

1.0.
537

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

29-6-01-1111

SOBREDENTADURAS CARACTERISTICAS DE LA PRIMERA O ULTIMA

POSIBILIDAD PARA UNA RESTAURACION

APOYADA DENTALMENTE

JAVIER ALBERTO CAICEDO - 912265

LUZ ANGELA FORERO - 912228

ANGELA CRISTINA HORTUA - 912264

ODILIA LOZANO - 902270

LILIANA OSPINA - 861042

Santafé de Bogotá D.C.

Mayo de 1996

**SOBREDENTADURAS CARACTERISTICAS DE LA PRIMERA O ULTIMA
POSIBILIDAD PARA UNA RESTAURACION
APOYADA DENTALMENTE**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial
para optar al título de Odontólogo.

JAVIER ALBERTO CAICEDO

LUZ ANGELA FORERO

ANGELA CRISTINA HORTUA

ODILIA LOZANO

LILIANA OSPINA

Director de la investigación:

Dr. Carlos Mario Hernández
Rehabilitador Oral - Implantología, Ortodoncia.
Universidad Militar Nueva Granada

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Santafé de Bogotá D.C.

1996

El presente informe de investigación ha sido aceptado para obtener el título de Odontólogo, otorgado por el Colegio Odontológico Colombiano.

Dr. Carlos Mario Hernández
Director de la investigación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos al Dr. Fredy Osorio Director de X Semestre, Dr. Carlos Mario Hernández Director de la investigación y a nuestra compañera Liliana Ospina, quienes hicieron posible el mejor desarrollo de este trabajo investigativo, aportando sus amplios conocimientos para el buen desenvolvimiento de éste.

Dedicado a:
Nuestros padres y hermanos,
que nos enseñaron que todo es
posible si se trabaja con
esfuerzo

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
1 MATERIALES Y METODOS	5
2 SOBREDENTADURAS: ULTIMA POSIBILIDAD PARA UNA RES- TAURACION APOYADA DENTALMENTE	6
2.1 PLANIFICACION	8
2.2 DESARROLLO BASICO DEL TRATAMIENTO	9
2.3 ADITAMENTOS DE BROCHE	12
2.4 INDICACION DE ANCLAJES INDIVIDUALES	21
2.5 INDICACIONES PARA LA CONEXION DE BARRA	21
2.6 METODOLOGIA ESPECIAL DEL TRATAMIENTO	22
2.7 TRATAMIENTO PROVISIONAL CON SOBREDENTADURAS INMEDIATAS	26
2.8 DOMOS RADICULARES	29
2.9 DESARROLLO TECNICO PARA LA CONSTRUCCION DE UNA ESTRUCTURA DE REFUERZO	39
3 DISCUSION	45
4 CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFIA	48

RESUMEN

SOBREDENTADURAS: CARACTERISTICAS DE LA PRIMERA O ULTIMA POSIBILIDAD PARA UNA RESTAURACION APOYADA DENTALMENTE

El concepto de sobredentaduras comprende una serie de posibilidades constructivas para la dentadura incompleta muy reducida. Todas tienen en común el apoyo periodonto-gingival y aspecto externo de prótesis total.

Esta monografía contiene generalidades acerca de sobredentaduras como son: indicación, planificación, desarrollo del tratamiento periodontal y endodóncico previo, posibilidades y elementos de construcción (retención y apoyo), metodología del tratamiento (preparación de pilares, toma de impresión de pilares, domos, configuración de la oclusión y base, estructuras de refuerzo coladas y cuidados posteriores.



INTRODUCCION

El concepto de sobredentaduras comprende una serie de posibilidades constructivas para la dentadura completa muy reducida. Todos tienen en común el apoyo periodontogingival y el aspecto externo de prótesis total. diferenciándose del tratamiento con prótesis total, debido al mantenimiento de remanentes dentarios aislados en el maxilar, con el fin de conseguir apoyo, retención e impedir la inevitable resorción de la cresta alveolar después de la extracción y manteniendo la fuerza y eficacia masticatoria y capacidad de diferenciación de fuerzas.

ANTECEDENTES

La idea de dejar restos aislados de raíces en el maxilar y construir sobre ellos prótesis totales tiene más de 100 años de antigüedad y su meta era retardar o incluso impedir la inevitable resorción de la cresta alveolar después de la extracción. Esta sigue siendo una de las ideas básicas. Ahora se sabe también que gracias a las sobredentaduras, no sólo se consigue el apoyo y la retención de las raíces sino que en comparación con la prótesis total, aumenta

considerablemente la fuerza y eficacia masticatoria y la capacidad de diferenciación de fuerzas.

En ocasiones, según los autores Sheldon - Winkler (1982), se reducen los dientes y se hace un vaciado sobre los mismos en preparación para la sobredentadura. Esto es necesario debido a la sensibilidad o para el control de caries. En estos dientes no se hace endodoncia, por lo que existe la posibilidad de sensibilidad. Esta técnica es posible solo cuando los dientes presentan soporte óseo adecuado y un buen pronóstico periodontal, ya que con este método se hace una reducción mínima en la relación corona-raíz. Debido a la mínima reducción en la altura coronaria existe una limitación para esta técnica. Debe tener suficiente espacio interoclusal para permitir invadir el espacio existente entre los reborde o se habrá violado la dimensión vertical, dando como resultado mala estética y un fracaso posterior debido a la intolerancia del paciente.

Al principio de los años 60, la investigación se ha enfocado hacia los aspectos periodontales. Hoy día, en que ya es posible demostrar por medio de estudios a largo plazo que el camino elegido es el correcto, la investigación se centra cada vez más en la importancia de las sobredentaduras para función neuromuscular y necesidades fisiológicas.

En una época en la que se pueden evaluar estadísticamente los efectos de las prótesis completas, cabe preguntarse si las sobredentaduras formarán parte en el futuro repertorio de la odontología reconstructiva.

OBJETIVO

Este informe investigativo titulado. "Sobredentaduras: Características de la primera o última posibilidad para una restauración apoyada dentalmente", tiene como fin:

Obtener un conocimiento real sobre el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico de las sobredentaduras.

1 MATERIALES Y METODOS

En esta monografía se realizó un estudio de tipo investigativo, analítico y descriptivo sobre las generalidades de las sobredentaduras.

Revisamos diferentes bibliografías acerca de sobredentaduras de autores norteamericanos y artículos del Journal de Prostodoncia; con 15 años de antigüedad hasta la fecha.



2 SOBREDENTADURAS: ULTIMA POSIBILIDAD PARA UNA RESTAURACION APOYADA DENTALMENTE

Las sobredentaduras comprenden una serie de posibilidades restauradoras en maxilares parcialmente edéntulos o con implantes; todas las sobredentaduras tienen en común el apoyo periodontal y gingival y el aspecto externo de la prótesis.

Ventajas:

- Mayor estabilidad funcional
- Mejor estabilidad en la prótesis
- Mayor eficacia masticatoria gracias a una mayor estabilidad y retención
- Menor carga de la mucosa
- Menor extensión en la base en el maxilar superior
- Mayor adaptación e inserción
- Se realiza un entrenamiento para prótesis totales que puedan ser utilizadas posteriormente, gracias a la formación de patrones reflejos.
- Fácil manejo por parte del paciente.

Desventajas:

- Costos considerables según la complejidad del tratamiento
- Gran esfuerzo por parte del odontólogo y el paciente para mantener la funcionalidad
- Dificultad para su construcción

Indicaciones:

- Se puede conservar al menos un diente
- Que exista una higiene bucal aceptable
- Cuando el pronóstico de tratamiento con prótesis total sea inadecuado
- Cuando cualquier otro tipo de tratamiento dañe aún más los dientes remanentes
- Cuando el resultado del tratamiento no sería mejor con otro tipo de tratamiento

Es difícil satisfacer a un paciente con una prótesis total mandibular. Hay distintos factores que influyen en el éxito del resultado. Una cresta alveolar grande y bien perfilada, cubierta con encía bien queratinizada, dientes remanentes e implantes, que servirán para un buen anclaje de prótesis. También influye el tamaño y la forma de la cresta (reborde alveolar), la posición de la lengua, el piso de la boca, la capacidad del paciente de controlar la dentadura y sus expectativas. Cualquiera de estos factores pueden hacer que la dentadura no tenga la debida

funcionalidad. El uso de una sobredentadura sujeta y retenida por implantes mejora mucho la funcionalidad.

2.1 PLANIFICACION

- **Fase 1.** En esta fase se determinan los dientes que deben o no conservarse.
- **Fase 2.** Determinación de la ventaja o necesidad de conservar dientes, con este estudio se determina el tratamiento a seguir provisionalmente.
- **Fase 3.** Se realiza una planificación definitiva con relación al tipo de pilares y tipo de construcción.

El aprender a determinar qué diente debe conservarse, es la parte diagnóstica y de planificación más importante en este tipo de tratamiento.

Parámetros para determinar el estado clínico de un diente y su pronóstico:

1. **Importancia estratégica del diente:** cuando más reducida sea la cantidad de dientes mayor es su importancia estratégica.
2. **Carga previsible del diente:** un diente con mayor carga, peor pronóstico tiene.

3. Higiene bucal satisfactoria: un paciente que va a ser restaurado con sobredentadura debe tener buena higiene o de lo contrario se debe considerar muy bien la realización de una sobredentadura.
4. Se debe considerar el esfuerzo necesario en tiempo y materiales para conservar un diente.

En base a estos criterios se le presentará al paciente una propuesta de tratamiento.

2.2 DESARROLLO BASICO DEL TRATAMIENTO

Este plan de tratamiento se aplica en casi toda la totalidad de tratamientos con sobredentaduras.

1. Tratamientos previos: tales como procedimientos endodóncicos, quirúrgicos, periodontales.
2. Tratamiento protésico con sobredentadura: es realizado después de la reevaluación del resultado del tratamiento previo, en este paso se realizan fases técnico-constructivas.
3. Cuidados posteriores: es el mantenimiento del tratamiento a largo plazo; ésto incluye controles periódicos de pilares, prótesis y elementos de retención.

1) Tratamiento previo

a) **Tratamiento endodóncico previo.** La mayoría de los pilares para una sobredentadura deben llevar un tratamiento convencional de conductos previo. Algunos autores como Alfred Geering y Martin Kundert describen técnicas de sobredentaduras sobre dientes vitales en los cuales se realizaron tallas telescópicas y sobre ellos colocan cofias telescópicas.

b) **Tratamiento periodontal previo.** Este tratamiento es la parte más importante para el éxito del tratamiento con sobredentaduras, sus pasos son:

1. Establecimiento de condiciones de higiene oral: remoción de obturaciones desadaptadas, eliminación de traumatismos por prótesis e instrucción y motivación al paciente sobre su higiene oral.
2. Detartaje, curetaje y alisado radicular.
3. Si es necesario, realizar cirugías periodontales. Tanto en la primera fase como en la segunda, se debe evaluar constantemente el estado periodontal del paciente.

Consecuencias por una mala higiene o una Fase I de periodoncia inadecuadas

1. La encía sangra constantemente y dificulta la toma de impresiones.
2. Mala cicatrización de la encía después de la preparación.
3. Retracción gingival después de la preparación.

Todas estas condiciones van a disminuir la eficacia del tratamiento con sobredentaduras.

Posibilidades y elementos de construcción

- **Elementos de apoyo**

- Tercio coronal de la raíz obturado con amalgama o resina.
- Retenedor intrarradicular con domo ya sea con o sin elementos de retención. realizado en materiales metálicos (preferiblemente metales nobles. Ej: oro, platino, radio, osmio, paladio, etc.).

- **Elementos de retención**

- Anclajes ocultos compuestos por un macho y una hembra, el macho va unido al pilar y la hembra va unida a la prótesis; son de fabricación industrial.

2.3 ADITAMENTOS DE BROCHE

La mayoría de los aditamentos son de diseño simple, consistentes en un broche macho soldado a la base. Siendo ésta una cofia que cubre al muñón preparado del diente, y presenta un poste que se extiende hacia el conducto radicular, con endodoncia previa. La fijación se logra mediante un aditamento hembra que se incrusta en el acrílico de la sobredentadura o se suelda a la subestructura de ésta.

El aditamento hembra puede ser adherido en forma rígida al macho y clasificado como aditamento no elástico. También es diseñado con un resorte o muelle o algún otro tipo de solución mecánica para proporcionar un movimiento controlado y clasificarse así como un aditamento elástico.

1) Aditamento de Gerber. Existen dos tipos; uno que permite el movimiento vertical y un aditamento rígido que impide el movimiento de la base.

a) Rígido. 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 engancha en un surco en la sección macho.

Ventajas:

- Retención adecuada, fabricación muy simple.

Desventajas:

- Costoso
- Es capaz de hacer torsión sobre los dientes, si la base presenta movimientos excesivos por mala adaptación o una impresión inadecuada.

b) Elástico o con movimiento vertical. 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 tensión con un resorte que deja que el aditamento se mueva en dirección vertical. Esto permite al aparato emplear mayor cantidad de reborde residual para soporte.

Desventajas:

- Es más voluminoso que la mayoría de los aditamentos, por lo que debe existir un espacio interoclusal adecuado para su utilización.
- Es algo complicado y requiere del reemplazo frecuente del resorte elástico.
- Llega a presentarse torsión sobre el diente de soporte aún en presencia del resorte si la base de la dentadura no posee un soporte adecuado.

Una característica atractiva de ambos tipos de aditamento de Gerber es que son fácilmente reemplazables. Las unidades macho son destornilladas de la base soldada, dejando un tornillo encordado al que se agrega otro aditamento.

2) Aditamento de Dalbo. Existen tres tipos: rígido, elástico y rompiefuerzas. Todos están compuestos de una unidad macho que se encuentra adherida al diente y un dispositivo hembra incrustado en la base de la dentadura.

a) Dalbo rígido: tiene una unidad macho cilíndrica con cabeza redondeada.

b) Dalbo elástico: es el más pequeño y más empleado de todos los tipos, permite el movimiento vertical y giratorio del aditamento hembra alrededor de una unidad macho esférica, que es posible debido al espacio existente entre ambas unidades. Esto permite algún movimiento vertical de la base de la dentadura antes de que se presente el contacto entre el macho y la hembra.

c) Rompiefuerzas: es similar en su diseño al tipo elástico, con la excepción de que el dispositivo hembra es más largo e incorpora un resorte en forma de rosca.

La retención de estos tres tipos es proporcionada por los brazos flexibles de la unidad hembra que se ajusta sobre la cabeza retentiva de la unidad macho.

3) Aditamento de Ceka. Este consiste en una porción macho fija al diente que presenta una forma redondeada más ancha en la porción superior y hendida en cuatro secciones en dirección vertical. Estas cuatro secciones son flexibles y capaces de ser comprimidas. Sobre esto se ajusta el aditamento hembra o el anillo. El aditamento también puede ser construido con un tipo diferente de macho

de retención que posee un espacio entre él mismo y la hembra, permitiendo el juego vertical y ciertos movimientos giratorios de la base.

4) Ancla de Zest. Este aditamento deriva su retención de porción anterior de la raíz. Se hace una preparación para poste dentro de la raíz y se cementa la manga hembra en su sitio. La porción macho es un poste de nylon y una cabeza adherida a la sobredentadura (durante un procedimiento que se realiza en el consultorio). Este poste se coloca en la manga y la sobredentadura sobre la misma con resina de autopolimerización situada en una zona hueca para aceptar al macho. La 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 aditamento se encuentra dentro de la estructura radicular.
- La palanca sobre el diente soporte es casi nula, porque el punto de inserción se encuentra en realidad por abajo del hueso alveolar.
- Es un procedimiento sencillo que se realiza en el consultorio y sin vaciados, aunque la técnica sea utilizada con una cofia vaciada sobre y dentro de la raíz del diente.

- Si se utiliza más de un diente, no es necesario obtener paralelismo debido a la flexibilidad del macho de nylon. Esto alcanza a mejorarse aún más reduciendo la longitud del mango y del poste si se utilizan varios dientes.

Desventajas:

- Como no suele hacerse un vaciado o una cofia, la estructura radicular y el conducto son susceptibles de caries. Por lo tanto, esta técnica requiere una higiene bucal meticulosa.
- Los broches de nylon son doblados evitando la colocación precisa del aparato, especialmente si se emplean varios, y aún llegan a fracturarse.
- A veces los residuos de alimentos logran incorporarse en la unidad hembra, especialmente si el paciente trata de comer sin la dentadura en su lugar.

Aunque el ancla de Zest sea un aditamento muy exitoso, debido a sus muchas desventajas debe ser considerado como una forma de fijación temporal. Es ideal para emplearse en una sobredentadura de transición.

5) Aditamento de Rothermann. Existen dos tipos. Uno que permite mayor movimiento que el otro en dirección vertical y giratoria: consiste en un broche corto que un surco más profundo en un extremo que en el otro, y un anillo de retención en forma de C. Los extremos del anillo o del broche se ajustan en la porción más profunda del surco de retención.

Ventajas:

- Requiere muy poco espacio para su utilización, por lo que resulta adecuado en casos en que existe poco espacio interoclusal.
- Debido a su baja altura no requiere paralelismo si se emplea más de uno.
- El broche macho puede adherirse con facilidad a una cofia con soldadura a mano libre y el broche hembra se inserta en la base de la dentadura con resina de autopolimerización, ya sea dentro del laboratorio o en el consultorio.

Desventajas:

- Resulta difícil evitar la fijación de los brazos en el acrílico, negando así su acción de resorte.
- Además no existe vía para guiar la dentadura cuando ésta se coloca, de modo que el paciente encuentra dificultad para colocar correctamente el aparato.
- La falta de una vía combinada con carencia de grosor del acrílico debido al volumen lingual del aditamento conduce a la fractura de la dentadura.

6) Aditamento Introfix. Es un aditamento de broche alto compuesto por una base soldada, un poste macho ajustable hendido y un dispositivo hembra. El macho presenta una hendidura longitudinal, de forma que sea ajustada para lograr mayor o menor retención, y es reemplazable, ya que se encuentra atornillada a la

base soldada. El aditamento es resistente y ofrece durabilidad. Sin embargo, debido a su longitud presenta gran potencia de torsión sobre el diente de soporte, por lo que sólo se emplea en sobredentaduras que tienen soporte dental total o en una sobredentadura que presente un soporte excepcional.

Además otra característica de este aditamento es la posibilidad de intercambio con el sistema **Ancrofix**. Esta unidad tiene una base soldada, cabeza de retención reemplazable, unidad hembra con cuatro láminas para retención y un anillo de teflón que permite el movimiento de las láminas.

7) El Sistema Ancrofix. Es un tipo de aditamento elástico que permite el movimiento giratorio o que se fija mediante un ajuste simple del poste macho. El potencial de torsión del aditamento Introfix se elimina intercambiando la base soldada del sistema Introfix por la del Ancrofix. Por lo tanto una sobredentadura que originalmente presentaba un soporte dentario total y que era retenida por un aditamento Introfix, llega a convertirse con facilidad a una sobredentadura con soporte dentario y tisular mediante el aditamento Ancrofix si se perdieran uno o más de los dientes de soporte.

Desventajas del aditamento Ancrofix:

- Dificultad para colocarlo si se emplea más de un aditamento, ya que requiere un mandril para obtener paralelismo.

- Un ajuste inadecuado del aditamento o una mala base de soporte de la silla de la dentadura producirá torsión en los dientes de soporte.

8) Aditamento de Schubiger. Es una forma permanente de fijación utilizando un sistema de tornillo que puede retener y a la vez es intercambiable con un aditamento de poste de Gerber, una manga metálica cerámica a la que se ha soldado una unidad de barra, y una tuerca con un tornillo empleados para fijar la manga. Esta unidad está indicada para un aditamento de barra en dientes con raíces divergentes. Sin embargo, deberá emplearse un mandril para obtener paralelismo y así alinear los broches con cuerda de forma que las mangas metálicas lleguen hasta su lugar.

Ventajas:

- Capacidad de conversión con dientes de soporte débiles.
- Si se pierden uno o más de los dientes de soporte, el aditamento de barra se destornilla, dejando la base soldada y el broche encordado común a la unidad de broche de Gerber. Por lo tanto, los dientes de soporte restantes son convertidos con facilidad en retenedores para las sobredentaduras empleando uno de los aditamentos de Gerber.

9) Aditamento de Quinlivan. Consiste en una bola de resina prefabricada que es incorporada con el encerado del poste y la cofia. El vaciado terminado es cementado a continuación en el diente tratado endodóncicamente. Se adosa una

unidad de resina hembra a la sobredentadura con resina de autopolimerización. Se obtiene retención mediante un anillo de caucho en forma de O dentro del aditamento hembra que es fijado por un pequeño labio en el orificio de la cubierta del aditamento hembra.

Ventajas:

- De fácil fabricación.
- Económico.
- El anillo en forma de O puede ser reemplazado si disminuye la retención debido a la fatiga del caucho.
- Posee la libertad de girar en todas direcciones, dando como resultado torsión mínima sobre el diente.
- Alta retención.
- Tiene solo 3 mm de altura por lo que alcanza a acomodarse en la mayor parte de los casos con limitación de espacio.

Desventaja:

- Desgaste y posible fractura de la porción de resina si en un principio se desgastó considerablemente para acomodarse dentro de un espacio limitado.

2.4 INDICACION DE ANCLAJES INDIVIDUALES

El empleo de anclajes individuales está indicado:

- En dientes aislados.
- En una distribución diagonal de los pilares en la arcada.
- En diastemas extensos que no se pueden cubrir con barra.
- En arcadas o maxilares afilados.

En esta última situación, las barras prefabricadas suelen estrechar el espacio lingual en dirección vestibulolingual, lo que resulta perjudicial para el habla y la funcionalidad, y no ocurre con los anclajes individuales. Las barras tienen que ser rectas al menos en la zona de los pilares, por lo que su adaptación a la forma de la arcada es plenamente satisfactoria. Las barras redondas pueden adaptarse al maxilar estrechando un poco más el espacio lingual.

2.5 INDICACIONES PARA LA CONEXION DE BARRA

La conexión de barra se emplea con pilares periodontalmente débiles, en lo que sería deseable un bloque por medio de una barra. También es posible el bloqueo de los anclajes individuales con una conexión tipo barra. Este tipo de bloqueo está indicado en arcadas dentales afiladas. Aunque investigaciones científicas no han emitido una conclusión definitiva acerca del bloqueo, éste parece ser apropiado como medida profiláctica para la conservación del estado periodontal.

El bloqueo primario mediante barra también está indicado en pilares con un retenedor intrarradicular corto. Ej: raíces cortas.

En conexiones lineales de barra entre un pilar resistente y una raíz periodontalmente debilitada con una movilidad mucho mayor, la prótesis puede tener un efecto destructivo al actuar la barra como palanca de anclaje.

Las barras son mecánicamente más estables y más resistente al desgaste que los anclajes con botón pequeños. Tanto las barras como los anclajes de botón presentan características con un efecto positivo o negativo sobre la construcción general según el estado clínico del paciente.

2.6 METODOLOGIA ESPECIAL DEL TRATAMIENTO

El tratamiento con sobredentaduras propiamente dicho, comienza una vez finalizado el tratamiento previo. Todas las manipulaciones relacionadas directamente con los pilares, como preparación, impresión y configuración de la base de la prótesis, exigen métodos de trabajo especiales.

Preparación de los pilares. En la planificación definitiva se determina el tipo de apoyo de la sobredentadura en los dientes remanentes a la vez que se establece su preparación.

Todas las preparaciones exigen formas específicas, entre las que se distinguen tres tipos básicos:

1. Preparación para apoyo sin corona radicular.
2. Preparación para corona radicular sin anclaje.
3. Preparación para elementos de retención de montaje directo.

1) Preparación de pilares para apoyo sin corona radicular. La preparación de un diente como elemento de apoyo y que por tanto no se reviste con una corona, comprende los siguientes pasos:

a) Acortamiento del diente: en dientes vitales es necesario el tratamiento endodóncico previo. Si la raíz solo va a servir como apoyo se puede acortar hasta aproximadamente un 1 mm sobre el nivel gingival.

A la cara oclusal del diente cortado se le da forma de esfera o de cúpula. Esta preparación es para que responda mejor a los movimientos de la prótesis. Una raíz no debe acortarse nunca por debajo del nivel de la encía, pues en tal caso suele aparecer hiperplasia gingival.

En dientes con caries subgingival hay que realizar una gingivectomía.

b) Redondeado de los bordes. El borde que surge entre las caras oclusal y vertical debido al acortamiento del diente se redondea.

c) Sellado del conducto radicular por el lado oclusal. El conducto radicular se cierra oclusalmente con amalgama, resinas, ionómero, domo.

2) Preparación de los pilares para corona radicular. La preparación de un pilar para revestir luego con una corona es complicado debido a que hay que acortar el diente lo necesario para dejar espacio a los elementos de retención pero de forma que la corona quede también suficientemente sujeta.

El anclaje adicional de la corona con una espiga es un factor de retención importante. La longitud de la espiga debe ser aproximadamente $\frac{2}{3}$ del conducto.

Actualmente se aconseja la preparación supragingival de la subgingival, pues provoca menos irritaciones secundarias y facilita la limpieza del borde de la corona. Sin embargo, este método solo es posible:

- Si existe espacio suficiente para el elemento de retención sobre la corona, cuando ésta rebasa el nivel de la encía en 2-3 mm como consecuencia de la preparación supragingival.
- Si existen al menos 2 mm de área dental o radicular supragingival retentiva.
- Si la buena higiene oral impide que se formen caries en el borde de la corona.
- Si los borde de las coronas visibles no causan problemas estéticos.

Para ampliar la zona de unión entre la espiga y la corona se recomienda tallar una caja por el lado oclusal.

Pasos preparación.

a) Acortamiento de la corona: se corta la corona del diente unos 2 mm del nivel gingival.

b) Preparación del conducto: se prepara el conducto con un juego de fresas estandarizado para introducir el espigo (retenedor intrarradicular).

El terminado final se realiza a mano utilizándose fresas (las anteriormente mencionadas).

d) Preparación circular: el muñón se prepara supra y subgingival de forma paralela a la dirección del espigo. Ahora puede acortarse el pilar un poco más, es decir, a 0.5 mm por encima del margen gingival.

e) Caja oclusal: donde lo permita el diámetro de la raíz se prepara una caja oclusal. Después de la preparación la raíz debe tener un grosor mínimo de 1 mm.

3) Pilares con elementos de construcción de montaje directo. Los elementos de retención de montaje directo (como por ej: el dispositivo de Kurer o el sistema

0-50) se basan en espigas o tuercas radiculares estandarizadas, con cuya ayuda pueden sujetarse directamente a la raíz sin necesidad de corona alguna.

La preparación de los pilares varía de un sistema a otro, por lo que prescindimos de una descripción detallada.

- **Preparación de pilares para el dispositivo de Kurer:** el diente se acorta, redondeándose los bordes. El conducto radicular se prepara con una fresa estandarizada y después se prepara un inlay oclusal en la superficie radicular, se introduce una rosca en la pared del conducto, que se utiliza como anclaje del elemento de construcción, concebido como tuerca cilíndrica en el diente. Luego, se realiza un control radiológico para observar el roscado en el conducto. La matriz se montó directamente en la base de la prótesis.

2.7 TRATAMIENTO PROVISIONAL CON SOBREDENTADURAS INMEDIATAS

En el transcurso de cualquier tratamiento de sobredentaduras suele ser necesario realizar al paciente una sobredentadura provisional como solución transitoria hasta la colocación de la prótesis definitiva.

En los pilares preparados no debe colocarse jamás espigos provisionales, ya que éstos suelen ser insuficientes y se desprenden con frecuencia y los conductos radiculares permanecerán abiertos; también correría el peligro de una fractura de la raíz.

El tratamiento provisional incluye dos aspectos fundamentales: una planificación meticulosa y una adecuada preparación del paciente para esta solución provisional. La importancia psicológica de una prótesis parcial provisional o una sobredentadura es un factor muy importante. Para muchos pacientes, el acortamiento de la corona visible de un diente equivale a la pérdida total del diente. A ello se le añade el miedo a una estabilidad insuficiente de la prótesis provisional, o la disminución de la capacidad masticatoria y/o las posibles dificultades de carácter social.

Aunque las sobredentaduras provisionales suelen llevarse durante un breve período, no deben dañar las mucosas, ni los tejidos periodontales, ni tampoco originar alteraciones funcionales por defectos de oclusión o configuración insuficiente de la base.

Toma de impresión de los pilares.

Materiales de impresión. Hidrocoloides reversibles, elastómeros a base de polisulfuros, siliconas de adhesión, siliconas de condensación, poliéteres; los más utilizados son: los elastómeros tipo Coe-Flex (Coe), Perlastic (Kerr), Neo-Plex (lactona), y siliconas de adición (masilla, liviano) Express (3M), Extrude (Kerr), Reprosil (Coul K Dentsplay) Optosil y antopren (Unitek), siliconas de condensación Elasticon (Kerr), Jelconel (Caulk), Sir (Stern Dent).

La impresión del diente preparado permite construir el modelo del muñón, sobre el que posteriormente se modela y elabora la corona.

De los dientes que van a cubrirse con una corona se toma una impresión por separado. La impresión simultánea de los pilares y su entorno, tal como se hace en las coronas y puentes, no es posible en este caso. Las impresiones generales requieren modelos desmontables de los muñones preparados, por lo que el modelo global no sirve para la construcción post de la prótesis.

Existen varias posibilidades para tomar la impresión de los pilares:

a) Impresión individual pequeña con anillo de cobre, con materiales termoplásticos o elastómeros.

b) Impresión individual con cubeta parcial individual, inyectada con elastómeros.

c) Impresión conjunta de varios pilares con elastómeros.

a) Impresión individual con aro de cobre: la impresión individual con aro de cobre fue uno de los procedimientos más utilizados. El aro de cobre debe acabar en el límite de la preparación y ajustarse perfectamente al diente en ese punto.

b) Impresión individual con elastómeros inyectables: se utiliza una cubeta parcial individual, en lugar del aro de cobre. La cubeta no debe rozar el diente ni la

espiga. Esta técnica presupone la apertura del surco gingival con hilos de retracción para que el muñón pueda rodearse de material líquido. Encima se coloca la cubeta individual, llena de una elastómero de viscosidad más alta. La impresión simultánea de varios pilares requiere el uso de espigas especiales, denominadas espigas de adhesión, que presentan una cabeza redonda (Domos) pulida sin retenciones. Las espigas con retenciones no se desprenden con tanta facilidad, pero, cuando ocurre, no se pueden reponer con la misma precisión.

c) Tanto las impresiones individuales como las colectivas permiten confeccionar modelos del muñón en yeso duro especial o en resina, que constituyen la base de trabajo para la elaboración de las coronas.

2.8 DOMOS RADICULARES

Los pilares preparados dotan de domos (generalmente con espigas) por dos razones:

1. Para poder utilizar elementos de construcción.
2. Para proteger la raíz contra la caries.

El domo radicular no constituye, sin embargo, la única solución para sujetar los elementos de retención sobre la raíz; ello resulta también posible con elementos de montaje directo, que, además, requieren un esfuerzo menor. A diferencia del montaje directo, que exige anclajes de bola, las coronas radicales permiten

utilizar prácticamente cualquier elemento individual. Las construcciones de barra solo son posibles con coronas radiculares.

En condiciones desfavorables hay que proteger los pilares contra una destrucción rápida por caries (ya que estudios a largo plazo han demostrado que los pilares desprotegidos situados debajo de las sobredentaduras suelen presentar caries con relativa frecuencia). El domo tampoco ofrece una protección absoluta contra las caries, pero la libertad para elegir los elementos de retención y la relativa protección contra una destrucción rápida por caries son dos razones de peso para proveer a los pilares de coronas.

Las coronas se elaboran sobre los modelos del muñón obtenidos mediante la impresión de los pilares preparados. Primero se adaptan a las raíces y en caso de que vayan a ser dotados de elementos de retención, se integran en la impresión global del maxilar. Para asegurar su fijación en la impresión global o para que puedan ser repuestas en ésta con la exactitud requerida, antes de la impresión reciben una estructura de transmisión a base de resina.

Consideraciones para la configuración de los domos.

1) Criterios periodontales. Los bordes de la corona deben ser delgados y lisos y acabar exactamente en el límite de la preparación. En la zona cervical, el contorno de la corona debe reproducir la forma original del diente.

La corona debe acabar en unos bordes relativamente agudos hacia la cara oclusal. Los bordes redondeados y la convergencia de las superficies externas en dirección coronal favorecen las hiperplasias de la encía.

2) Criterios estéticos funcionales y tecnológicos. La posibilidad de crear una base satisfactoria desde el punto de vista funcional y estético en la zona de los pilares depende principalmente de la configuración de las coronas radicales. Para conseguir espacio suficiente para un elemento de construcción y poder montar sobre éste un diente artificial satisfactorio, es preciso reducir la corona en toda su extensión al grosor mínimo que permita el aro. El borde de la corona debe situarse además en dirección bucal a la altura del reborde gingival. Las coronas demasiado oblicuas en dirección bucal son poco favorables, pues obligan a una configuración muy delgada de la faceta, con el consiguiente aumento del riesgo de fracturas.

Las coronas que no van a ser dotadas de elementos de construcción reciben una forma esférica o de cúpula. Los elementos de retención se sueldan al domo en la última fase de la construcción de la prótesis, es decir, cuando se ha determinado el espacio disponible para los elementos sobre la base de la prueba general en cera.

Impresión global. Para la construcción de una sobredentadura se necesita un modelo de trabajo que incluya tanto las zonas desdentadas del maxilar como los dientes o coronas. Este modelo de trabajo se basa en una impresión general.

De acuerdo a la construcción planificada, cabe distinguir dos situaciones en las que hay que proceder de distinta manera para la toma de impresión.

1) Construcción basada en pilares sin coronas o con coronas sin elementos de retención. La impresión global se realiza después de la preparación de los pilares, o en caso de coronas sin elementos de retención, después de cementada la corona. Se realiza con una cubeta individual, confeccionada como para una impresión general de prótesis total. Tan sólo en la zona de los pilares cabe la posibilidad de que la cubeta deje al descubierto puntos eventualmente bajos, que, de todas formas, no podrían ser aprovechados por la base de la prótesis posterior. La impresión se realiza con pasta de óxido de Zn-Eugenol o con elastómeros, como si se tratara de un maxilar desdentado.

2) Construcción basada en domos con espigos con elementos de retención. Los domos sobre los que se montan elementos de retención han de ser integrados en el modelo definitivo de trabajo, pues el montaje de los elementos solo puede llevarse a cabo después de la prueba general en cera realizada sobre el modelo.

Los domos se proveen de una estructura de transmisión a base de resina, que permite aumentar la retención y facilita una eventual reposición

Existen dos métodos para realizar la impresión global:

a) En una fase: las zonas maxilares desdentadas y los domos se incluyen en una misma operación con ayuda de una cubeta individual. Los domos permanecen en la impresión (o se reposicionan), integrándose así en el modelo de trabajo definitivo durante la elaboración.

Este tipo de impresión solo es posible con elastómeros.

b) En dos fases: la impresión de las zonas maxilares desdentadas y la integración de las coronas se realizan en operaciones separadas.

En una primera fase se toma la impresión de las zonas desdentadas según el método de la prótesis total, con una pasta de oído de Zn-Eugenol. La cubeta individual, con abertura en la zona de los pilares, no provoca ninguna distensión de la mucosa móvil durante la impresión. Al no incluir todavía los domos, esta impresión de las zonas desdentadas puede controlarse y, en caso contrario, corregirse. Cuando la impresión resulta satisfactoria se procede a la integración de los domos en una segunda fase por fijación en la cubeta individual. Aunque para ello pueden usarse diversos materiales como yeso o resina, los elastómeros ofrecen más ventajas, mantienen los domos fijos y en la posición correcta en la impresión, son lo suficientemente elásticos como para compensar diferencias de paralelismo entre los diversos elementos y posibilitan una reposición exacta en la impresión en caso de que los domos permanezcan sobre los pilares después de extraerla de la boca.

La impresión global en dos fases es el método más costoso pero aporta los mejores resultados, sobretodo en lo que respecta a las secciones maxilares desdentadas.

Determinación de la relación. Básicamente no existen diferencias entre prótesis dentales y sobredentaduras. Después de la dimensión vertical se determina la dimensión horizontal por medio del registro extra e intra oral con ayuda de un espigo central de apoyo (registrador intraoral). En la relación técnica se observan, sin embargo, variaciones mínimas.

En la zona de los pilares no debe recubrirse la encía marginal en dirección vestibular. De este modo se consigue una mejor estabilidad del rodete. En casos muy especiales el rodete de mordida puede sujetarse provisionalmente a los pilares para mejorar la estabilidad; en concreto:

- a) Cuando existen domos radicales y elementos de retención de una prótesis anterior.
- b) Cuando los elementos de retención de montaje directo se colocaron antes de determinar la relación.

La determinación incorrecta de la relación maxilar horizontal en las sobredentaduras tiene un efecto negativo sobre los pilares. La dislocación de la prótesis en el cierre del maxilar empuja y/o eleva los pilares, si éstos están

provisto de elementos de construcción retentivos, lo que con frecuencia provoca una mayor movilidad del diente y, en casos extremos la pérdida del pilar. Junto a ello suele producirse, además, una dislocación del maxilar inferior, con todas las consecuencias conocidas para la musculatura y las articulaciones.

Configuración de la oclusión. Las sobredentaduras son prótesis totales de apoyo periodonto-gingival combinado. Por lo tanto, la configuración de su oclusión corresponde a la de una prótesis total.

El concepto que rige la oclusión de la prótesis total parte de la base de que la oclusión de arcadas dentales artificiales debe posibilitar una eficacia masticatoria óptima, estabilidad funcional y comodidad masticatoria, sin que simultáneamente actúen fuerzas nocivas sobre los tejidos de apoyo de la prótesis o surjan problemas estéticos o de fonación.

En las sobredentaduras, los periodontos de los pilares transmiten o soportan, parte de las fuerzas provocadas por las cargas masticatorias. Las fuerzas originadas por la oclusión que en la prótesis total provocarían movimientos deslizantes o dislocación sobre la mucosa, causan empuje y tracción sobre los pilares en las sobredentaduras. Sin embargo, estas fuerzas son precisamente las que afectan con mayor intensidad los periodontos y aumentan más la movilidad dental. Por tanto en las sobredentaduras hay que emplear reglas de oclusión de la prótesis total y para evitar en lo posible la acción de fuerzas no fisiológicas sobre los pilares:

1. Adaptación de la arcada dental artificial a las fuerzas musculares ejercidas por la lengua, los carrillos y los labios.
2. Coordinación del sistema de superficies masticatorias con los movimientos del maxilar inferior.
3. Estabilidad masticatoria multilocal autónoma.

Aunque la configuración defectuosa de la oclusión no daña periodontalmente un diente, llevando a que éste se pierda, sólo si aparece periodontitis, debido a una higiene bucal inapropiada, a una configuración inadecuada de los domos radiculares y de la base, etc. el traumatismo oclusal puede provocar una lesión periodontal mayor. Dado que no se puede excluir la posibilidad de que el periodonto se inflame, la oclusión debe configurarse, según los criterios mencionados para evitar efectos traumáticos.

Configuración de la base. La regla fundamental para la configuración de una base en la zona de los pilares es cubrir con la base la menor superficie de periodonto.

En su aplicación clínica, esta regla fundamental da el cuadro característico de una base de la prótesis corta vestibularmente y en ocasiones también lingualmente, en la zona de los pilares, sin llegar a cubrir la encía, con dientes artificiales tallados

sobre la raíz o la corona. A esto se le denomina configuración abierta en dirección periodontal.

Ventajas de la configuración abierta para sobredentaduras:

1. Evita la traumatización mecánica directa de la encía marginal por la base de la prótesis.
2. Disminuye la retención de placa en la zona de los pilares al evitar que queden restos de comida, permitiendo una circulación mejor de la saliva y un cierto grado de autolimpieza.
3. Evita el efecto de aspiración en la zona de los pilares, originado por los movimientos de la prótesis y que suele provocar hiperplasias de la mucosa.
4. Disminuye la sujeción por succión, que suele ser poco deseable en sobredentaduras del maxilar superior con elementos de construcción retentivos: la superación simultánea de la sujeción por succión y de la fuerza de retención de los elementos al extraer la prótesis exige fuerzas de tracción y la palanca que traumatizan el periodonto. Las consecuencias son: mayor movilidad dental y, en casos extremos, pérdida de los pilares. En las sobredentaduras del maxilar superior con frecuencia es preciso dar una configuración periodontal abierta a la zona de los pilares; en algunas ocasiones se puede prescindir también de extender la base hasta la línea A.

5. Ayuda a la función normal de labios y mejillas. En la zona de los pilares no se produce ninguna resorción importante de la cresta, por lo que la base de la prótesis no tiene que compensar pérdidas de tejido en estos puntos, al contrario que en las zonas desdentadas.

La relación natural de labios y mejillas con cresta alveolar y con ello su función y posición normales, sólo se conserva si la base de la prótesis no recubre el maxilar en dirección vestibular en la zona de los pilares.

Desventajas de una configuración abierta:

1. Cuando el espacio sobre los pilares no es suficiente se observa ocasionalmente fracturas de las estructuras de refuerzo en la zona de los pilares, sobre si se realizó también una configuración abierta en dirección longitudinal.
2. A veces los pacientes se quejan de una mayor retención de comida bajo la base en la zona de los pilares. Mas si la configuración de la base sólo está abierta en dirección vestibular este molesto síntoma es menos frecuente.

La abertura periodontal de la base de la prótesis debe determinarse, por lo tanto, en cada caso aislado evaluando críticamente las ventajas e inconvenientes . Por ésto es importante recalcar que aunque el factor determinante de la salud del periodonto es la higiene bucal. Como en muchos tratamientos de sobredentaduras no se parte de una higiene bucal óptima ni de la ausencia total

de placa solamente, deben explorarse todas las posibilidades constructivas para limitar el empeoramiento del estado periodontal.

2.9 DESARROLLO TECNICO PARA LA CONSTRUCCION DE UNA ESTRUCTURA DE REFUERZO

Las estructuras de refuerzo se elaboran siempre después de la última prueba de la prótesis en cera. Solo entonces se aprecia con claridad en que puntos pueden colocarse los elementos de retención y la estructura de refuerzo, de manera que no modifiquen la forma de la prótesis fijada durante la prueba.

Las estructuras de refuerzo totalmente rodeadas por la resina de la prótesis, sin partes visibles, pueden ser elaboradas con un esfuerzo relativamente pequeño. Por el contrario, las estructuras con partes visibles o al descubierto plantean exigencias técnicas mayores. Estas últimas se utilizan cuando el espacio sobre los elementos de retención es escaso y los requisitos funcionales, como la función lingual inalterada, exigen construcciones protésicas, estéticas y estables.

Cuidados posteriores. Los cuidados posteriores comienzan inmediatamente después de la inserción de las sobredentaduras. Las medidas protésicas post-inserción más importantes son las relacionadas con la inserción y la adaptación, es decir, correcciones de la base de la prótesis y de la oclusión, así como ajustes de los elementos de retención. En los cuidados a largo plazo se destacan las medidas para la prevención y el tratamiento de caries y periodontitis, pues ambos

son las causas principales de la pérdida de los pilares. Los controles periódicos con un sistema de revisiones tienen una importancia fundamental para el sujeto con prótesis.

Higiene dental, bucal y protésica: el objeto de la enseñanza de la higiene bucal post-inserción reside en elaborar un programa individual de higiene para cada paciente, que corresponda a sus posibilidades y situación general, sin exigirle demasiado. Debido a que la realidad, por desgracia, suele ser muy diferente. Entre las numerosas razones de fracaso, posterior a una indicación de tratamiento de sobredentaduras correcta, cabría enumerar las siguientes:

- Disminución de la habilidad manual
- Empeoramiento del sentido de la vista
- Alimentación rica en carbohidratos
- Disminución de la motivación y aparición de otras prioridades

La limpieza mecánica con el cepillo de dientes es la base de cualquier higiene dental. Según la disposición de los pilares, la construcción y la capacidad de cooperación del paciente, se emplea además:

- Seda dental, sobre todo en construcciones en barra y entre coronas soldadas.
- Cepillos interdetales.

Si la limpieza mecánica no es posible por alguna razón o no es suficiente, se recomienda el uso de sustancias químicas como:

- Clorhexidina, en solución al 0,1%-0,2%, para enjuagues bucales diarios.
- Fluoruros como gel tanto para el cepillado directo sobre los pilares como indirectamente llenando la prótesis en la zona de los pilares una vez a la semana, o como solución al 0,025% para uso diario.

Las mucosas deben limpiarse diariamente, dándoles así mismo masaje con un cepillo blando.

La sobredentadura se limpia primero mecánicamente con el cepillo de dientes o con cepillo especial para prótesis. Para ello deben utilizar pastas de dientes poco abrasivas y jabones no alcalinos.

El tratamiento de una candidiasis exige sumergir diariamente la prótesis durante 10-15 minutos en una solución de clorhexidina al 0,2%, pues la mayoría de los hongos se encuentran en la placa de la superficie de la prótesis.

El fluoruro, aplicado con un cepillo sobre las coronas o como solución, disminuye la actividad de la caries y de la placa.

La clorhexidina en forma de gel, inactiva la placa que pueda quedar después de la limpieza mecánica.

Revisiones y cuidados a largo plazo. Las revisiones son muy importantes para el paciente con sobredentaduras, pues constituyen prácticamente la única forma eficaz de controlar y diagnosticar precozmente eventuales lesiones y alteraciones de los tejidos, así como las insuficiencias de la prótesis y de los elementos de soporte. El intervalo entre las revisiones se determina en función de las peculiaridades individuales de cada caso.

Por regla general, la primera revisión después de la inserción de la prótesis y de la fase post-inserción se realiza a los tres meses. Los controles posteriores dependen de las condiciones existentes. El intervalo puede ser hasta de 12 meses en caso de higiene bucal óptima, gran resistencia periodontal y condiciones protésicas no problemáticas. Las revisiones semestrales con la pauta general. Una revisión sería comprende:

1.- Examen periodontal con medición de la profundidad de las bolsas, movilidad dental, ancho de la encía adherida y grado de inflamación de la encía marginal. Simultáneamente se evalúa la higiene bucal y de la prótesis.

El tratamiento periodontal de mantenimiento incluye casi siempre la remoción y reinstrucción de la higiene bucal, así como la eliminación de la placa y el sarro.

2.-..Búsqueda de caries en los pilares.

3.- Análisis del ajuste de la base de prótesis con pasta indicadora y de los efectos basculantes en la zona de los pilares.

El control del ajuste tiene gran importancia. Las posibles consecuencias de un ajuste defectuoso son:

- Aflojamiento de los pilares
- Resorción ósea local rápida
- Roturas de la prótesis

La regla básica es: cuantos menos pilares, más frecuentes deben ser los rebases para evitar efectos basculantes.

4.- Control de la oclusión. La atrofia progresiva de las secciones maxilares desdentadas provocan modificaciones tanto en la relación maxilar horizontal como en la vertical. Ello origina interferencias oclusales que deben corregirse periódicamente.

5.- Control de daños en los elementos de construcción y de la retención en la matriz de los elementos.

Las sobredentaduras deben llevarse siempre, incluso por la noche, pues los elementos de retención pueden resultar dañados por contacto con los dientes del maxilar antagonista o de la prótesis contraria, si no están recubiertos con su

prótesis correspondiente. Los desperfectos en los elementos de retención son fatales, pues, salvo en contadas excepciones, no es posible reemplazar los matrix dañados.

6.- Control de grietas en la prótesis. Las causas de dichas grietas pueden ser:

- Cargas erróneas en la base de la prótesis
- Ajuste insuficiente de la base protésica
- Fallas oclusales

Las reparaciones en la que no se elimine la causa carecen de sentido.

7.- Control radiológico bianual de los pilares. Facilitan la evaluación del estado periodontal, de la extensión de eventuales lesiones por caries y de la región periapical.



3 DISCUSION

- No estamos de acuerdo con la gran invasión que se debe realizar del espacio existente entre los rebordes, cuando se dejan remanentes altos, debido a que dicha violación causaría alteraciones en la dimensión vertical, mala estética y un fracaso posterior debido a la intolerancia del paciente.
- Existe la duda en cuanto a si una sobredentadura afecta o no el estado periodontal de las estructuras de soporte adyacentes a los dientes que servirán para apoyo de la sobredentadura. Sin embargo, estos efectos nocivos o no, pueden reducirse si se comienza con un óptimo estado de salud y el paciente se ajusta a un programa meticuloso de atención casera con frecuentes visitas de control con el odontólogo tratante.
- Cuestionamos a los autores que proponen la realización de sobredentaduras en pacientes con dientes a los cuales no se les ha realizado previo tratamiento de conductos, ya que ésto ocasionaría un gran aumento en la sensibilidad dentinaria y nos limitaría la efectividad y éxito en el tratamiento.

4 CONCLUSIONES

- Además de los parámetros clínicos existen otros factores no clínicos que nos van a ayudar o no en la realización de una sobredentadura, tales como la actitud del paciente hacia sus dientes y la actitud del paciente hacia sus dientes y la prótesis, su capacidad financiera y su colaboración con el tratamiento.
- Si se controla la enfermedad periodontal y la caries y además se tienen cuidados caseros adecuados, se aplica protección química, y se seleccionan los pacientes con buen criterio podemos estar casi seguros de lograr un resultado exitoso durante muchos años.
- Con el tratamiento de sobredentaduras obtenemos disminuir el grado de resorción alveolar, conservar los dientes como parte del reborde residual y aumentar la habilidad del paciente para manipular y manejar la dentadura.
- El problema más importante encontrado en las sobredentaduras, es la destrucción por caries de los dientes cubiertos.

- Las dos decisiones más significativas para hacer sobredentaduras exitosas son: selección del tipo adecuado de paciente y el establecimiento de un sistema cuidadoso de tratamiento que satisfaga tanto al paciente como al odontólogo. La pérdida de muchos dientes y el proceso restaurador prolongado no es en sí una indicación para una sobredentadura.
- La conservación de los dientes en ambas arcadas para sobredentaduras asegura mejor soporte y conservación del hueso, así como el mantenimiento de la dimensión vertical oclusal.

BIBLIOGRAFIA

Beumer III, John. Lewis, Steven G. Sistema de Implantes Branemark.
Procedimientos Clínicos y de Laboratorio. Espaxs. 1991

Eric D. Adrian, DMD, Fort Gordon, Ga, and Emory University School of post
graduate Dentistry, Atlanta, Ga. The use of processed silicone to retain the
implant -supported tissue- bone overdenture. J.P.D. 67:219-22. 1992

Geering, Alfred H. Kundert, Martin. Atlas de Prótesis Total y Sobredentaduras .
Salvat. 1988

Handbook of Attachments and Precious Alloys. APM.- Sterngold. Attleboro, Ma.
1993

Hemmings, K.W, BDS, MSC, MRDRCS, and Welfare, R.D. A technique for the
replacement of implant retained overdentures. Journal of prosthetic
dentistry. Agosto 94 Vol. 72

Loney, R.W. DMD, DMS. Stabilized recorder bases for implant - Retained overdentures. Removable Prosthodontics. Vol. 72, Julio 1994

Merickse-Stern, Regina, Dr. Med. Dent. Overdentures with roots or implants for elderly patients: A comparison. Journal of Prosthetic Dentistry. Vol 72 , Nov. 1994

Mc Kinney Jr., Ralph V. Impantes Dentales Endoóseos. Mosby. 1993

Nelson R., Donald, DDS and Von Gonten, Ann Sue, DDS. Biomechanical and Sthetic considerations for maxillary anterior overdenture abutment selection. Journal of Prosthetic Dentistry. Vol. 72, Agosto 1994

Russell A. Wicks, DDS, and Toon-Fuan Chiam, DDS, MDS. Adaptation of overdenture abutments with visible light cured resin. Journal of Prosthetic Dentistry. Vol. 68, Octubre 1992

Swinkler. Prostodoncia Total. Interamericana. 1982