

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

SOBREDENTADURA

MARTHA LUCIA MEJIA COD: 982101
HELENA PAOLA OSPINA COD: 981044
OLGA LUCIA PALMA COD: 992389
MAGDA N. FLOREZ COD: 971058

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C. OCTUBRE 2002

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO

INFORMACIÓN GENERAL:

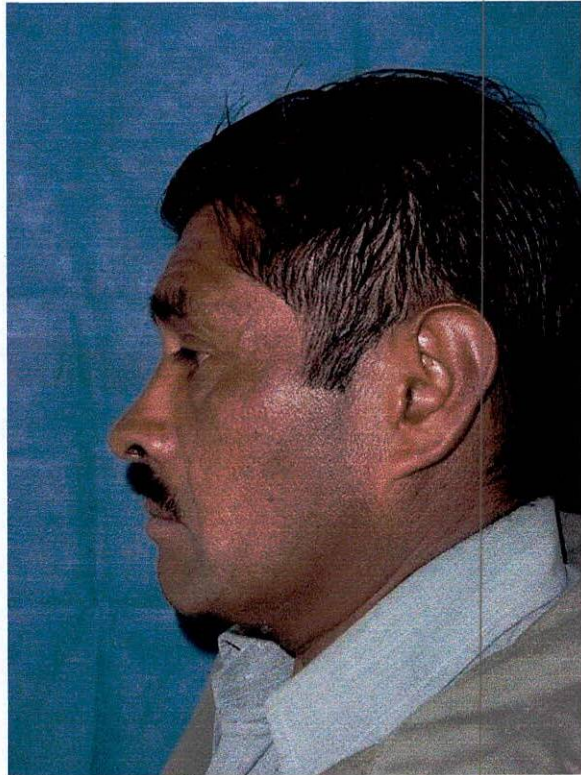
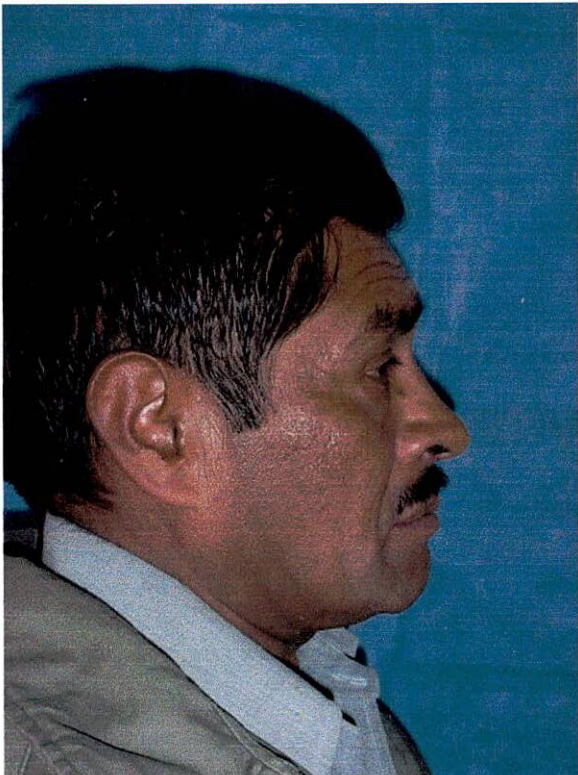
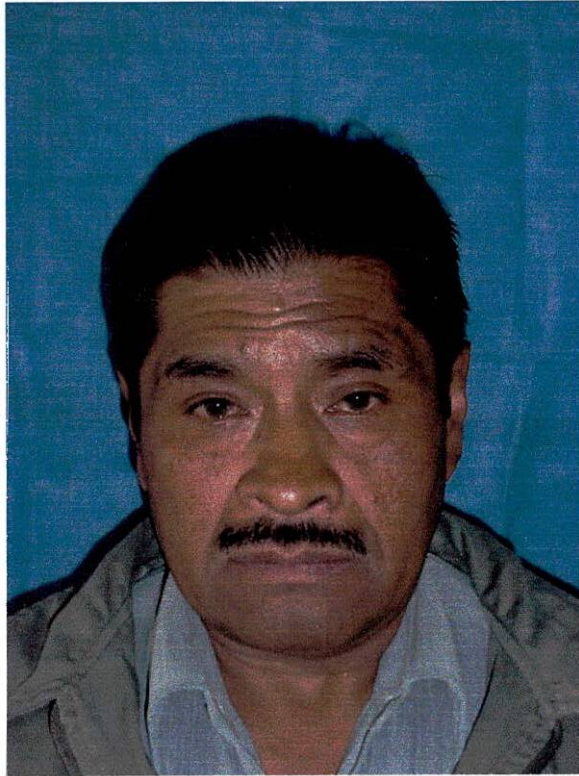
Historia Clínica:	379297
Apellidos y Nombres del paciente:	Campo Elias Sueca Baron
Identificación:	6.743.655 de Tunja
Edad:	60 años
Sexo:	Masculino
Raza:	Mestizo
Estado Civil:	Casado
Ocupación:	Obrero en construcción
Ultima visita al médico:	Agosto 2202
Ultima visita al odontólogo:	Hace 3 años
Motivo de Consulta:	
	“Para cambiarme la prótesis”

EXAMEN FÍSICO

Peso:	45 kg.
RH:	0+
Estatura:	1,50m.
Temperatura:	36°. C
Presion Arterial	120/80 mmHg
Frecuencia Cardiaca:	65 ppm
Alerta Médica:	Ninguna

ANAMNESIS:

Historia Médica familiar:	Hermano hipertenso controlado
Historia Médica Personal:	Paciente no presenta compromiso
	Sistémico ni alergia a algún
	Medicamento.
	Ectópico, presenta miopía



HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA:

Anestesia Local:	Sí Ninguna complicación
Anestesia General:	Sí Ninguna complicación
Hemorragia Post-quirúrgica:	No Ninguna complicación

HISTORIA ESTOMATOLOGICA:

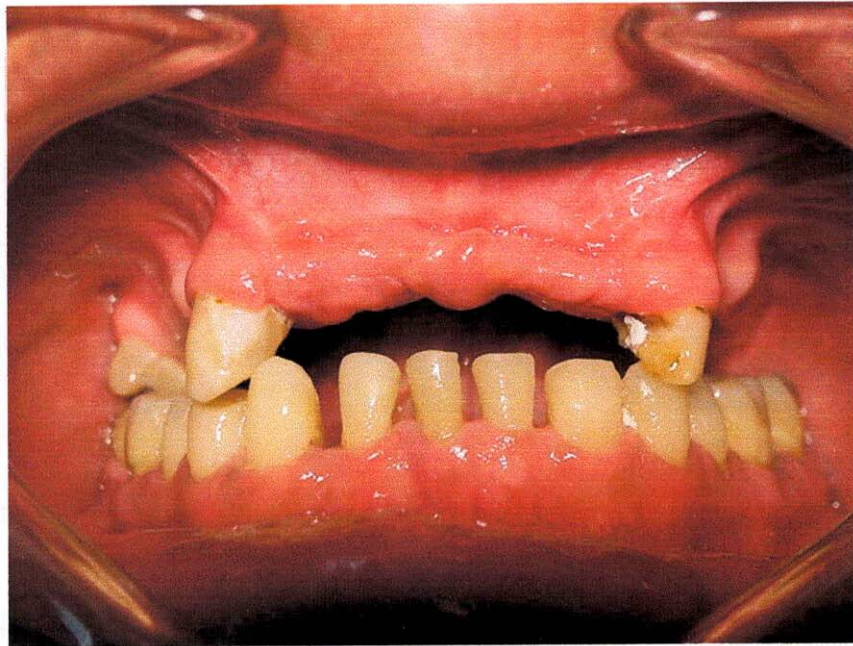
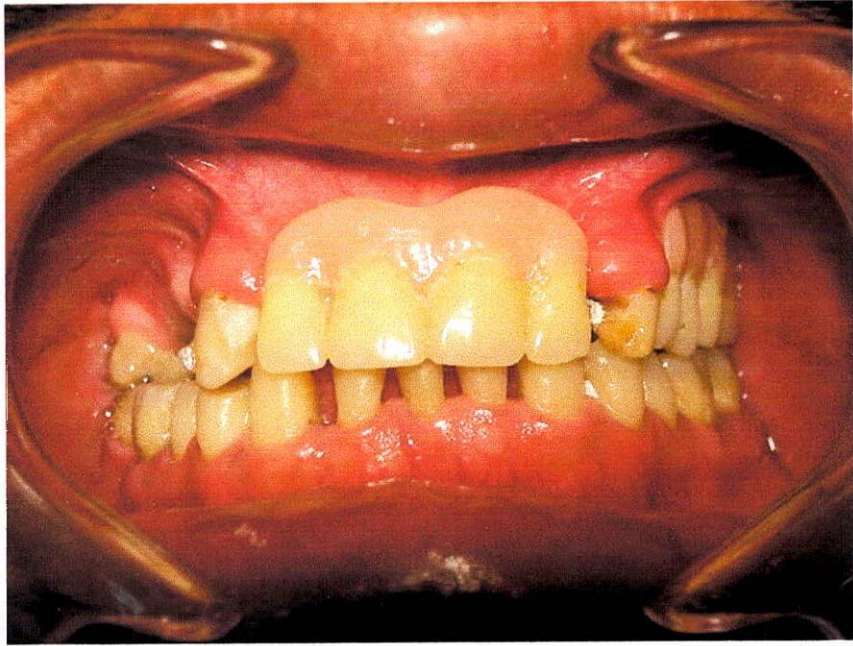
Dolor muscular:	No
Dolor A.T.M:	No
Ruido Articular:	No
Alteración del movimiento:	No
Desarmonías Oclusales:	Si
Hábitos:	Ninguno
Xerostomía:	No
Odontalgia:	No
Dolor / Ardor T. Blancos:	No
Sensibilidad dentaria:	Si
Sangrado Gingival:	Si
Halitosis:	Si

EXAMEN FÍSICO ORAL:

Labios:	Normal
Carrillos:	Normal
Surco vestibular:	Normal
Gingiva:	Inflamada
Reborde Alveolar:	Irregular
Lengua:	Normal
Piso de boca:	Normal
Frenillos:	Normal
Paladar Duro:	Anormal
Paladar blando:	Anormal
Amígdalas / Orofaringe:	Normal

EXAMEN FÍSICO CRANEOMANDIBULAR

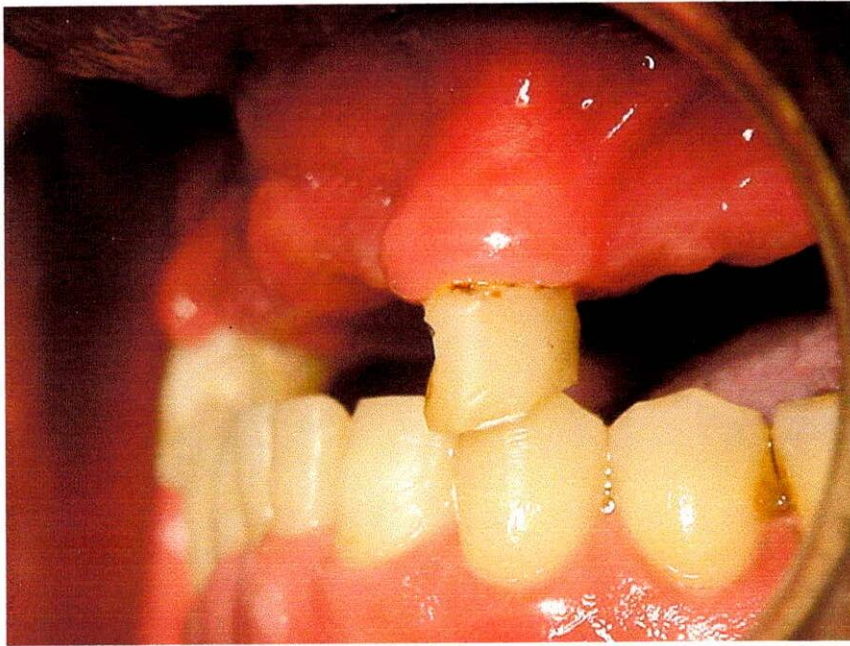
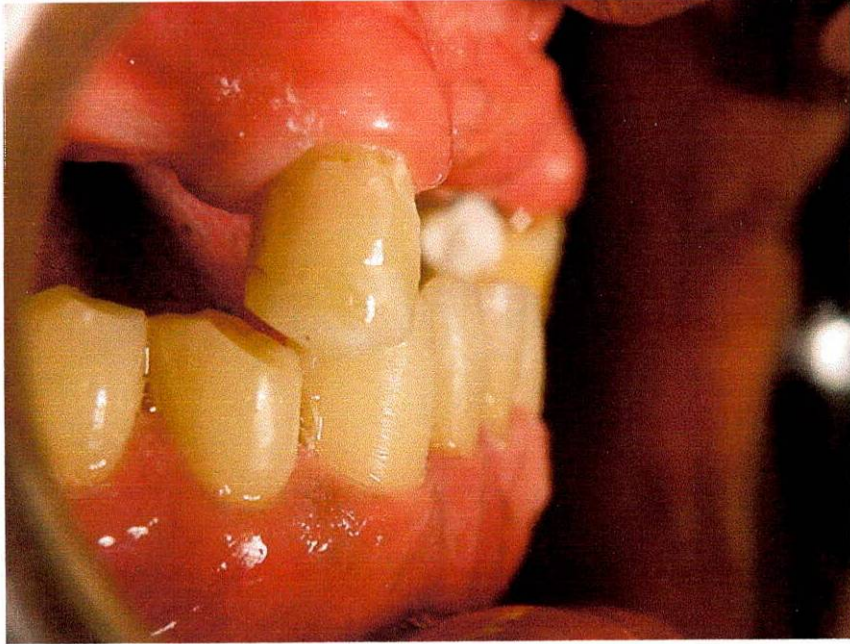
Apertura:	50mm
Protrución:	5mm



Lateralidad Izq.:	5mm
Lateralidad Der.N: 4 A 6mm:	5mm
Desviación:	Ninguna

EXAMEN DENTARIO / ARMONÍA - DESARMONIA OCLUSAL

Clasificación de ANGLE:	No aplicable
Clasificación canina:	II izq. I der
Simetría facial:	Si
Perfil:	Convexo
Resalte Overbite:	5mm
Resalte overyet:	5mm
Línea media dentaria:	No aplicable
Apiñamiento:	No presenta
Diastema:	Anteriores inferiores
Faceta de desgaste:	Anteriores inferiores
Ausencia dentaria:	17,16,15,14,12,11,21,22, 24,25,26,27,28,38 y 47



Primer contacto dentario:	13-43
Dimensión vertical postural:	45mm
Dimensión vertical oclusal:	44mm
Espacio Libre:	1mm
Lateralidad Derecha:	13-43
Lateralidad Izquierda:	23-33
Protrución:	13-43

EXAMEN PERIODONTAL

Encía Color:	Rojo Intenso
Margen:	Inflamado
Consistencia:	Blanda
Textura:	Punteado gingival
Grosor:	Aumentado
Contorno:	Liso
Papilas:	Disminuidas

Encía adherida:	Normal
Cálculos:	Sí presenta
Sangrado al cepillado:	Sí presenta
Supuración/Exudado:	No presenta
Fremito:	No presenta

PERIODONTOGRAMA Y RADIOGRAFÍAS

PERIAPICALES : Por sextantes

- **Sextante I:** Sondaje normal 18: Área radioopaca coronal con sombra radiolucida, compatible con obturación desadaptada, no presenta ninguna alteración en estructuras anatómicas.
- **sextante II:** Sondaje normal 13: Área radioopaca intraradicular compatible con material termoplástico, área radiolucida coronal compatible con caries.
23: Área radioopaca y radiolucida coronal compatible con obturación desadaptada.
- **Sextante III:** Ausencia dentaria
- **Sextante IV:** Sondaje normal, recesión de 3mm, nivel de inserción de 5mm, presentan área radio opaca coronal compatible con obturación.

- **Sextante V:** Sondaje normal, recesión de 3mm por L, y 1mm por V.
- **Sextante VI:** Sondaje normal, recesión de 3mm, Presenta área radioopaca compatible con obturación.

EXAMEN DENTARIO

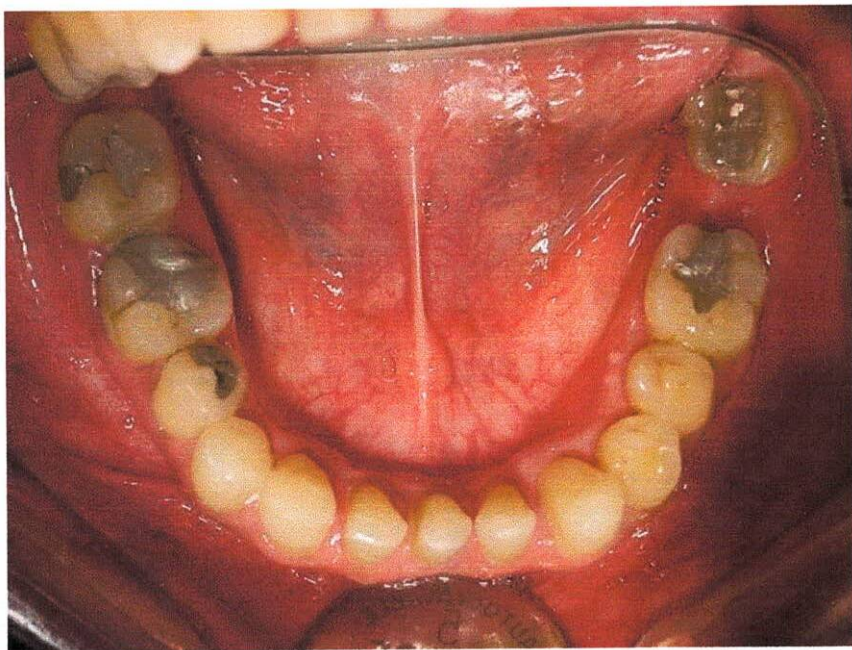
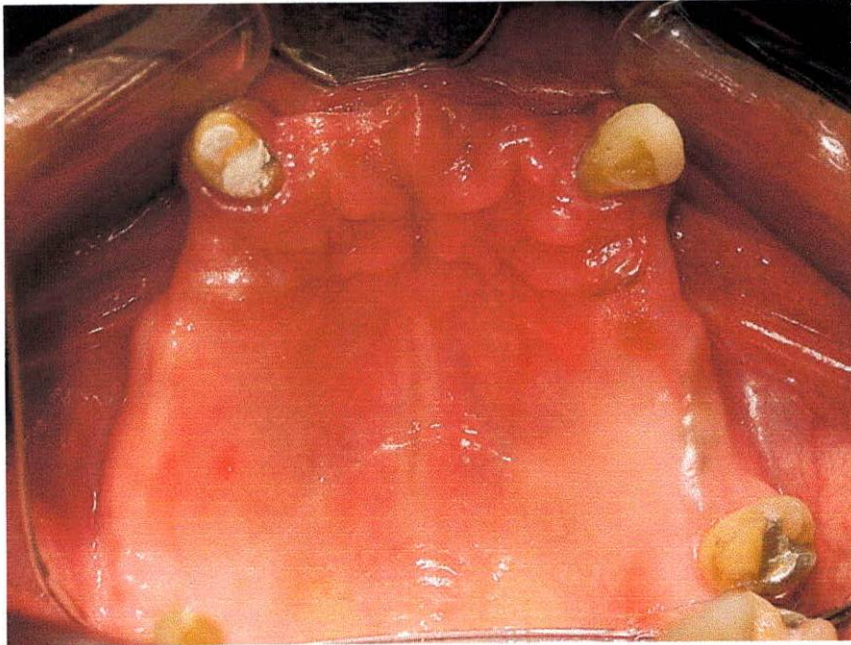
ODONTOGRAMA

- 18: Amalgama oclusal desadaptada
- 13: Resina IP desadaptada
- 23: Caries IMVP
- 37: Amalgama OLD desadaptada
- 36: Amalgama ODP desadaptada y caries V
- 35: Amalgama O desadaptada
- 46: Amalgama OD desadaptada, caries V
- 48: Amalgama O desadaptada

DIAGNOSTICO

Generales : Ninguno

CRANEOMANDIBULAR



Clasificación de Angle : No aplicable

Etiología : Ausencia dentaria del maxilar superior

ORALES DE TEJIDOS BLANDOS Y ÓSEOS:

Estomatitis

Etiología: por la prótesis desadaptada

PERIODONTALES

Gingivitis Asociada a placa bacteriana

Etiología: Placa Bacteriana

DENTALES

1 Caries activa 23 (IMV), 36 (V)

2 Caries recurrente 18(0), 13 (IP), 36 (ODP), 35(0), 46(OD), 48(0)

3 Anodancia verdadera; 17, 16, 15, 14, 12, 11, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 47 y 42.

4 facetas de desgaste: 34, 33, 32, 31,41, 43, 44 y 45

etiología:

1 Muitifactorial

2 Restauración desadaptada

3 por Exodoncias o falta de formación

4 Maloclusión

ENDONDONTICOS:

Pulpitis irreversible diente 36

etiología: Restauración desadaptada

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL:

Periodoncia: Terapia básica

- Motivación del paciente
- Enseñanza de higiene oral y nutrición
- Eliminación de factores retentivos
- Reevaluación a las 4 semanas
- Terapia periodontal de soporte

Cirugía: No requiere

Endodoncia

- Tratamiento diente 36 y 23

Operatoria

Amalgamas: 18(0), 35(0), 46(0), 48(0)

Resinas: 46V

Prostodoncia:

Núcleo 36, corona 36. Coronas 33,32,31,41,42 y 43. PPF: 18-26

Implantología:

16,14,24 y 26

Periodoncia:

Terapia periodontal de soporte

IMPLANTES

Son sustitutos artificiales de las raíces de los dientes naturales. Son pequeños tornillos cilíndricos que se colocan en los maxilares. Los dientes que se reemplazan son adheridos a la parte del implante que sobresale de la encía.

Los implante son útiles ya que:

- Pueden reemplazar a los dientes que no se renuevan.
- Pueden servir de apoyo a una dentadura completa, haciéndola más segura y confortable.
- Pueden sostener un puente fijo, eliminando 2 problemas: no usar dentadura removible y/o no tallar dientes vecinos.
- Pueden ayudar en el reemplazo de un solo diente, sin alterar los vecinos.

A pesar que todos los implantes dentales hayan brindado confort y aportado confianza a los pacientes para sonreír, comer, hablar, etc., no son para todos. El paciente ideal debe tener un buen estado de salud y hueso adecuado en principio, para poder soportar el implante.

Igualmente es importante para el paciente el "compromiso a una higiene oral muy buena y a una periódica visita al dentista.

Su odontólogo de cabecera, periodoncista o protesista puede ayudarlo a decidir si el implante dental es bueno para usted. Para tal decisión es necesario un examen bucal a fondo, se hará una historia clínica personal, con un examen profundo del hueso remanente, controlando la oclusión, radiografías, modelos de su boca para su estudio y planeo de posible tratamiento.

Usted debe esclarecerse, preguntar, informarse de los beneficios, riesgos y posibles alternativas.

Los implantes dentales pueden reemplazar los dientes en la misma forma que lo hacen las raíces con los dientes naturales.

Los implantes son una alternativa para las dentaduras que se "mueven" o causan dolor.

También pueden prevenir situaciones incómodas por falta de algunas piezas dentarias.

Implantes con un cuidado oral muy bueno y visitas periódicas a su dentista ya están puestos en boca por más de 20 años y pueden durar toda una vida.

El tratamiento puede variar dependiendo del tipo de implante y de la salud del paciente. Por ejemplo, muchos pacientes pueden hacer el tratamiento de implantes en un consultorio odontológico común; otros pueden necesitar un quirófano; la mayoría pueden realizarse con anestesia local y otras intervenciones pueden realizarse con anestesia general para mayor confort del paciente.

El primer paso es la instalación de los implantes dentarios en el maxilar.

El segundo paso, luego de una espera de 3 a 4 meses, se colocan unos intermediarios a través de la encía, que son los que sostendrán la futura prótesis.

El tercer y último paso es la colocación del sistema proteico elegido, sobre los intermediarios colocados en el segundo paso, en forma firme y precisa.

Después de finalizado el tratamiento, cepillado, hilo dental, control de placa bacteriana y visitas periódicas al dentista son necesarias, para el éxito de los implantes dentales.

Los tratamientos de implantes dentales requieren conocimientos especiales, entrenamiento, equipo técnico y facilidades, por eso cualquier odontólogo no puede brindar el servicio. Sin embargo, el trabajo en conjunto de los especialistas con los periodoncistas y protesistas es de desear.

Los implantes dentales son cilindros de TITANIO que son colocados en el hueso maxilar o en la mandíbula, como un elemento de "fijación" que sirve de apoyo a la prótesis dental, que se utiliza en sustitución de los dientes naturales perdidos. La especialista en prostodoncia es quien construye estas prótesis, que serán hechas a la medida, y según los requerimientos estéticos que necesite el paciente.

El implante dental requiere una inversión de dinero mayor que una dentadura removible o un puente fijo convencional. Además requiere una inversión de tiempo que puede llevar de 3 a 9 meses desde que se inicia el tratamiento hasta que se finaliza. Si usted considera el tiempo que puede durar un implante, la inversión en tiempo es razonable. Como cualquier procedimiento de cirugía, los implantes dentales encierran riesgos de infección. Ocasionalmente se puede perder alguno y necesite ser reemplazado.

Se recomienda utilizar implantes cuando:

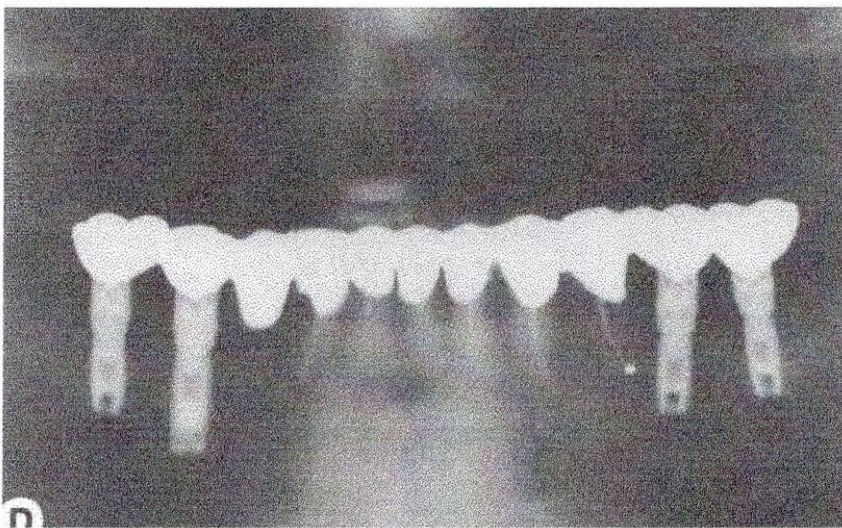
Cuando falta uno o varios dientes.

Cuando el paladar de su dentadura superior removible le molesta, o bien, la barra del removible inferior le estorba. Además, porque nunca acepto los ganchos de sus prótesis removibles como algo estético, que favorece a su sonrisa.

Y la más importante para muchas personas es cuando el paciente tiene problemas de retención en su dentadura superior o inferior.

Un tratamiento similar al que se le realizaria a nuestro paciente es el siguiente:

Paciente de 72 años de edad, que tiene ausentes varios dientes en la arcada inferior. La radiografía panorámica superior muestra la condición de su boca en la visita inicial. La radiografía panorámica inferior muestra el final del tratamiento de la rehabilitación protesica con 4 implantes que sustituyen los dientes perdidos posteriores y además se observa la reconstrucción con prótesis fija de los dientes anteriores.



Se ha escogido el titanio como material del implante por ser clínicamente puro y por presentar una superficie especial en lo que hace relación a su biocompatibilidad con el hueso. Los investigadores insisten en que la superficie del implante es definitiva para el éxito de la técnica; en efecto, se aconseja manejar el titanio con instrumentos del mismo

material, con el propósito de no contaminarlo con otros metales. El titanio se oxida con la sola exposición al aire en forma rápida, como se anotó anteriormente.

En la técnica de oseointegración hay intercambio iónico entre la superficie oxidada de titanio y el cristal de hidroxiapatita ósea (capa de hidratación del cristal).

Las bondades de metales diferentes y del titanio como materiales biocompatibles en ortopedia han sido investigadas hace algún tiempo. Edmonson y Crenshaw (1980) en *Campbell's Operativo Orthopaedics* informan:

"Los implantes metálicos deben ser biocompatibles y no desencadenar inflamación estéril o reacciones alérgicas que puedan aflojar el implante; tampoco deben producir reacción sistémica por absorción de iones metálicos o ser carcinogénicos. Las partículas microscópicas de las aleaciones que se están utilizando no producen reacción inflamatoria ni tienen efectos carcinogénicos. Pero algunos informes atribuyen el aflojamiento de los implantes a una respuesta alérgica a las concentraciones locales y sensibilización a partículas de cromo, cobalto o níquel. Infortunadamente las pruebas dérmicas con el metal antes de su implantación son de poco valor, ya que el paciente se sensibiliza solamente después de que se ha realizado la acumulación local de las partículas.

TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA OSEOINTEGRACION

La técnica quirúrgica comprende 2 pasos separados:

1. Instalación del fixture
2. Instalación del cilindro transepitelial

La forma de tornillo, naturalmente, le da mayor estabilidad y adherencia al hueso.

Al agregar algunos p $\acute{o$ nticos en cantilever aumenta el esfuerzo sobre el implante extremo.

Los investigadores que han trabajado con estos implantes piensan que la infraestructura representada por ellos es capaz de tolerar los esfuerzos del cantilever.

OSEOINTEGRACION INTERFASE TEJIDO GINGIVAL-TITANIO

En estudios histol $\acute{o$ gicos con microscopio electr $\acute{o$ nico Hansson (1983) encontraron osteocitos asociados \acute{i} ntimamente a la superficie del metal. Tambi \acute{e} n se apreci \acute{o} presencia de fibras col \acute{a} genas a una distancia de 1-3 mieras de la superficie met \acute{a} lica en arreglo perpendicular al titanio, pero las fibras col \acute{a} genas no entraban en contacto con el metal; siempre se apreciaba una capa de sustancia granular aproximadamente de 20 mieras de espesor separando el metal de las fibras col \acute{a} genas. Los autores piensan que esta sustancia granular es una glucoprote \acute{i} na, lo cual se confirm \acute{o} con coloraciones de rojo de rutenio. Igualmente observaron la presencia de prolongaciones de osteoblastos y osteocitos aproxim \acute{a} ndose al implante met \acute{a} lico.

T \acute{E} CNICA QUIR \acute{U} RGICA DEL MAXILAR SUPERIOR

La t \acute{e} cnic a quir \acute{u} rgica en el maxilar superior es m \acute{a} s exigente porque el hueso no es tan compacto y existen varios reparos anat $\acute{o$ micos que limitan la aplicaci \acute{o} n de la t \acute{e} cnic a, como fosas nasales y seno maxilar.

CORROSIÓN GALVÁNICA:

Cuando en un mismo maxilar colocamos dos implantes hechos en metales distintos se establece una corrosión galvánica, en que el metal más noble actuará como cátodo y el segundo como ánodo. La diferencia de potencial eléctrico entre los dos regirá la disolución, centrada en el ánodo del sistema.

Sin embargo, no es indispensable la presencia de dos metales para el establecimiento de este tipo de galvanismo corrosivo; también puede presentarse en uno solo cuando recortamos con discos, piedras o fresas sus postes o extremos apicales o simplemente al pulirlo, en la etapa final de su elaboración. En estas acciones rompemos la cubierta protectora, restando nobleza a esa parte del implante la cual empieza a actuar como ánodo del sistema, en relación al resto del artefacto, con un potencial eléctrico diferente.

PLAN DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO

PERIODONCIA: Terapia básica

- Motivación del paciente
- Enseñanza de higiene oral y nutrición
- Eliminación de factores retentivos
- Reevaluación a las 4 semanas
- Terapia periodontal de soporte

CIRUGÍA

- No requiere

ENDODONCIA

- Tratamiento convencional de conducto 13,23 y 36

OPERATORIA

Amalgamas 35(0)

Resinas: 46(V)

PROSTODONCIA

Núcleos 13, 23, 36,46

- Corona 36

-Prótesis parcial fija 13-23

- Prótesis parcial fija 46 - 48

- Prótesis parcial removible superior:

DISEÑO DE LA REMOVIBLE:

Conector mayor: Plato palatino

Retenedor directo: 18: Aiker Simple

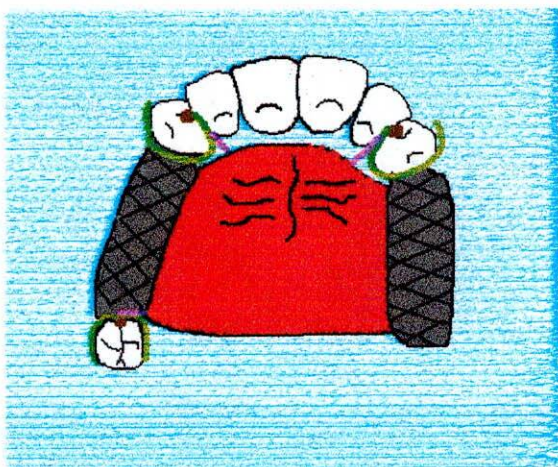
13: Semicircunferencial

23: Semicircunferencial

Apoyos: 18: m

13:m

23:m



PERIODONCIA

- Terapia periodontal de soporte

VENTAJAS DE LAS RESINAS DE FOTOPOLIMERIZACION

- La radiación no posee efecto ionizante
- No incorpora aire
- Buena estabilidad de color y resistencia a la abrasión
- Buen tiempo de trabajo
- Aplicación por incrementos
- Terminado y pulimento

PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

PERIODONCIA: Terapia básica

- Motivación del paciente
- Enseñanza de higiene oral y nutrición
- Eliminación de factores retentivos
- Reevaluación a las 4 semanas
- Terapia periodontal de soporte

CIRUGÍA: no requiere

ENDODONCIA: T.C.C. diente 36

T.C.C. Diente 23

OPERATORIA

Amalgamas 18(0), 35(0), 46(OM), 48(0), 37(0), 36(OLD)

Resinas: 41L, 42L, 43L, 31VL 44O, 34 0, 32L, 33L, 36V, 37V, 46(V)

PROSTODONCIA

- Domos 13 y 23
- Sobre dentadura superior

PERIODONCIA

- Terapia periodontal de soporte

SOBREDENTADURA

La terapia de sobredentadura se basa en la filosofía de que si una dentadura se construye sobre dientes que se han retenido para ese efecto, ello contribuye a preservar el hueso alveolar circundante a esos dientes pilares; así mismo, que si complementariamente se adiciona soporte dentario, se protege el resto del reborde residual. El pronóstico de una prótesis de sobredentadura depende fundamentalmente del mantenimiento de la salud periodontal y del control de caries de los dientes pilares.

Definición Y Evolución Tecnológica

Prótesis de sobredentadura es toda prótesis removible, total o parcial, apoyada sobre dientes pilares y sobre el reborde alveolar. Actualmente, este concepto se hace extensivo a las prótesis sobre implantes de oseointegración a las cuales también se les conoce como 'prótesis híbrida'.

Cuando un paciente tiene pocos dientes remanentes con mal pronóstico para restauraciones convencionales, con mucha frecuencia se decide su exodoncia y la elaboración de prótesis total, con la consecuente reabsorción del reborde alveolar residual; de tal manera, que en el plazo de 2 ó 3 años, es preciso confeccionar nuevas prótesis con deficiencias crecientes de soporte, retención y estabilidad. Se puede plantear también la exodoncia de los dientes

remanentes y colocar implantes de oseointegración que son indudablemente una solución importante tanto para el paciente desdentado total como para el desdentado parcial. En el paciente geriátrico se puede presentar contraindicaciones de carácter sistémico, los implantes de oseointegración son costosos, implican indudablemente un riesgo quirúrgico, son exigentes respecto de las condiciones generales y locales del paciente, pueden sufrir rechazo y son muy exigentes en cuanto a la técnica y el diseño de la restauración; demandan además un mantenimiento exquisito tanto de parte del profesional como de parte del paciente.

El primer reporte escrito que hace referencia a sobredentaduras aparece en 1883; en él, Dexter describió una prótesis removible elaborada sobre los seis dientes anteriores. Starr en 1886 describió una prótesis en oro asentada sobre dientes protegidos por bandas del mismo metal, cementado con gutapercha caliente y que podía ser removida. En 1916, Peeso describe una dentadura telescópica fijada con tornillos y prescribe el uso de hilo de coser para su limpieza.

En 1949 McCall y Hugel publican su experiencia y la de otros colegas con respecto de prótesis removibles atornilladas sobre cofias y prótesis con diferentes tipos de ajustes semejantes a los usados hoy. Así, sucesivamente, Miller, Dolder, Yaiisove, Morrow, Crum, Schweitzer, Kabcenell, Perel, Brewer y otros hacen aportes sobre diferentes tipos de

sobredentadura, algunas sobre dientes, otras sobre dientes con cofias, otras sobre dientes con ajustes, etc.

Las ventajas descritas para este tipo de restauración van orientadas hacia la conservación del reborde óseo, mejorar la retención, soporte y estabilidad de las prótesis, permitir una mejor conservación de los tejidos periodontales, y otras que serán discutidas in extenso en el desarrollo del tema Indicaciones Y Contraindicaciones

Las prótesis de sobredentadura están indicadas en los siguientes casos:

En pacientes con pocos dientes remanentes en los cuales hay contraindicación de implantes de oseointegración.

Cuando existen pocos dientes remanentes, cuyas condiciones periodontales, numero y distribución no hace posible una restauración fija en combinación con una prótesis removible.

En mujeres pre o postmenopáusicas en las cuales la ejecución exodoncias haga prever gran reabsorción.

Cuando por razones de costo, la única alternativa pareciera ser la exodoncia de los dientes remanentes.

En pacientes con dientes naturales superiores y pocos dientes remanentes en maxilar inferior.

En pacientes clase III de Angle con persistencia de dientes inferiores y pocos dientes remanentes superiores las prótesis fijas están condenadas al fracaso menos que se realice la restauración manteniendo la clase III, ya que las fuerzas se ejercen en una dirección que genera brazos de palanca lesivos de la integridad dentaria y periodontal. Por otra parte, la exodoncia de los dientes superiores, debido al proceso de reabsorción del reborde residual que ocurre a expensas de la tabla vestibular, acentúa la discrepancia entre ambos rebordes agravando el problema.

Las prótesis de sobredentadura, no obstante, presentan algunas contraindicaciones:

En caso de dientes aislados sin pérdida de soporte periodontal, ya que no existe espacio para la colocación de los dientes.

Ventajas Y Desventajas De La Prótesis De Sobredentadura

Una prótesis de sobredentadura presenta las siguientes ventajas sobre una prótesis convencional:

Facilita la preservación de la dimensión vertical original del paciente.

Permite la preservación del hueso alveolar adyacente al diente pilar.

Conserva la propiosepción, brindando apoyo funcional y psicológico al paciente. Los propioseptores ayudan en la sensibilidad direccional, en la estereognosis, es decir, en el reconocimiento de las dimensiones y características de los objetos dentro de la boca.

En los pacientes que mantienen su propiosepción se facilita:

Controlar más efectivamente el rango y tipo de ciclo masticatorio en el reflejo masticatorio salival.

Discriminar cargas mayores de 2.000g mejor que los portadores de prótesis total convencional).

Obtener mayor eficiencia de los músculos masticatorios. Eficiencia de 79% frente a 59% de los portadores de prótesis total convencional.

Poseer una capacidad propioseptiva que evite sobrecargar el reborde y reducir la reabsorción.

Permitir la utilización de dientes que, por su relación corono-radicular y su soporte periodontal, estarían destinados a la exodoncia.

Mejorar el pronóstico de dientes con periodonto afectado al mejorar su relación coronoadicular.

Brindar soporte dentario a una prótesis que de otra forma tendría sólo soporte mucoso.

Ofrecer mayor estabilidad a la prótesis, y con ello mejorar la función y eficiencia, y por lo tanto, la adaptación del paciente.

Permitir el uso de ajustes que adicionan retención a la prótesis.

Ofrecer la oportunidad de convertir la sobredentadura en una prótesis total convencional en caso de pérdida de los pilares.

Ofrecer una gratificación al paciente ya que evita quedar completamente edéntulo.

Las pacientes posmenopáusicas con frecuencia se sienten incapaces de aceptar la pérdida de todos sus dientes y usar una prótesis total debido a la presión ejercida por sus pares y su grupo social. Los pacientes ancianos asimilan la pérdida de todos sus dientes con la eventualidad de la muerte .

Las sobredentaduras presentan por cierto algunas desventajas con respecto de la prótesis convencional entre las cuales se pueden señalar:

Alta susceptibilidad a la caries de los dientes pilares

Alta exigencia de higiene oral.

Problemas estéticos por sobrecontomo.

Presencia de áreas retentivas que interfieren con la vía de inserción.

Invasión de la distancia interoclusal, por el manejo de los muñones, ajustes o crecimientos alveolares segmentarios, que dificulta el montaje de los dientes.

Selección De Dientes Pilares

En la selección de dientes pilares es importante tener en cuenta aspectos endodónticos, periodontales, y el número y ubicación de ellos .

Consideraciones Endodónticas

El diente debe ser susceptible de recibir tratamiento endodóntico ya que parte de su estructura coronaria será cortada; es importante que esté libre de lesiones periapicales o que sea posible su resolución, si las hay.

Estatus de la pulpa dental. Si la pulpa es vital, es factible realizar el tratamiento endodóntico en una sesión, pero si presenta necrosis es conveniente utilizar dos sesiones para ello; si el diente ha recibido previamente tratamiento endodóntico debe evaluarse y, en caso de duda, debe repetirse; no es necesario esperar la resolución de la lesión para proseguir el tratamiento.

Deben considerarse las lesiones endoperiodontales, ya sean primarias periodontales o primarias endodónticas, y realizar el tratamiento conjunto.

Desde el punto de vista de la temporización es más fácil realizar primero el tratamiento endodóntico y luego amputar la corona, pero desde el punto de vista del acceso al conducto, es más fácil amputar la corona y luego, realizar el tratamiento endodóntico. Es frecuente que un diente con grandes restauraciones presente calcificación de su cámara pulpar, no así del conducto radicular; en estos casos, una vez amputada la corona se facilita el acceso a los conductos radiculares.

La caries debe ser retirada en su totalidad previamente al tratamiento endodóntico, ya que puede darse el caso que un pilar que se creía útil se descarte una vez eliminada la caries.

Al realizar la amputación previa a la endodoncia debe dejarse un muñón suficiente para la colocación del dique de caucho.

Ettinger en 1988 reporta sólo 3.8% de fracasos debido a problemas endodónticos y periapicales, considerando los dientes que se han mantenido vitales y aquellos con

tratamientos endodónticos. Es importante establecer control radiográfico y evitar la utilización de dientes vitales .

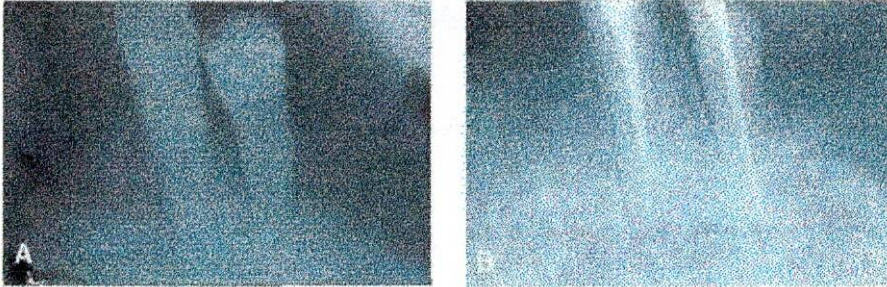
Consideraciones periodontales

El diente debe tener un soporte óseo de por lo menos 6 mm. Al realizar la amputación coronaria, la relación corono-radicular puede cambiar de 2:1 a una relación de 1:3 o 1:4, lo cual favorece la estabilidad y la salud periodontal.

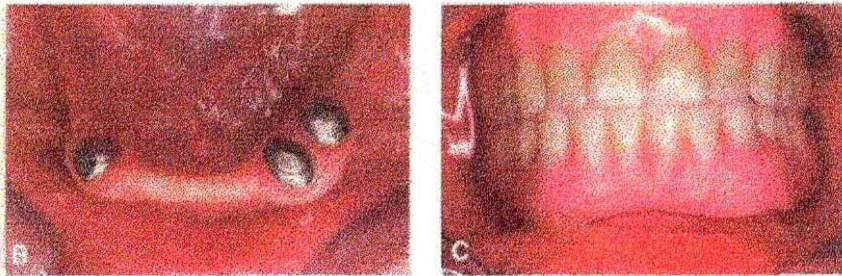
Los dientes aislados suelen presentar movilidad grado I o grado II, la cual debe disminuir al realizarse la amputación coronaria. En caso de incrementarse después de la inserción de la prótesis, debe hacerse la reevaluación del soporte óseo.

Toda lesión periodontal debe ser tratada previamente a la decisión final sobre el plan de tratamiento. Los dientes pilares multiradiculares deben ser valorados en cuanto a lesiones furcales.

Debe existir suficiente cantidad de encía adherida tanto en vestibular como lingual. En caso de no existir, es necesario utilizar los procedimientos quirúrgicos para crearla. Es preferible la existencia de abundante hueso vestibular con el fin que las fuerzas verticales tengan además del soporte dentario un soporte óseo recubierto de encía adherida y no se ejerzan fuerzas tangenciales sobre el margen gingival sin soporte óseo. Estos rebordes voluminosos tienen el inconveniente de crear sobrecontornos en la prótesis .



(A) antes del corte de la corona clínica y (B) después de esta intervención.



Consideraciones En Cuanto A Número Y Localización De Dientes Pilares

Todos los dientes son importantes cuando al otro lado de la balanza se encuentra el riesgo de pérdida de reborde alveolar, pero es indudable que existen algunos factores de importancia:

Control de caries tanto previo como posterior a la inserción de las prótesis.

Localización y angulación de los dientes.

Homogeneidad de la altura del nivel óseo y de los dientes pilares ya que su desnivel en varios dientes crea interferencias con el espacio interoclusal .

Los dientes no deben ser conservados por el solo hecho de tenerlos en boca, aún cuando presenten lesiones periapicales o periodontales, ya que puede inducir mayor pérdida ósea.

Los pilares bilaterales y simétricos confieren soporte más estable .

Los mejores dientes pilares en el maxilar inferior son los caninos y los premolares.

Es importante que entre los pilares exista una banda de encía queratinizada, y por lo tanto, es preferible que los pilares estén separados y no contiguos .

Debido al diferente patrón y velocidad de reabsorción ósea en ambos maxilares, parece más importante la conservación de los dientes inferiores que los superiores. Sin embargo, en algunas situaciones como la clase III de Angle o en caso de severas deformaciones en el sector del maxilar anterior, la preservación dentaria en el maxilar superior cobra gran importancia.

La preservación de caninos en el maxilar superior tradicionalmente ha sido utilizada; no obstante, puede presentar problemas estéticos por sobrecontorno.

DOMOS

Es un diseño redondeado con una altura de 1 a 2 mm sobre el margen gingival. Estos domos están indicados en los siguientes casos:

En dientes con obturación de la entrada al conducto en amalgama. Se incrementa el riesgo de caries y se debe, por lo tanto, implementar el pulimento a espejo y la fluorización repetida.

Domos confeccionados en materiales como resinas de fotopolimerización y ionómeros. Al respecto, Ettinger presenta un estudio comparativo en el cual las amalgamas exhiben las mejores propiedades mecánicas y la mayor sobrevida; sin embargo, las resinas se desgastan y son igualmente susceptibles a la caries recurrente que las amalgamas. Los ionómeros tienen escasa sobrevida pero no presentan caries recurrente debido a la liberación de flúor. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Ten Cate y Van Duinen respecto de la hipermineralización de los contornos y las paredes cavitarias en dientes obturados con ionómeros de vidrio.

Domos colados. Su uso es importante como recubrimiento cuando existe cemento expuesto. Deben tener diseño de línea terminal a nivel del margen gingival y profundizar en el conducto dentario lo suficiente para lograr una buena retención. Si se usan únicamente como domo son suficientes 4 mm de longitud intrarradicular, pero si van a incorporar un elemento de retención (un ajuste, por ejemplo), deben tener una longitud de 6 mm para contrarrestar las fuerzas de desalajo. Safavi y Grasso recomiendan que el espacio para el poste imite la forma del conducto radicular con el fin de evitar perforaciones o posterior rotación del retenedor. Para el centro de la estructura radicular aconsejan elaborar una depresión bucolingual la cual se logra colocando una fresa tronco-cónica perpendicular el eje mayor del diente; ello tiene dos propósitos, evitar la rotación y dar mayor volumen al retenedor sin aumentar la altura. El domo puede tener en su cara externa una depresión

central para apoyar la estructura metálica de la prótesis, lo cual contribuye a dirigir las fuerzas oclusales a lo largo del eje mayor del diente.

Mantenimiento

En estos casos el mantenimiento se refiere a la prevención de la caries radicular y de las afecciones periodontales. Los dientes que hayan sido preparados sin recibir como colado deben ser pulidos a espejo con el fin de evitar la retención de placa. Se debe aplicar flúor en cada sesión desde el momento en que se ejecuta la amputación coronal y cada vez que el paciente asista a control con el objetivo de reforzar la estructura dentaria.

El paciente debe saber eliminar la placa bacteriana de manera exhaustiva, tanto en los dientes y elementos adicionales, como en la prótesis misma, usando todos los recursos disponibles en el mercado que se adapten al tipo de aditamento usado. Al menos cada 6 meses, los controles al paciente incluirán:

Examen clínico y radiológico de las estructuras remanentes, haciendo énfasis en las condiciones periodontales.

Control de higiene oral.

Refuerzo en el uso de ayudas preventivas de la placa bacteriana.

Raspaje y alisado radicular.

Aplicación de flúor.

Control del estado de la prótesis.