida con otro nombre: Prótesis de Infra o Supra estructura, dentaria superpuesta, dentadura telacópica, prótesis híbrida y dentadura anclada.



2. OBJETIVOS

Buscamos con la elaboración de este tipo de prótesis - diferente objetivos encaminados a un mayor funcionalidad para el paciente.

2.1 PRESERVACION DE TEJIDO DENTAL.

Con lo cual se ayudará a consolidar una mayor relación y estabilidad de la prótesis, evitando la presencia de fuerzas adversas tales como las horizontales. La prótesis en lugar de estar asentada sobre una mucosa blanda y móvil, la hará sobre dientes "pilotes" permitiéndole soportar una mayor carga oclusal.

Si queremos aumentar la estabilidad y la relación podemos colocar aditamentos de precisión o semipresión en la zona de contacto de la dentadura en la porción radicular.

2.2 PRESERVACION DE LA ALTURA DEL REBORDE ALVEOLAR.

La extracción de los dientes generalmente conduce a una reabsorción de hueso alveolar con disminución del reborde, lo cual se agravaría con la aplicación de las fuerzas dadas por la prótesis dental.

Al preservar las estructuras dentarias, las fuerzas se aplican sobre estos remanentes y no sobre el hueso directamente, evitando la reabsorción.

2.3 CONSERVACION DE DIENTES EN BOCA CON PRONOSTICO PERIODONTAL RESERVADO.

Con este tipo de prótesis, se juega con la relación corona raíz, para así eliminar brazos de palanca desproporcionados que con fuerzas nocivas aumentarían el problema de dientes con dudosa pronóstico periodontal.

2.4 CONSERVACION DE LA PROPIOSEPTIVIDAD.

Debido a la conservación de dientes el paciente puede seguir controlando las fuerzas oclusales, así como se perciben en la dentición natural completa ya que en -

tejido periodontal preservado se encuentran propioseptores de gran sensibilidad y discriminación táctil, estableciéndose así gran deferencia con los pacientes que usan dentaduras completas.

2.5 CONTROL DE LA PROTESIS POR PARTE DEL PACIENTE.

El paciente adquiere habilidad para manipular y manejar la dentadura, debido a la conservación de la propioseptibilidad aportada por la membrana periodontal. Así se cuida una porción muy importante del proceso miofacial.

3. VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA

3.1 CONSERVACION DEL HUESO ALVEOLAR.

Con la conservación de los dientes, no solamente se conservan huesos alveolares de dichos dientes, sino también hueso alveolar adyacente.

3.2 CONSERVACION DE LA REACCION PROPIOCEPTIVA.

Con la conservación del tejido periodontal bajo una sobredentadura, el paciente tiene control y dominio de las fuerzas oclusales.

3.3 SOPORTE.

La sobredentadura no se mueve, debido a los topes dados por las porciones radiculares remanentes que brindan una base estática y estable impidiendo de esta for

ma fuerzas horizontales nocivas.

3.4 RETENCION.

Este tipo de prótesis tiene muy buena retención, pero si se quiere aumentar, se le pueden acondicionar ciertos aditamentos o aparatos internos,

3.5 TECNICA SENCILLA PARA EL PACIENTE PROBLEMA.

Muy útil para restaurar pacientes con defectos congénitos, haciendo un tratamiento razonable, rápido y de bajo costo.

3.6. MANTENIMIENTO PERIODONTAL.

El paciente tiene fácil acceso a los dientes remanentes con lo cual puede realizar una rigurosa higiene oral y así mantener el periodonto en óptimo estado de salud. El paciente debe ser instruido en cuanto a técnicas de cepillado y ayudas en la higiene tanto de prótesis como de los remanentes dentarios.

3.7 ACEPTACION DEL PACIENTE.

Es menos traumático psicológicamente para el paciente, el hecho de conservar la estructura radicular de sus dientes y no la pérdida total de sus dientes naturales.

3.8 CONVERTIBILIDAD.

Si por algún motivo está indicada la exodencia de uno o de todos los dientes o estructuras radiculares pilares de la sobredentadura, dicha prótesis puede ser modificada mediante un rebase; o también puede ser cambiada convirtiéndose en una dentadura total convencional.

3.9 COSTO.

Debido al tratamiento endodóntico, periodontal o a la fabricación de cofias o aparatos de retención adicional pueden aumentar el costo, pero si analizamos que este tipo de prótesis disminuye el porcentaje de nuevas dentaduras y le permite al paciente el mantenimiento de la prótesis por mucho más tiempo debido a su retención y estabilidad; las posibilidades de desadaptación son menores. Bajo este punto de vista el punto no es tan alto.



4. DESVENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA

4.1 SUCEPTIBILIDAD A LA CARIES.

La presencia de un alto índice de caries en la boca - del paciente, en el momento del examen clínico, nos indica la posibilidad de caries recurrente en los dientes retenidos. Los dientes remanentes después de su preparación deben tapificarse con cualquier tipo de cariostático.

El profesional debe concientizar al apaciente y darle - instrucciones de higiene oral, también podemos realizar tratamientos periodónticos con fluoruro estañoso en gel; se aplica en la prótesis y esta se coloca sobre los dientes remanentes.

4.2 RETENCIONES OSEAS.

La presencia de retenciones óseas especialmente las

adyacentes a los dientes soporte, ocasionan un problema con respecto a la aproximación íntima de los flancos o los tejidos bucales. Se podría bloquear la zona retentiva, pero esta nos dá como resultado un flanco de la dentadura alejado de los tejidos; creando una zona apropiada para acumulo de alimentos y nos impedirá un sellado periférico.

4.3 SOBRECORTADO.

Cuando encontramos zonas óseas retentivos, es difícil contornear adecuadamente la base de la dentadura, esta da como resultado un exceso de volúmen del labio - transtornando su caída normal, dificultando la aceptación por parte del paciente. Un flanco sobrecontorneado no es compatible con la musculatura facial, sacrificándose el soporte y la retención de la dentadura cuando prevalece esta situación.

4.4. FALTA DE CONTORNO.

Debido a la vía de inserción limitada y a la presencia de zonas óseas retenidas o retenidas, en ocasiones es necesario recortar los flancos de la próte -

sis, esto disminuye la retención, estabilidad y permite la formación de espacios potenciales para el acumulo o impacto de alimentos.

4.5 INVASION DE LA DISTANCIA INTEROCLUSAL.

Cuando utilizamos algún tipo de aditamento, la colocación de este, el diente artificial y el acrílico necesario para retener la inserción y al diente sobre uno natural, merece especial cuidado en la selección y desgaste para lograr la forma adecuada dentro de los parámetros de la distancia existente entre los dos bordes alveolares; con el fin de no producir alteraciones de función y problemas articulares en el paciente

4.6 ESTETICA.

El sobrecontorneo de un flanco, trastorno la caída natural del labio, una aleta demasiado corto o una dentadura demasiado voluminosa favorecen para la estética.

4.7 DESTRUCCION PERIODONTAL DE LOS DIENTES DE SOPOR

TE.

La enfermedad periodontal, es una de las razones por las cuales realizamos una sobredentadura, sino se mantiene en forma adecuada al paciente en cuanto a higiene oral; la acumulación de la placa bacteriana, la inflamación gingival, la formación de bolsas y la pérdida progresiva de soporte ósea así, como la disminución de la encía insertada, pondrán en peligro el pronóstico del tratamiento.

5. REQUISITOS DE UNA SOBREDENTADURA

5.1 MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

El aspecto más importante de tener en cuenta al realizar una sobredentadura, es el mantenimiento de la salud de la estructura dentaria remanente ya que de esta depende el sostenimiento de la prótesis.

La estructura dentaria remanente ya que de esta depende el sostenimiento de la prótesis. Los dientes que van a ser utilizados como pilares deberán ser valorados así:

- Aspecto Periodontal.
- Pérdida Osea.
- Movilidad.
- Aumento en la relación corona - raíz.

La condición periodontal, deberá ser tratada periódicamente o prioritariamente eliminar las bolsas periodontales en caso de que existan, ya sea por métodos conservadores de raspado y alisado radicular o por métodos más radicales como la cirugía periodontal.

5.2 REDUCCION DE LA RELACION CORONA - RAIZ.

La reducción de la corona mediante tallado, favorece la disminución de la movilidad de los pilares debido a que se disminuye la longitud del brazo de palanca que proporciona torción al diente móvil; esto siempre y cuando se haya conservado la salud periodontal.

5.3 TEJIDOS BASICOS DE SOPORTE

Es necesario que exista contacto íntimo de la base de la dentadura en su porción interna con los tejidos, para evitar la acumulación de alimentos y placa bacteriana bajo la base.

Los tejidos de la zona basal remanente deberán ser tratados, esperándose que respondan de igual manera que los tejidos que se encuentran debajo de un póni

co en el caso de una prótesis fija o debajo de una prótesis removible o prótesis total convencional.

5.4 FACILIDAD DE CONSTRUCCION.

La prótesis deberá ser fácil de construir y mantener; en caso de que existan zonas muy delgadas en la base de la dentadura que puedan facilitar la fractura de la misma o de los dientes; debemos utilizar un refuerzo metálico. la sobredentadura deberá ser construida de tal forma que su reparación sea sencilla.

5.5 FACILIDAD DE MANIPULACION.

El uso de aditamentos internos para dar retención a la dentadura dificultan la inserción y el retiro de la misma por parte del paciente; por tanto debemos elegir el tipo de sobredentadura adecuadamente.

6. CLASIFICACION DE LAS SOBREDENTADURAS

En este tipo de restauración, se encuentran varias - clases de las cuales enunciaremos.

6.1 SOBREDENTADURA PARCIAL REMOVIBLE.

Se diferencia de una prótesis parcial removible con - vención, solamente por la necesidad de proporcionar puntos de apoyo y releación sobre la superficie ex - terna de la dentadura. Los soportes para la dentadu - ra parcial removible deben ser tratados endodóntica - mente, para permitir la reducción de la corona hasta el nivel del márgen gingival.

Posteriormente se desobtura de 3 a 4 mm. para fabri - car unas cofias, los otros elementos de la prótesis parcial removible se confeccionan de manera conven - cional.

6.2 SOBREDENTADURA TELESCOPICA.

Es una dentadura parcial removible que consiste, en una serie de coronas secundarias unidas a una base protésica, o las unas a las otras; los dientes faltantes son procesados en el marco o base protésica; base que es telescopiada sobre los dientes de anclaje que han sido cubiertos con cofias y se halla diseñada, para ferulizar, estabilizar y retener dientes debilitados, móviles y mal alineados.

En caso de que se pierda alguno de estos dientes pilares tratados con cofias, por problemas periodontales o traumáticos; no se hace necesario la confección de una nueva prótesis pues, simplemente se procederá a rellenar la corona secundaria.

6.3 VENTAJAS DE UNA SOBREDENTADURA TELESCOPICA.

- Dirige la fuerza de la oclusión y masticación a través del eje longitudinal de los dientes de anclaje.
- Permite la distribución intermitente de las tensiones sobre el periostio y los dientes de anclaje.

- El segmento de la corona secundaria proporciona todos los contornos biológicos de una corona o un puente fijo, sin que esté cubierto por acrílico o algún otro material que se superponga sobre el margen gingival.

- Las proporciones corona - raíz pueden variarse según el soporte del hueso alveolar, así como la longitud y agudeza de las cofias.

- La dentadura telescópica tiene las ventajas de una férula fija.

- La facilidad en la higiene y terapia física oral, - contribuyen al éxito del tratamiento.

- A diferencia de la sobredentadura convencional, los dientes que se conservan no necesitan ser tratados endodónticamente, dichos dientes son tallados y luego protegidos con cofias.

El principio telescópico se basa en la construcción de cofias que van a servir de infraestructura, sobre las cuales se confecciona una supra-estructura también metálica; consiste en combinar combinadas metálicas incorporadas a la dentadura y cumple con todos los principios telescópicos.

6.3 SOBREDENTADURA COSMETICA.

Es una prótesis dental superpuesta para mejorar la apariencia estética del individuo, sin ejercer ninguna influencia sobre la función.

Procedimientos de fabricación de una sobredentadura cosmética:

- Tomar impresión en alginato.
- Selección adecuada y precisa de los dientes en cuanto al color y tamaño para buscar una apariencia agradable.
- Duplicar la superficie labial e incisal del molde elegido con alginato.
- En la impresión se aplica cera blanca o parafina.
- Colocación de los dientes en la cera, en la posición deseada, sobre los modelos de yeso, para continuar con el fostoneado gingival con el fin de adaptar la superficie interna de los moldes en el respectivo modelo.
- Se coloca la matriz gingival rosada en los espacios interproximales..
- Si es necesario se colocan unos ganchos interproximales en la zona de molares.

_ Prueba en boca del encerado, para probar la estética y la fonética.

- Enflasque de la dentadura.

- Colaboración de la sobredentadura presionando todas las superficies.

6.4 SOBREDENTADURA TOTAL

La diferencia que hay entre este tipo de sobredentaduras y una prótesis total convencional, es que las fuerzas no recaen directamente sobre la mucosa alveolar, sino sobre raíces, las cuales previamente se han preparado endodónticamente y en las cuales se colocan domos metálicos o aditamentos de precisión o semipresión.



7. SELECCION DE LOS PACIENTES

Para obtener un tratamiento exitoso se deberá tener en cuenta:

- Selección del tipo adecuado de paciente.
- Establecimiento de un sistema cuidadoso de tratamiento que satisfaga tanto al paciente como al profesional hay que valorar con cuidado factores como:

7.1 Posibilidad de Prótesis Parciales Fijas o removibles.

Si los dientes naturales remanentes pueden recibir aparatología protésica fija o removible, deberá considerarse esta movilidad de tratamiento como la principal.

7.2 TERAPEUTICA ENDODONTRICA.

Con el objeto de reducir las coronas clínicas muchas veces se hace necesario, realizar terapia endodóntica por lo tanto se debe evaluar muybien el diente para ver si el tratamiento endodóntico será exitoso.

7.3 CONDICION PERIODONTAL DE LOS DIENTES DE SOPORTE.

La Salud periodontal es de vital importancia para garantizar la longevidad de los dientes.

Cualquier problema como defectos óseos, bolsas periodontales, molar, zonal de encía adherida, inflamación, deben ser eliminadas antes de comenzar el tratamiento, un problema en la sobredentadura es que se requiere una zona adecuada en encía insertada lo cual se puede conseguir mediante la cirugía periodontal.

7.4 CARIES.

Pacientes con alto índice de caries no deben ser seleccionados para este tipo de tratamiento. Es aconsejable escoger dientes con coronas clínicas sanas.

El paciente debe ser instruido en cuanto a hábitos de

higiene se le debe aplicar fenol para aumentar la resistencia de la caries.

7.5 PACIENTES JOVENES.

Un joven que se enfrenta a edad temprana a la pérdida de dientes puede considerarse un "inválido dental" por lo tanto el tratamiento con sobredentaduras será siempre considerado de primera elección.

7.6 LOCALIZACION DE LOS DIENTES DE SOPORTE.

Importante para la estabilidad de la dentadura y para la conservación del hueso alveolar. La conservación de caninos y segundos premolares, para dar mejor soporte y permitir una higiene oral adecuada. La conservación de dientes en ambas arcadas para sobredentaduras asegura un mejor soporte y conservación de hueso así como el mantenimiento de la dimensión vertical oclusal.

7.7 ECONOMIA.

El profesional debe explicar al paciente las ventajas de las sobredentaduras pero también debe analizar -

con el que procedimientos clínicos y de laboratorio, tales como endodóncias, cirugías periodontales, cofias, -
aditamentos internos y la sobredentadura misma pueden
elevar el costo del tratamiento.

8. INDICACIONES DE LAS SOBREDENTADURAS.

8.1. AUSENCIA DE DIENTES.

En pacientes con algunos dientes remanentes, a los cuales convencionalmente se les haría exodencia y prótesis total.

Deberán entonces conservarse dichos dientes y realizar la sobredentadura.

8.2 ATRICION SEVERA.

Atrición es el desgaste patológico de las superficies oclusales y bordes incisales. Es causada generalmente por bruxismo, hábitos masticatorios anormales, masado de tabaco y consumo exagerado de alimentos abrasivos.

En casos severos el desgaste llega a tercio gingival,

por lo tanto el tratamiento ideal a elegir sería la sobredentadura.

8.3 DEFICIENCIAS CONGENITAS.

- Anodoncia Parcial: Presencia de dos o tres dientes por cada maxilar.
- Oligodoncia: El número de dientes es inferior al normal y su formación es atípica.

8.4 DISOSROSIS CLEIDOCRANEAL.

Enfermedad de etiología desconocida, se transmite ligada al sexo afectando igualmente a varones y mujeres. En boca presenta las siguientes características :

- es común la fisura palatina.
- Paladar alto engrosado y ojival.
- El paladar puede estar desarrollado o ser menor que lo normal en relación con la mandíbula.
- Prolongada retención de dientes temporales y retardo en la erupción de los permanentes.

8.5 PALADAR FISURADO.

Se debe a fallas en el desarrollo o unión de los procesos embrionarios de la cara, ya sea debido a factores genéticos, hereditarios o ambientales.

8.6 DENTINOGENESIS IMPERFECTA.

Es un defecto de los dientes en el que el amate puede desaparecer muy temprano porque se fractura porque la unión entre este y la dentina es anversal. Los bordes incisales y las superficies oclusales se ciplanan porque queda dentina expuesta.

8.7 DISPLACIA HECTODERMICA ANHIDRIOTICA HEREDITARIA.

Enfermedad que se puede transmitir como característica autosómica dominante o recesiva ligado al sexo, afecta generalmente a los varones y generalmente una displasia de las estructuras ectodérmicas dentro de las cuales están los dientes presentándose circunstancia parcial o mal formaciones en la dentición.

Servirá como aparato obturador del paladar en pacien-

que con esta enfermedad presentan también fisura palatina.

8.8. PACIENTES CON CANCER ORAL.

Ofrece ventajas biológicas para pacientes irradiados - ya que evita exodencias de dientes que no sirven como pilares para prótesis removibles o fijas.

También a una alternativa para pacientes con secuelas de cáncer oral.

8.9 PACIENTES CON CLASE III DE ANGLE.

Si por cualquier motivo este tipo de pacientes no puede ser tratado quirúrgica ni ortodónticamente se pueden elaborar sobredentaduras, para dar una mejor relación dentaria y mejorar la estética del paciente.

8.10 DEFECTOS ADQUIRIDOS.

En pacientes que han sufrido accidentes o tratamientos quirúrgicos radicales como resección en bloque para extirpar tumores.

9. TECNICAS USADAS EN LA PREPARACION DE LOS DIENTES SOPORTE.

9.1 MODIFICACION Y REDUCCION SIMPLE DE LOS DIENTES.

Con ésta técnica los dientes sólo son reformados para eliminar zonas retentivas y reducir la altura vertical. Si los dientes han sido 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.

Se recurre a esta técnica de reducción mínima cuando hay una gran distancia interoclusal. La utilizamos muy a menudo en aquellos pacientes con anodoncia parcial o en los que presentan gran abrasión de los dientes. Tomamos una impresión final, obteniendo doble modelo, un modelo lo utilizamos para examinar las zonas

retentivas en el paralelómetro y eliminarlas de esa forma sobre el paciente; sobre el otro modelo fabricaremos la sobredentadura.

9.2 REDUCCION DE LOS DIENTES Y COFIAS VACIADAS.

Se reducen los dientes y se confeccionan cofias vaciadas esto se hace necesario debido a la sensibilidad que presentan los dientes después del tallado o reducción o también pasa el control de la caries en sitios o estos dientes no se hace necesario el tratamiento endodóntico.

Esta técnica es posible realizarla cuando los dientes tienen buen soporte óseo. Existe un inconveniente en esta técnica y es que como la reducción dentaria es mínima de alterar y deberá existir suficiente espacio interoclusal para no alterar la dimensión vertical del paciente lo que daría como resultado mala estética e inconformidad por parte del paciente.

9.3 TRATAMIENTO ENDODONTRICO Y TAPON DE AMALGAMA.

Es una de las técnicas más utilizadas, está indicada cuando existe una altura normal de las coronas de los

dientes remanentes y una distancia interoclusal normal con poca o ninguna pérdida de dimensión vertical; con el fin de poder crear suficiente espacio para la sobredentadura, sin alterar la dimensión del paciente.

Los dientes deben ser tallados hasta el nivel del margen gingival o uno a dos mm. por encima de éste, se desobtura el conducto unos 3 mm. y se coloca una obturación de amalgama para ocupar este espacio; esta restauración deberá ser perfectamente pulida y adaptada para evitar el acumulo de placa.

Generalmente estos dientes presentan problemas periodontales que deben ser tratados con anterioridad, algunos dientes con movilidad exagerada mejorarán notablemente su pronóstico con la reducción de la relación corona - raíz junto con el tratamiento periodontal.

9.4 TRATAMIENTO ENDODONTRICO Y COFIA VACIADA.

El procedimiento y las indicaciones son casi iguales a la técnica descrita anteriormente, excepto que se coloca en los dientes pilares tratados endodóntica-

mente, un vaciado (domo) en lugar de una simple restauración en amalgama. Este vaciado se emplea debido al temor de caries recurrente sobre la dentina expuesta - cuando existe alto índice de caries en el paciente.

Sin embargo, se ha comprobado que si no se mejora la higiene oral, lo mismo dará colocar una cofia vaciada o una restauración de amalgama en los pilares; de igual forma se presentará caries recurrente. Se obtura el conducto radicular mas o menos de 3 a 4 mm., para confeccionar un domo de poca altura con el margen ligeramente supagingival; la retención se obtiene de un postecorto que se coloca dentro del conducto radicular. El poste deberá ser corto para facilitar el retiro en caso de recurrencia de caries.

En este caso y en los anteriores, los dientes y las caries y las raíces remanentes deben ser tratados con agentes cariostáticos con el fin de:

- En los dientes vitales obliterar los canaliculos dentinales.
- En dientes vitales y no vitales, para reducir al máximo la posibilidad de recurrencia de caries.



10. SECUENCIA EN LA ELABORACION DE UNA SOBREDENTADURA

10.1 ESTUDIO DE LOS REBORDES RESIDUALES.

Se obtienen modelos preliminares los cuales se montan en el articulador; para mirar los espacios: intermaxilares, anteposterior y transversal.

Las áreas retentivas se determinan por medio del paralelómetro.

10.2 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PERIODONTAL.

El éxito de la sobredentadura se basa en la salud, periodontal de los dientes o raíces los cuales por mantener el ligamento periodontal poseen propioceptores que ayudan a la sensibilidad.

Patrones para hacer un buen diagnóstico periodontal:

- Medición de la profundidad del surco gingival para evaluar la presencia de bolsas.
- Movilidad dentaria que nos indica pérdida ósea.
- Problemas en furca que observaremos radiográficamente.
- Calidad y cantidad de encía adherida.
- Cambios de color, forma y textura del tejido gingival.
- Presencia de sangrado o exudado.

10.3 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ENDODONTRICO.

Se consideran tres estados patológicos pulpores:

- Pulpa vital reversible.
- Pulpa vital irreversible.
- Necrosis Pulpar.

Cuando una tiene un tratamiento diferente el cual debe hacerse previo a la sobredentadura.

10.4 SELECCION Y PREPARACION DE LOS DIENTES SOPORTE.

Cada paciente es un caso, individual y el profesional debe tratarlo como tal. Sin embargo, existen ciertos patrones que deben seguirse por ejemplo: elegir si el diente será obturado con amalgama o con cofia vaciada.

Cuando se colocan ajustes intrarradiculares de precisión o semiprecisión, puede hacerse primero el recorte de las coronas para obtener mejor acceso a los conductos radiculares.

Factores que deben tenerse en cuenta durante la talla o desgaste coronal.

- Mientras mayor sea la reducción de la corona mejor será el pronóstico de cada diente ya que una reducción será el pronóstico de cada diente en cuanto a la reducción insuficiente de la corona, dará como resultado un aumento del volumen de la sobredentadura.

- Al disminuir la relación corona - raíz se reduce el brazo de palanca, por lo cual la torsión y rotación serán menores sobre los dientes.

10.5 TOMA DE IMPRESIONES.

La toma de impresiones está condicionada al tipo de sobredentadura que se vaya a confeccionar. En la sobredentadura telescópica luego de aumentadas las cópilas de transferencia se toma una impresión en mercaptono o silicona.

En las sobredentaduras en las que se recorta la corona clínica o se usan raíces remanentes tratadas endodómicamente y con sus respectivos domos o tapones de amalgama, la impresión se tomará con cobete individual donde previamente se ha hecho el sellado periférico y el material de impresión será pasta zinquenólica o algunos elastomeros.

10.6 PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO.

Por sobredentadura telescópica, sobre el modelo de trabajo se elaboran las coronas secundarias que irán soldadas a un marco o las unas o las otras. Los dientes faltantes serán colocados sobre el marco y este conjunto será telescopiado sobre los dientes de andaje.

En general una vez obtenidos los modelos definitivos la relación craneal e intermaxilar y los demás parámetros utilizados en prótesis total se procederá a amilar la prótesis de manera convencional.

10.7 COLOCACION DE LA SOBREDENTADURA Y RECOMENDACIONES AL PACIENTE

Una vez terminada la sobredentadura, entregada el tratamiento al paciente, es importante educarlo en cuanto a la forma de colocación y retiro de la prótesis; además se darán las instrucciones necesarias para la limpieza de la aparatología como también de los dientes soportes y tejidos bucales así como el requerimiento al paciente sobre controles periódicos ante el odontólogo.

11. ATACHES INTERNO ADICIONALES PARA LAS SOBREDENTADURAS

Además de la retención dada por los dientes que se conservan con el uso de la sobredentadura, del sellado perisférico por la adhesión y el vacío entre la sobredentadura y la mucosa, han sido introducidos en la profesión odontológica diferentes tipos de anclajes o ajustes para aumentar la retención y estabilidad de las sobredentaduras convencionales.

Por medio de éstas útiles ventajas mecánicas, tanto de las mismas sobredentaduras como de los ajustes, se mejorará la psicología del paciente, evitando el consabido problema que ocasiona el porte de un aparato en la boca y el miedo a expulsarlo en el momento menos esperado. Estos ajustes también son necesarios cuando nos encontramos en presencia de reabsorciones ósea avanzadas.

De acuerdo al tipo de paciente y a su condición dental, como parte de la terapia rehabilitadora se utilizará la sobredentadura total o parcial removible sobre dientes vitales o no vitales.

Estas estructuras son probablemente las más simples de todos los ataches. El macho de la unidad consiste en una proyección en forma de botón que se suelda al diafragma de una corona a pivot, la de hombres se fija sobre la unidad macho y es incluida dentro de la resina acrílica de la prótesis o se suelda a la infraestructura metálica.

Pocos ataches internos son enteramente rígidos, ya que su medida y construcción hace difícil prevenir una pequeña cantidad de movimientos entre los dos componentes. Sin embargo, en algunos ataches, su incorporación es de resortes u otras estructuras para permitir un control en el grado de movimiento.

Las ataches internos son útiles para situaciones en las que se van a construir dentaduras completas, con tan sólo dos o tres dientes inferiores remanentes, - brindando de esta forma retención adicional, soporte

y estabilidad obtenidas de las raíces remanentes. Se obturan las raíces de dientes, se succionan a nivel gingival, se fijan con partes y diafragmas y la prótesis asienta sobre el alrededor de las raíces, unida a ella por los ataches. La preparación de los dientes mejora la relación corona raíz, la retención extra y la estabilidad, posibilitan por medio del cierre del atache la ubicación firme de la prótesis en su lugar, asegurando la mantención del sellado gingival.

11.1 CLASIFICACION.

11.1.1 Resistentes o no rígidos: Comercialmente conocidos como:

- Ceka
- Zest anchor
- Bischof Dosenbach
- Rotherman
- Gerber
- Ancrofix.

En este grupo también encontramos los ajustes con propiedades magnéticas, que tienen una parte intra-

radicular a manera de perno y otra parte, la inmantada que se encaja que se encaja en la sobredentadura, pero es de superficie lisa y los implantes endodónticos.

Los ajustes magnéticos son conocidos con el nombre de:

- Hicorex 26
- TMS.
- Denlok.

Estos anclajes son para proveer un movimiento vertical y rotacional de la base de la sobredentadura, para permitir la distribución de las fuerzas oclusales entre los apoyos o soportes y el tejido blando.

- CEKA:

Consiste en una porción macho fija al diente que presenta una forma redondeada más ancha en la porción superior y endida en cuatro secciones en dirección vertical. Estas cuatro secciones son sensibles y capaces de ser comprimidas sobre esto se ajusta el aditamento hembra o el anillo:

El aditamiento también puede construirse con un tipo diferente de macho de retención que posee un espacio entre el mismo y la hembra, permitiendo el juego vertical y ciertos movimientos y giratorios de la base.

- ZEST ANCHOR.

Este aditamiento deriva su retención de la porción anterior de la raíz y se aumenta a la hembra en su sitio. El macho es un paste de nylon y una cabeza adherida a la sobredentadura. Su retención al diente se logra mediante la cabeza que se abrocha en la zona retentiva en la manga de la hembra.

-Ventajas:

- resuelve el problema de espacio ya que el aditamiento se encuentra dentro de la raíz.

- La palanca sobre el diente de soporte es casi nula, porque el punto de inserción se encuentra por debajo del hueso alveolar.

- El procedimiento del aditamiento es sencillo aunque la técnica sea utilizada con una cofia vaciada sobre

y dentro de la raíz del diente.

- Si se utiliza en más de un diente no es necesario obtener paralelismo debido a la flexibilidad del macho de nylon.

-Desventajas:

- Requiere de una higiene meticulosa por parte del paciente porque la estructura y el conducto radicular se hacen susceptibles a caries ya que no suelen hacerse cofias vaciadas.

- Los broches de nylon son doblados, evitando la colocación precisa del aparato y pueden llegar a fracturarse.

- Aunque no es común, los residuos alimenticios pueden incorporarse en la hembra, especialmente si el paciente come sin la sobredentadura en su lugar.

- BISCHOF DOSENBACH.

Presenta igual fuerza en los muñones que el ceka y -
comparado con el ancrofix presenta mayor fuerza y me-

nor presión sobre la superficie adentula. Es totalmente retentiva por esto somete a los muñones a una torción - considerable contiene una cpa de etileno en la hembra - pero aún así no están ksistente como el ancrófix.

- ROTHERMAN.

Este aditamiento tiene dos tipos, uno que permite mayor movimiento que el otro en dirección vertical y giratoria. Consiste en un broche corto con un surco más profundo en un extremo que otro, y un anillo de retención en forma de "C". Los extremos de este anillo se ajustan en la porción más profunda del surco de retención. Requiere muy poco espacio para su utilización; por tanto es adecuado cuando existe poco espacio interoclusal, además debido a su poca altura no requiere paralelismo si se emplea más de un aditamento.

El broche macho puede adherirse con facilidad a una cofia con soldadura y el broche hembra se inserta a la base de la dentadura con resina de autopolimerización.

- GERBER.

Existen dos tipos, uno que permite el movimiento vertical y un aditamento rígido que impide el movimiento de la base.

El tipo rígido, es ampliamente utilizado, consta de un poste macho colocado en un tornillo que a su vez está adherido a la base soldada y un dispositivo hembra que contiene un resorte de retención y un anillo.

La retención se logra por el resorte en el aditamento hembra que encaja en un surco de la sección macho masculina este sistema es bastante costoso además otro inconveniente es la torción que se produce sobre el diente si la base de la dentadura presenta movimiento excesivo debido a una mala adaptación.

Para que este tipo de aditamento sea eficaz y no lesione los dientes de soporte, la base de la dentadura sin soporte deberá presentar movimiento mínimo.

El aditamento con movimiento vertical, proporciona menos torción. Presenta una base soldada y un poste de retención macho diferente. El aditamento general contiene un anillo de montaje, un tensor y un anillo de -

montaje, un tensor y un anillo de retención con un resorte que deja que el aditamento se mueva en dirección vertical. Esto permite al aparato emplear mayor cantidad del reborde residual para el soporte. Sin embargo, es más voluminoso por lo que debe existir un espacio interoclusal adecuado para su utilización, además es algo complicado y requiere el reemplazo frecuente del resorte elástico.

Una característica de ambos tipos de aditamento gerber, es que son fácilmente reemplazables. Las unidades macho con desatornilladas en la base soldada. Dejando un tornillo encordado al que se agrega otro aditamento.

- ANCROFIX.

Exhibe mayor fuerza en la parte edentula posterior y presenta mayor torcimiento cruzado que cualquiera de los otros tipos.

La porción oclusal del diseño del ancrofix es en forma de cúpula, la cual permite una considerable rotación de la prótesis en todas las direcciones, resultando en una favorable distribución de las fuerzas oclusales, las fuerzas laterales excursivas del choque masticatorio

son más toleradas por el ancrofix.

La desventaja de este tipo de aditamento a la dificultad para colocarlo si se emplea más de un aditamento, ya que se requiere un mandril para obtener paralelismo. Además un ajuste inadecuado del aditamento o una mala base de soporte de la silla de la dentadura producirá torción en los dientes de soporte.

- IMPLANTES ENDODONTICOS.

Son pines lubricados de materiales biocompatibles como el cromocobalto (en aleación) o de cristal de zafiro.

Estos son totalmente insertados dentro del hueso, pero no comunican a este con la cavidad oral.

Es un implante estabilizador, debido a que estabiliza dientes comprometidos ya que sea por enfermedad periodontal, por su forma cónica o por su longitud muy reducida.

Al estar dentro del hueso aumenta el diámetro corona - raíz y cambia la fuerza de la palanca a un nivel más apical.

- Indicaciones:

- Cuando hay bolsas periodontales a nivel de los dientes soporte .

- Dientes con inclinaciones que puedan ser causa de perforación de tejidos blandos.

- Proximidad del ápice a estructuras anatómicas.

- Dientes con soporte óseo menor de dos (2) mm.

- Pacientes con problemas sistémicos, mal estado de salud general o historia de radioterapia.

6-Pacientes de escasos recursos económicos.

11.1.2 No Resistentes o Rfidos: A este grupo pertenecen los grupos o tipos barras tangenciales. Los objetivos de estos aditamentos son la ferulización de los - dientes soporte y la retención y estabilidad del aparato protelico.

Se conocen comercialmente los siguientes:

- Barra de Hader.
- Barra de Dolber Bar.
- King Connector.
- BARRA DE HADDER.

El sistema está formado por barras y broches de plástico preformados.

La barra de plástico es adherida al encerado de la cofia y se vacía junto con la misma; los broches de plástico son implantados en la base de la dentadura para obtener así mayor retención. El aditamento de barra y broche es voluminoso; por lo tanto se debe tener cuidado en la colocación, para permitir el suficiente espacio para los dientes.

Si se requiere mayor retención se agregan más broches a la barra o puede aumentarse la tensión sobre un broche de metal.

- BARRA DE DOLBER BAR.

Este aditamento se obtiene como unidad y como articulación de barra. La unidad de barra consiste en una presoldada o cofias sobre los dientes de soporte.

La forma de barra presenta lados paralelos y una porción superior redondeada a esto se ajusta una manga que se encuentra incrustada en la dentadura del acrílico.

la retención se debe a un ajuste por fricción. Debido a las partes laterales de la barra y la íntima adaptación de la manga, el movimiento giratorio del aparato alrededor de la barra es insignificante, por esto es considerado como un aditamento no elástico.

Esta unidad es voluminosa para usarse en sobredentaduras, dificultándose de manera significativa la estética, debido al espacio inadecuado para la colocación de los dientes.

- ATENCION MAGNETICA.

Las estructuras intraradiculares y las que van insertadas en la sobredentadura están magnetizadas. Se -

usan aleaciones de samcirio y cobalto (sm - co) y las de Paladio - Cobalto - Niquel (Pd - Co - Ni) para las estructuras intraradiculares y para las sobredentaduras se usan estructuras del acero inoxidable.

Las fuerzas que resisten son de 250 gm., y cuando estas se exceden se produce un desplazamiento de las superficies. Debido a este desplazamiento puede ser usado en raices con mal pronóstico periodontal, en la que estaría convalidado el uso de sobredentaduras con brahe de precisión.

Hay tres tipos de estructuras magnéticas, las cuales varían en su componente intraradicular pero la estructura de la sobredentadura que se usa en todos los casos es similar.

Estas son:

- Estructura Crementación Prefabricada: o "Cement in Keeper", es ideal donde el espacio disponible es limitado. No se debe usar en raices pequeñas ni en individuos con alta susceptibilidad a la caries.

Consta de una estructura intraradicular de 5.2 mm. de

largo, 33 mm. de ancho y 1.5 mm. de profundidad o espesor.

- Estructura Prefabricada de Sobretornillo o " The screw on Freeper". La raíz se puede recortar cuando ocurre una retracción gingival.

Cubre toda la superficie coronal de la raíz, es utilizada en cualquier tamaño de raíz, requiere un espacio disponible adecuado y la susceptibilidad a la caries puede ser problema. Dentro de este grupo encontramos: El TMS y el DENLLOK. Consta de un disco oval de 6 mm. de largo, 4 mm. de ancho y 1.5 mm. de espesor; tiene dos orificios acanalados que van atornillados en el diente.

- El casquete Radicular colocado y su perno o también llamado " The Cast Root cap and dowel Keeper". De elección para pacientes que presentan una alta susceptibilidad a la caries. Se usan colocados de aleación magnetizable que pueden ser de samario y cobalto o de Paladio, cobalto, Niquel, para estructura intraradicular y para la sobredentadura puede ser de acero inoxidable o de Samario Cobalto (Hilorex).

CONCLUSIONES

En este tipo de tratamiento es de vital importancia la selección de los pacientes, ya que el éxito o el fracaso dependerá de esta premisa.

Otro factor que interviene en el éxito es el control y mantenimiento tanto de los dientes remanentes como de la aparatología. La mala higiene del él incidirá sobre los tejidos de soporte produciendo caries, puesto que estarán sin la protección del esmalte, encontrando solamente dentina y cemento; tejidos de por sí, susceptibles a la caries. Los tejidos periodontales también se verán afectados por la presencia de la placa bacteriana.

Los tejidos duros de soporte, siempre deberán ser tratados con agentes cariostáticos para minimizar el factor caries, también se podrían utilizar compuestos fluorados.

Sobredentaduras de tipo telescópico o periodontal removable actuarán como elemento ferolizador dando así una mayor garantía a los dientes soporte puesto que las fuerzas se distribuyen mejor evitando sobrecargas inadecuadas. Con este tipo de restauración se aumenta la estabilidad y retención.

Desempeña un papel importante tanto físico como psicológico la no pérdida de la propioceptibilidad.

Por último se evidencia notoriamente la aceptación de este tratamiento por parte de los pacientes.



BIBLIOGRAFIA

BUCHMAN, Jack y MENE KRATIS, Ajax. Dentaduras completas y ancladas. Barcelona, Labor, 1.978.

LORD, James L. The Overdenture. Patient Selection, use of copings, and follow-up evaluation. The Journal de Prothetic Dentistry. 1.972

GRAFIELD, Robert E. Elaboración Clínica Técnica de una prótesis parandotal Removible. Quinta esencia en Español . 1.982

PREISKEL, HW. Ataches de precisión en odontología, Segunda Edición, Buenos Aires, Mundi, 1.978.

WOINKELLER, S. Prostdoncia. México, Interamericana, 1.982

QUINLIVAN, Joseph T. Attochnebt for overlay dentures The Journal de Prothetic Dentistry. 1.974

EXPLICACION DE LAS DIAPOSITIVAS

1- Raíces escogidas para realizar tratamiento periodontal, quirpurgico y endodónico, que servirán como base para la sobredentadura.

2- Raíces sanas periodontalmente con desopturación parcial de los conductos para recibir los domos.

3- Impresión de los conductos, obsérvese la colocación de los pernos para tomar la impresión de la parte intraradicular.

4- Ajuste y recorte de los patrones de Mercaptano.

5- 6- Vista clínica de los domos con ajustes colocados en la impresión.

7- Temporalizaciones con ajustes, de su adaptación depende la salud periodontal del paciente.

8- Forma de cepillado.

9- Prótesis en posición.

10-Demostración gráfica de la raíz desobturada y la colocación de la fresa patrón.

11-Patrón.

12-Domo con ajuste.

13-Gráfica de la ubicación de los domos en posición - en boca, obsérvese el paralelismo.

14- Impresión del maxilar con los domos colocados en posición con la finalidad de que al hacer el vaciado salgan los domos en positivo.

15-Paciente al cual se les está realizando tratamiento combinado de sobredentadura y removible, se evaluó el estado general del 47 porque se decidió conservar lo en boca. Al 44 se le realizó tratamiento de conductos y se le confeccionó un domo.

16-Tratamiento, nótese la forma de la removible inferior en el sitio donde se encuentra el diente re -

manente y la colocación del akers en dicho diente. Prótesis lista para prueba y entrega.

17- Prótesis en posición.

18- Tratamiento combinado de sobredentadura y removible. Obsérvese presencia del 44 y 45 a los cuales se les realizó incrustación MOD en el 44 y corona con preparación para removible en el 45. Al 33 y 43 se les realizó tratamiento endodóntico, recorte coronal y domos que sirven de soporte y estabilidad para la sobredentadura.

19- Tratamiento terminado, los domos no deben interferir en la colocación de los dientes en la confección de la prótesis, las preparaciones en los dientes remanentes hacen que el akers no interfiera con la oclusión antagonística.

20- Removible en boca.

21- Selección del paciente (dientes con el pronóstico periodontal)

22- Previo tratamiento endodóntico y periodontal, tallado y preparación de los dientes para la confección de las cofias (talla en forma de lecho de rancho).

23- Domos en posición perfectamente adaptadas y pulidas.

24- Sobredentadura en posición.

25- Domos en Posición.

26- Diente tallado y preparado para recibir el domo.

27- Domo en posición.

28- Cofias para confeccionar dentadura telescópica.

29- Cofias para realizar prótesis telescópica, obsérvese pulido y adaptación.

30- Cofias para realizar sobredentadura telescópica.

31- Prótesis telescópica colocada en boca.

32- Anclajes machos soldados en posición sobre el modelo.

33- Colocación de los ajustes hembras sobre los machos.

34- Acomodación de los ajustes dentro de la prótesis: se les abre un espacio a los dientes ya enfilados con la finalidad de dar espacio a la hembra.

35-Rectificación del espacio entre los dientes y los - anclajes hembra.

36- Elaboración de la estructura metálicas con las hembras en posición previo aislamiento de las carillas estéticas.

37- Encerado de la superficie metálica de la removible.

38- Colocación de los bebederos sobre la estructura respetando la forma.

39- Colocado en posición para encerar la base protésica y posteriormente soldarla a la estructura que contiene las hembras.

40- Acople de la estructura con los ajustes hembra a los machos colocados en el modelo.

41- Rectificación de la estabilidad de la estructura sobre el modelo y rectificación de errores.

42- Estructura metálica con llaves en posición.

43- LLaves en posición con los ajustes machos.

44- Encerado.

45- Pulido y terminación de la estructura.