

EVALUACIÓN DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE, RESTAURACIONES Y
PROTESIS EN LOS PACIENTES QUE UTILIZAN SOBREDENTADURAS
CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA. DURANTE LOS AÑOS 1991 A 1995.

Tesis presentada por:

INDIRA JOSE ESPINOZA LAGOS

Ante el Tribunal de la Facultad de Odontología de
la Universidad de San Carlos de Guatemala, que practicó el
Examen General Público previo a optar al título de

CIRUJANO DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 1996.

DL
09
T(1260)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANO:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
VOCAL PRIMERO:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOCAL SEGUNDO:	Dr. Luis Alberto Barillas Vásquez
VOCAL TERCERO:	Dr. Victor Manuel Campollo Zavala
VOCAL CUARTO:	Br. Franklin Aaron Alvarado López
VOCAL QUINTO:	Br. Gonzzáló Javier Sagastume Herrera
SECRETARIO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

DECANO:	Dr. Danilo Arroyave Rittscher
VOCAL PRIMERO:	Dr. Eduardo Abril Gálvez
VOCAL TERCERO:	Dr. Jorge Luis Villatoro López
VOCAL TERCERO:	Dr. José Angel de la Cruz
SECRETARIO:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo

Dedico este acto

A DIOS:

"Porque tÙ eres mi roca y mi fortaleza, estàs a mi lado para llevarme y guiarme".

Salmo 31.

A MI MAMA:

María Teresa Lagos, por su ejemplo de amor y sacrificio.

A MIS HERMANOS:

Marvin, Wilberto y Aracely, por su ayuda y apoyo incondicional.

A MI ABUELITA:

Fidelina Lagos, Por su amor y comprensión.

A MIS PRIMOS:

Rolando, Roberto, Marlon y Gladys María por su cariño y apoyo sincero .

A MI TIA:

Gladys Lagos por sus consejos y cariño.

A MIS PADRINOS:

Nubia y Juan Carlos Moncada por su cariño y apoyo en todo momento.

DEDICO ESTA TESIS

A MI PATRIA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

A MIS CATEDRATICOS.

A MI ASESOR Dr. JORGE LUIS VILLATORO LOPEZ.

A MIS AMIGOS ADA, KARINA, KATY, ANA ROSA Y ERNESTO POR SU AMISTAD
Y CARIÑO.

A LAS SEÑORAS CARMEN GARAVITO, WILMAN ROBLES Y ESPECIALMENTE A
GERTRUDIS DE LEON POR SUS CONSEJOS, APOYO Y CARIÑO.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado:

“EVALUACION DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE, RESTAURACIONES Y PROTESIS EN LOS PACIENTES QUE UTILIZAN SOBREDENTADURA, CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. DURANTE LOS AÑOS DE 1991 A 1995”. Conforme lo demandan los estatutos de la Universidad, previo a optar al título de Cirujano Dentista.

Deseo expresar mi agradecimiento y profundo cariño a mi amigo y asesor Dr.JORGE LUIS VILLATORO LÓPEZ, por su orientación, corrección y asesoría en este trabajo de investigación.

Y a vosotros miembros del Honorable Tribunal Examinador, aceptad las muestras de mi más alta consideración y respeto.

MUCHAS GRACIAS

INDICE

	Pàg
SUMARIO	1
INTRODUCCION	3
FORMULACION DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS	6
VARIABLES	8
MARCO TEORICO	16
METODOLOGIA	60
PRESENTACION DE RESULTADOS	62
DISCUSION DE RESULTADOS	76
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	80
LIMITACIONES	81
BIBLIOGRAFIA	82
ANEXOS	85

INDICE DE GRAFICAS

	Pag.
GRAFICA N° 1 -----	64
GRAFICA N° 2 -----	65
GRAFICA N° 3 -----	66
GRAFICA N° 4 -----	67
GRAFICA N° 5 -----	68
GRAFICA N° 6 -----	69
GRAFICA N° 7 -----	70
GRAFICA N° 8 -----	71
GRAFICA N° 9 -----	72
GRAFICA N° 10 -----	73
GRAFICA N° 11 -----	74
GRAFICA N° 12 -----	75

SUMARIO

Esta investigación se realizó con el objeto de evaluar el estado de salud de los tejidos de soporte de las sobredentaduras y la integridad física de las prótesis en pacientes que recibieron dicho tratamiento en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de 1991 a 1995. Para obtener mayor confiabilidad en los resultados del estudio, se incluyeron tres casos clínicos efectuados en los primeros meses de 1996.

Se examinaron veintiún pacientes, este grupo de casos clínicos fue identificado en los archivos de la Facultad y corresponden al número de casos clínicos atendidos durante cinco años, por ello, se decidió evaluar a todos los pacientes. En virtud de lo anterior este estudio no se realizó con muestreo.

Ocho prótesis que corresponden al 48% del total de casos realizados, perdieron su condición de sobredentaduras debido a que los pacientes por causa de dolor se hicieron extraer las piezas dentales que servían de apoyo. Ese 48% mencionado es un porcentaje significativamente alto para reflexionar en la elaboración de este tipo de tratamiento protésico. Al 52% de casos que aún son sobredentaduras y que consiste en un número de trece pacientes, se les realizó la evaluación correspondiente.

A cada paciente se le efectuó un examen CLINICO Y RADIOGRAFICO de los tejidos de soporte y a la prótesis se le realizó una evaluación afuera de la boca e instalada en boca.

El examen clínico consistió en una inspección visual, palpación y sondeo periodontal. El examen radiográfico consistió en evaluar la condición ósea alrededor de las piezas dentales. La evaluación de las prótesis afuera de la boca consistió en hacer un reconocimiento de la integridad física de las mismas. La evaluación de las prótesis instaladas en boca consistió en examinar la retención, estabilidad y soporte de las mismas.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Con la evaluación se determinò que el 100% de los pacientes evaluados clínicamente presentaron : placa bacteriana, materia alba, bolsas, inflamación de los tejidos de soporte y por consecuencia enfermedad periodontal. El 85% presentaron dolor en el tejido blando, ese mismo porcentaje presentò deficiente la restauración que constituye el domo y caries marginal. El 70% de los pacientes presentaron movilidad dentaria y el 25% presentaron hiperplasias en el pliegue mucobucal.

En la evaluación radiográfica se observò modificación en el nivel de la cresta ósea alveolar y, ensanchamiento del ligamento periodontal en un 70% . El 38% de pacientes presentaron áreas roentgenolucentes vecinas a la pieza dental, áreas que no estaban presentes al inicio del tratamiento con sobredentaduras.

Al evaluar la sobredentadura en boca el 100% de ellas presentaron deficiente la retención, estabilidad y soporte.

Al evaluar la integridad física de las dentaduras ésta se encontró alterada en un 48%.

Los resultados mencionados muestran la necesidad de reevaluar periódicamente este tipo de tratamiento protésico, por eso, debe considerarse cuidadosamente la conveniencia de realizar o no sobredentaduras.

INTRODUCCION

La sobredentadura es una variante de Prótesis Total y, la diferencia fundamental con ésta estriba en que la sobredentadura se apoya en el reborde residual y además sobre algunas piezas dentales que contribuyen al soporte.

El estado de salud periodontal y la restauración efectuada en esas piezas dentales, requieren de un cuidadoso y especial mantenimiento de higiene por parte del paciente para su durabilidad. Esta acción de limpieza exige una destreza controlada para realizarla debidamente.

En esta investigación se evaluaron las condiciones en que se encontraban las piezas dentales con su restauración, los tejidos adyacentes y el reborde residual que han soportado las prótesis por un período que varió desde unos meses hasta varios años. Esta evaluación se realizó a través de un examen clínico y radiográfico. Además se evaluó la integridad de las dentaduras afuera de la boca y; su retención, estabilidad y soporte instalada en boca.

Se determinó que el 48% de los casos evaluados perdieron su condición de sobredentadura y el 52% que todavía son sobredentaduras presentaron en su totalidad los tejidos de soporte inflamados y enfermedad periodontal.

Es conveniente aclarar que en esta investigación no se evaluó el procedimiento clínico y técnico empleado para elaborar la sobredentadura, asimismo las condiciones clínicas (retención, estabilidad y soporte) al momento de ser entregadas las prótesis al paciente.

FORMULACION DEL PROBLEMA

Las sobredentaduras son tratamientos protésicos parecidos a los tratamientos realizados con Prótesis Total convencional, pero estos tratamientos restaurativos difieren de los segundos en que los tejidos de soporte incluyen reborde residual y dientes remanentes debidamente preparados con tratamiento endodòntico, y restaurados con amalgamas, prótesis fija o aditamentos prefabricados, todos con forma de domo. Las piezas dentales conservadas requieren cuidados periodontales entre ellos, control de placa bacteriana, eliminaciòn de irritantes locales y ademàs procedimientos profilàcticos de higiene en cepillado y masaje.

El propòsito fundamental de un tratamiento con sobredentaduras es la conservaciòn del hueso alveolar alrededor de las piezas remanentes. Tambièn retener la mayor cantidad de receptores sensoriales para conservar la sensibilidad direccional, efecto que se obtiene en fuerzas verticales y laterales transmitidas por la prótesis.

En la Facultad de Odontologia de la Universidad de San Carlos NO EXISTE un programa que contenga EL SEGUIMIENTO Y CONTROL CLINICO QUE SE HAGA CARGO DE LAS REEVALUACIONES ESPECIFICAS Y MANTENIMIENTO DE LA CAVIDAD BUCAL DE LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO ESTE TIPO DE TRATAMIENTO. Por lo tanto se desconoce con certeza el estado en que se encuentran aquellos casos clínicos que se han atendido y resuelto con estos procedimientos protésicos.

JUSTIFICACION

Esta variante de Pròtesis Total requiere en los tejidos que la soportan de salud periodontal y ausencia de caries en los dientes remanentes , adecuado ajuste de la base de la dentadura al domo y al reborde residual. Por esa razòn se hace indispensable una evaluaciòn periòdica de los mismos.

Es necesario que el paciente se realice de rutina una cuidadosa higiene bucal, y de parte del Odontòlogo deberà existir la responsabilidad de mantener la integridad de los domos y de las dentaduras. De esa condiciòn depende el pronòstico de este tipo de tratamiento protèsico.

En la Facultad de Odontologia el lapso correspondiente al periodo de reevaluaciones es muy corto, por eso se desconoce el estado de salud del reborde residual, dientes remanentes, tejidos blandos que soportan la base de la pròtesis , estado periodontal de las piezas dentarias , presencia o ausencia de patologia radiogràfica , de igual forma la integridad de los domos y de las dentaduras.

En virtud de lo anterior se hace indispensable reevaluar estos tratamientos para establecer el grado de èxito o fracaso de los mismos en relaciòn directa a su tiempo de duraciòn en boca

OBJETIVO GENERAL

Evaluar clínica y radiográficamente los tejidos de soporte (duros y blandos), y las prótesis en los pacientes que utilizan sobredentaduras construidas en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos durante los años 1991 a 1995.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar por medio de inspección visual la presencia o ausencia de: hiperplasias, tejidos inflamados, dientes de soporte, restauraciones, fistulas y exudados.
- Establecer por medio de palpación la presencia o ausencia de: áreas de dolor y movilidad dentaria.
- Comprobar la integridad de la restauración que conforma el domo.
- Determinar la presencia o ausencia de caries alrededor del margen de la restauración.
- Verificar la presencia o ausencia de enfermedad periodontal.
- Determinar la presencia de áreas roentgenolucientes vecinas a la pieza dental y que se encontraban ausentes al momento de concluir el tratamiento de conductos radiculares.
- Determinar la presencia de áreas roentgenopacas vecinas a la pieza dental y que se encontraban ausentes al momento de concluir el tratamiento de conductos radiculares.
- Determinar la altura de la cresta ósea.
- Evaluar la retención, estabilidad y soporte de las sobredentaduras.
- Confirmar el cumplimiento de las indicaciones de higiene bucal recomendadas por el odontólogo practicante que realizó el tratamiento.

VARIABLES

Dependientes:

- Hiperplasias, tejidos inflamados, dientes de soporte, restauraciones, fistulas y exudados.
- Enfermedad periodontal.
- Caries marginal.
- Areas de dolor y movilidad dentaria
- Areas roentgenolucientes.
- Areas roentgenopacaas.
- Altura de la cresta òsea.
- Retenciòn, estabilidad y soporte de la sobredentadura.

Independientes:

- Integridad fisica de la sobredentadura.
- Integridad de la restauraciòn que conforma el domo.
- Higiene bucal del paciente.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

- Hiperplasias, tejidos inflamados, dientes de soporte, restauraciones , fistulas y exudado.

Hiperplasia: Es un aumento en el número de elementos celulares. Es una de las reacciones tisulares más comunes debido a una prótesis total crónicamente mal ajustada (11).

Tejidos inflamados: En este estudio serán las zonas que se encuentran debajo de la prótesis o adyacentes a esta y que presenten cambios de color, contorno o consistencia y sangramiento como consecuencia, de la ulceración de su pared epitelial. En respuesta a la continua presencia de irritantes locales o de agentes injuriosos (5).

Dientes de soporte: Son los dientes o raíces conservados en los rebordes alveolares para servir de apoyo a una prótesis (sobredentadura) (14).

Restauraciones: Procedimientos y técnicas que tienden a devolver a una pieza dental su equilibrio biológico, cuando por distintas causas, existe pérdida o alteración de su estructura, función o aspecto estético (13).

Fistula: Es un conducto u orificio por el cual salen fluidos o pus de un área de infección (5).

Exudado: Secreción de carácter inflamatorio. Sustancia fluida de composición u origen anormal que emerge de un tejido o sale de los capilares en procesos inflamatorios y depositada en la superficie de aquél o en sus intersticios. Puede ser hemorrágico o purulento (5).

- Enfermedad periodontal:

Es un estado patológico que afecta los tejidos de soporte dentario. Las más comunes son: Gingivitis y Periodontitis (5).

Gingivitis: Inflamación de la encía, que presenta clínicamente los siguientes cambios: de color, contorno, consistencia y sangramiento espontáneo o provocado (5).

Periodontitis: Enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte, caracterizada por reabsorción de la cresta ósea interdental y bolsas periodontales (5).

- caries marginal:

Es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, que se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica del diente y la destrucción de sustancia orgánica del diente y se encuentra localizada en la periferia o márgenes de la restauración colocada en el diente (11).

-Áreas de dolor y movilidad dentaria:

Áreas de dolor: Se refiere a zonas sensibles que el paciente manifiesta y señala que al utilizar su dentadura le ocasiona o provoca molestias.

Movilidad dentaria: Es el movimiento de las piezas dentarias en su alveolo, puede ser normal o patológico. Generalmente se atribuye a la pérdida ósea que se produce en la enfermedad periodontal.

La movilidad dentaria normal es de 0 a 1 milímetro (5).

- Áreas roentgenolucidas:

Son las zonas que en la radiografía se observan en un tono gris (depósito de mediana densidad). Debido a que se absorbe mediana cantidad de rayos X (9).

- Áreas roentgenopacas:

Son las zonas que en la radiografía se observan en un tono claro (depósito de débil densidad). Debido a que se absorbe la totalidad o gran cantidad de rayos X (9).

Altura de la cresta ósea:

Es el borde coronal del hueso alveolar que se extiende aproximadamente a 1 o 2 mm de la unión cemento-esmalte de los dientes tanto en bucolingual como interproximal(5).

- Retención, estabilidad y soporte:

Retención: Para una dentadura es su resistencia a desalojarse en dirección opuesta a la de su inserción(1). **Estabilidad:** Para una dentadura es la calidad de permanecer firme, estable y constante en su posición cuando a ella se aplican fuerzas. La estabilidad se refiere principalmente la resistencia contra los movimientos y fuerzas horizontales que tienden a alterar la relación entre la base de la dentadura y su estructura de soporte en una dirección horizontal o giratoria.

Soporte: Es la resistencia de una dentadura a los componentes verticales de la masticación y a las fuerzas oclusales y de otros tipos, aplicados en dirección del asiento basal (1).

- Integridad física de la sobredentadura:

Se comprende por integridad física de las sobredentaduras que las mismas contengan colocadas en el arco dentario el número de piezas dentales artificiales que se le colocaron al momento de su construcción y que sus faldones bucales y linguales estén debidamente limitados por el contorno que se obtuvo del sellado periférico.

- Integridad de la restauración que conforma el domo:

Integridad de la restauración: Se refiere al estado eficiente en que debe encontrarse la restauración colada o de amalgama que conforma el domo. **Domo:** Restauración metálica (colada o de amalgama) que se coloca en forma de cúpula en una raíz preparada previamente, para aumentar la resistencia en un diente que va a servir de soporte a una sobredentadura (15).

- Higiene bucal del paciente:

Es el establecimiento y mantenimiento por parte del paciente de una boca limpia, libre de placa bacteriana, cálculos, manchas y restos de comida (5).

INDICADORES DE LAS VARIABLES

- Hiperplasia:

Se asumirá su presencia cuando se observen rollos alargados de tejido blando en el área de los pliegues mucolabiales o mucobucales, dentro de los cuales los bordes de la sobredentadura ajustan en forma conveniente. Y estará ausente cuando no se observe la condición anterior.

- Tejidos inflamados:

Los tejidos estarán inflamados cuando se encuentren cambios en el color, contorno y consistencia de los mismos ; así como sangramiento por consecuencia de la ulceración de su pared epitelial. Si los indicadores anteriores no están presentes no habrá inflamación en los tejidos.

- Dientes de soporte:

Al realizar la inspección visual deben encontrarse presentes los dientes o raíces remanentes del paciente que se dejaron debajo de la sobredentadura y que sirven de apoyo a la misma. Si a la inspección visual no se observan dichos dientes se asumirá su ausencia.

- Restauraciones:

Se determinará su presencia cuando al realizar la inspección visual se observe el domo metálico (de amalgama o colado) colocado en la pieza de soporte. Y se determinará su ausencia cuando no se observe el indicador anterior.

- Fístulas:

Se determinará su presencia , cuando a la inspección visual se observe un conducto u orificio por el cual salgan fluidos o pus localizado sobre la mucosa. Y estará ausente cuando no se observe el indicador anterior.

Exudado:

Se determinará su presencia cuando al palpar los tejidos de soporte se observe la salida de fluido o secreción de carácter purulento o hemorrágico a través del surco gingival. Y se determinará su ausencia cuando no esté el indicador mencionado.

- Enfermedad periodontal.

Gingivitis:

Se establecerá su presencia cuando a la inspección visual se encuentren en la encía los siguientes signos: cambios de color, de contorno, de consistencia y sangramiento espontáneo o provocado. Y se establecerá su ausencia cuando los signos mencionados no se encuentren en la encía.

Periodontitis:

Se determinará su presencia cuando a la inspección visual se encuentren los siguientes signos en la encía: pérdida del punteado de la encía, los tejidos gingivales estén lisos y brillantes, sangrado espontáneo, además al realizar el sondeo periodontal se encuentren bolsas de 4 y 5 mm o más, movilidad dentaria a la palpación y pérdida ósea. Se determinará su ausencia cuando en la encía no se encuentren los signos mencionados.

-Caries marginal:

Se establecerá su presencia cuando al examen visual se observe alrededor del margen de la restauración manchas de color blanco por desmineralización y de color café o negro. Además cuando al realizar una evaluación con un explorador sobre la superficie dentaria la punta de éste se trabe en la lesión. La caries estará ausente cuando las condiciones anteriores no se presenten.

- Areas de dolor y movilidad dentaria:

Areas de dolor: Se asumirá su presencia cuando al examen de palpación de los tejidos de soporte el paciente refiera molestias en ellos. Estarán ausentes cuando no se presenten molestias

Movilidad dentaria:

Para determinar la movilidad dental se hará moviendo el diente en sentido bucolingual por medio de dos instrumentos rígidos; determinando se el grado de movilidad visualmente, registrandolo en una escala de 0 a 1 milímetro.

Cuando el movimiento del diente sea más de 1mm se establecerá su presencia y se establecerá su ausencia cuando el movimiento del diente sea menor de 1 m

- Areas roentgenolucidas y roentgenopacas:

Se determinará la presencia de ambas áreas radiológicas, comparando la radiografía final del tratamiento de conductos radiculares cuando éste fue realizado ; con una radiografía actual tomada por el investigador . Se determinará su ausencia de la misma forma.

- Altura de la cresta ósea:

Comparando la radiografía final del tratamiento de conductos radiculares con la radiografía de control de esta investigación, se observará el nivel de la cresta ósea . Al haber una modificación de dicho nivel se anotará la presencia del mismo, en caso contrario se anotará la ausencia.

- Retención, estabilidad y soporte de la sobredentadura:

Retención:

Se evaluará colocando el dedo pulgar sobre los bordes incisales de los dientes anteriores superiores e inferiores según sea la prótesis maxilar o mandibular y se hará una presión discreta en dirección apical. Si la prótesis permanece fija en su posición la retención será aceptable. Y será deficiente si la prótesis es desalojada de su sitio.

Estabilidad:

Se evaluará haciendo presión sobre los arcos dentarios a uno y otro lado con los dedos índice y medio. La estabilidad será aceptable cuando las bases no se muevan en ninguna dirección y será deficiente cuando se muevan independientemente del grado de movilidad y dirección.

Soporte:

Cuando la prótesis es desalojada de su sitio al hacer presión con el dedo pulgar en los dientes anteriores superiores e inferiores según sea la prótesis maxilar o mandibular y cuando colocados los dedos índice y medio a uno y otro lado de los arcos dentarios la prótesis se mueva en cualquier dirección entonces, el soporte será deficiente. Y será aceptable cuando no ocurra ninguna de las situaciones anteriores.

- Integridad física de la sobredentadura:

El investigador tomará entre sus dedos y de forma independiente cada una de las sobredentaduras (superior e inferior) y observará cuidadosamente los siguientes aspectos :

- Las arcadas dentarias artificiales deben estar completas es decir que no debe faltar un solo diente artificial.
- Los faldones no deben presentar sus bordes fracturados, irregulares y en filo de cuchillo.
- La presencia de manchas en el acrílico de la base de la dentadura.
- Las prótesis presentan fracturas y reparaciones visibles.

- Integridad de la restauración que conforma el domo:

Las restauraciones coladas o de amalgama que conforman el domo para su aceptabilidad no deben presentar: deficiencias marginales, disminución o reducción de la masa de material, superficie rugosa y áspera, excesos marginales y subextensión del contorno marginal. Será deficiente cuando la restauración presente cualquiera de las condiciones mencionadas.

-Higiene bucal del paciente:

Se evaluará por medio de inspección visual. Cuando se observe en la boca del paciente: restos de comida, manchas, cálculos y se remueva materia alba con la punta de un explorador alrededor del domo se concluirá que existe placa bacteriana, por lo tanto se determinará ausencia de higiene bucal. Cuando las condiciones anteriores estén ausentes en la boca, se establecerá la presencia de higiene bucal.

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La revisión bibliográfica que a continuación se presenta está constituida por una serie de conceptos, consideraciones clínicas y definiciones básicas con el objeto de identificar qué es una sobredentadura y especialmente, los cuidados de higiene y mantenimiento que deben existir de parte del paciente y del dentista; cuidados especiales que determinan el éxito de este tipo de tratamientos protésicos.

Esta base teórica se inicia con la descripción del orden lógico que conlleva la elaboración del tratamiento indicado; por ello, se empezará explicando desde el examen clínico completo del paciente parcialmente edéntulo hasta la instalación de la sobredentadura en boca.

Para reforzar este marco teórico se incluye el concepto de una prótesis total convencional y su mantenimiento para poder establecer la diferencia entre sobredentadura y prótesis total convencional en lo que se refiere a sus cuidados de HIGIENE Y MANTENIMIENTO.

Como último aspecto, pero el más importante, se integra a este marco conceptual: las recomendaciones en cuidados de higiene y mantenimiento sugeridos por varios investigadores, que constituyen el requisito primordial para el éxito y durabilidad de un tratamiento realizado con sobredentaduras.

EXAMEN CLINICO DEL PACIENTE QUE RECIBIRA UN TRATAMIENTO CON SOBREDENTADURAS.

El examen clínico es la base del diagnóstico, del pronóstico y también de la indicación del tratamiento (12).

El examen clínico empieza en el momento de la primera consulta (12). El paciente es recibido por la recepcionista, por la asistente, o por el dentista en la recepción y luego es llevado al sillón dental. Una vez que el paciente está cómodamente sentado, se le pide la información que es necesaria para los registros del consultorio como son: los datos generales del paciente, nombre, edad, sexo, ocupación, dirección, estado civil, teléfono (1) Estos datos puede anotarlos un auxiliar; pero el clínico debe anotar los principales datos subjetivos del paciente y sobre todo sus propias observaciones objetivas. La anotación no hace el diagnóstico, pero puede influirlo, porque permite sistematizar el examen y recordarlo (1, 12).

El examen clínico debe ser sistemático y por ello una ficha clínica adecuada puede servir de guía para este ordenamiento, que permitirá completar el examen sin incurrir en omisiones (12). Habitualmente se denomina fichas a los recordatorios preparados en hojas de papel o, preferentemente, cartulina u otros materiales resistentes, que pueden ser archivados, ordenados y mantenidos en servicio con relativa facilidad (12).

Las fichas clínicas son fichas especialmente preparadas para recordar historias clínicas o, por lo menos su esencia. Esta tendrá por lo menos seis pautas para: los datos personales del paciente, el examen y diagnóstico, la indicación y plan de tratamiento, el presupuesto, lo realizado o indicado en cada visita y lo pagado (12). Con el orden de estas seis pautas en la ficha se facilita obtener la información de una manera rápida y ordenada.

Adicionalmente a las anteriores recomendaciones, debe insistirse en un correcto examen, el cual incluya una historia médica anterior, historia odontológica anterior, experiencias previas adquiridas con prótesis, cualquier otro dato que nos pueda llevar a conocer mejor el aparato estomatognático que trataremos, al igual que a la persona (paciente), para la cual y en la cual estamos planeando un tratamiento protésico de sobredentaduras (2).

El exàmen clínic debe incluir los siguientes aspectos:

- Examen visual y de palpación .
- Examen intrabuçal.
- Modelos de estudio.
- Radiografías (panoràmicas y periapicales).
- Exàmenes de laboratorio.

EXAMEN VISUAL Y DE PALPACION EXTRAORAL

El dentista debe hacer ciertas observaciones en el paciente. Estas incluyen la edad aparente (es decir, la edad fisiològica màs que la cronològica), apariencia y expresiòn facial (estètica), habla (fonètica), soporte labial , relaciones mandibulares verticales y salud y actitud generales del paciente (1). Ademàs palpar y reconocer signos y sìnomas relacionados con trastornos de la articulaciòn temporomandibular o problemas de disfunciòn de la misma.

EXAMEN INTRABUCAL

Terminado el examen visual y de palpaciòn extraoral y registrado toda esta informaciòn, el dentista debe examinar el interior de la boca. Si el paciente utiliza pròtesis, antes de quitarlas se deberà observar la oclusiòn de èstas. Se deberà anotar cualquier disarmonia en la oclusiòn o entre la relaciòn cèntrica y la oclusiòn cèntrica (1). Estas observaciones proporcionan informaciòn acerca de la capacidad y coordinaciòn de la persona para mover la mandíbula hacia la posiciòn cèntrica, lo mismo que para realizar movimientos multidireccionales de contacto cuando se le indique que lo haga (1).

Continuando con el examen intrabucal, las pròtesis existentes deberàn retirarse de la boca, limpiarlas y dejarlas a un lado mientras se continúa con el examen de los dientes y la cavidad bucal . Durante el examen de las piezas dentales presentes deberà probarse la movilidad de las mismas(1). Las coronas clínicas se inspeccionaràn visualmente por medio de un explorador agudo número cinco. Si al continuar la evaluaciòn se encuentra que los dientes tiene restauraciones, se deberà observarlas y explorar los màrgenes de las mismas (1).

De igual forma se continuarà explorando los contornos de la superficie oclusal y la forma general de cada diente(1).

Esta información indica la calidad del cuidado personal y de la atención profesional que han recibido los dientes y la boca. Si las condiciones anteriores son inadecuadas, se hace más fácil tomar la decisión de mantener o extraer los dientes remanentes (1). Finalizado el examen dental se continúa con el examen de la cavidad bucal.

Durante el examen de la cavidad bucal, deben evaluarse todas las estructuras anatómicas que permitan reconocer factores probables de dificultad o utilidad o simplemente características personales que deben considerarse en el paciente que recibirá un tratamiento de sobredentaduras. Tamaño y forma de los maxilares, tamaño y forma de los rebordes residuales, inserción de los tejidos móviles, zona del postdamming (sellado palatal posterior), bóveda palatina, mucosa, fosa retroalveolar, sensibilidad bucal, relación labio-alveolar, lengua y saliva (1).

Tamaño de los maxilares: Pueden ser grandes, medianos o pequeños. Cuanto mayores más favorables para la prótesis. No obstante en el maxilar superior especialmente, a veces el gran tamaño puede deberse a hipertrofias óseas que, en vez de favorecer, perjudican la retención o dificultan la colocación de la prótesis (1).

Forma general de los maxilares: Pueden clasificarse como las caras, en cuadrados, triangulares, u ovoides. Aunque esto no es de gran importancia (1).

Tamaño y forma de los rebordes residuales: La forma y el tamaño de cada reborde residual debe considerarse en toda su extensión, pues puede ser voluminosa de un lado y atrofiado en el otro; asimismo, ser redondeado en la parte delantera y afilado hacia atrás. Por su tamaño, un reborde puede clasificarse en prominente, mediano y atrofiado. Los más ventajosos no suelen ser los más prominentes, sino los normales (19).

Inserción de los tejidos móviles: Es fácil determinar la línea de inserción tomando los labios o los carrillos con los dedos y moviéndolos suavemente o bien haciendo mover la lengua. La inserción puede ser baja, mediana o alta. En el maxilar superior la inserción alta es la más favorable y en el maxilar inferior las inserciones bajas (1).

Zona del postdamming (sellado palatal posterior): Tambièn conviene examinarla con algùn detenimiento. Puede ser ancha, mediana o muy delgada; asimismo, puede ser poco, mediano o muy depresible (1).

Bòveda palatina: Generalmente màs dura en su parte central que el resto, puede ser muy prominente a lo largo de la linea media, constituyendo el torus palatinus. En tèrminos generales son màs ventajosos los paladares de buena resiliencia, ni muy duros ni muy blandos, y no constituye inconveniente ni ventaja una bòveda palatina profunda. Una bòveda muy plana es desde luego, la menos retentiva (1).

Mucosa: Pueden encontrarse mucosas tensas, resilientes y blandas. Para pròtesis las segundas son las mejores (1).

Fosa retroalveolar: Debe observarse con la punta de la lengua llevada a su posiciòn funcional anterior, èsto es, algunos milímetros por delante de la linea roja del labio (1).

Sensibilidad bucal: Las pruebas que anteceden, sobre todo la palpaciòn de la resiliencia de la mucosa, la exploraciòn de la fosa retroalveolar y el estiramiento un poco forzado de las inserciones, nos dan ùtiles indicaciones respecto a la sensibilidad del paciente a las nauseas, el dolor y aun el trabajo intrabucal (1).

Relaciòn Labio-alveolar: El labio puede ser corto, mediano, largo y tambièn el borde alveolar puede ser corto, mediano y alto. Si a un labio largo corresponde un reborde corto, se puede desde el principio saber que para mostrar los incisivos el aparato tendrà que ser alto. Con un labio corto y reborde largo, se requerirà dientes cortos, y , para evitar la visibilidad del plàstico, su adaptaciòn a la encia cosa que no deja de tener inconvenientes mecànicos o bien preparar una encia de elevada estètica (caracterizaciòn) , o bien en ùltimo caso, la reducciòn quirùrgica del reborde (1).

Lengua: Es un òrgano que interviene en forma predominante en el èxito o fracaso de la pròtesis. Obsèrvese particularmente su volùmen y movilidad. Puede ser grande, mediana o pequeña; regular o poco movible. Una lengua alargada y movible es mucho màs favorable que una ancha y poco mòvil (1).

ROBERTO S. ...
Bielist...
Centra!

Saliva: La película de saliva que se establece entre la placa y la mucosa perfecciona la adaptación, coadyuva a la adhesión y es un elemento más de resiliencia de los que contribuyen a absorber las modificaciones funcionales a que obliga a los tejidos la adaptación de la base (1). Terminado el examen intrabucal se procede a la toma de modelos de estudio.

MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio son elementos de diagnóstico (1, 13). Los modelos deben estar disponibles antes de tomar la decisión final de extraer cualquiera de los dientes (1). Las impresiones preliminares forman parte del examen y se pueden hacer en alginato (hidrocoloide irreversible) con porta impresiones universales. La toma de impresión para los modelos de diagnóstico es un procedimiento diagnóstico importante en sí mismo (1). Revelará si hay sensibilidad de las membranas mucosas, tendencia a las náuseas, las condiciones de la boca para el trabajo protésico, y en cierta proporción, reconocer la disposición mental del paciente (1,13).

Cuando hay dientes remanentes en ambos arcos dentales es preferible montar los modelos hechos con estas impresiones en un articulador de bisagra sencilla o articulador de diagnóstico. Esto permitirá estudiar el espacio protésico y los problemas relacionados con el enfilado y la articulación de los dientes. Además permite formar claro juicio e informar al paciente y eventualmente, al cirujano, sobre las medidas quirúrgicas requeridas (1). Teniendolos modelos de estudio y terminada la evaluación de los mismos, se continúa con el examen radiográfico.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Las radiografías son esenciales para evaluar las condiciones existentes en cada paciente que requiere de servicio protodóntico (1, 13). En el examen radiográfico se hacen evidentes cuerpos extraños, raíces retenidas, dientes incluidos o diversas patosis del desarrollo, inflamatorias o neoplásicas (1). Las radiografías proporcionan información de los dientes sin pulpa. Pueden mostrar la cantidad de pérdida ósea alrededor de los dientes remanentes y en las regiones edéntulas. También pueden mostrar el grosor relativo de la submucosa que cubre el hueso en las regiones edéntulas. La localización del canal mandibular, y el foramen mentoniano en relación con el asiento basal para las dentaduras (1). Terminado el examen radiográfico se procede con lo exámenes de laboratorio cuando el dentista lo considere necesario.

EXAMENES DE LABORATORIO

Los análisis de orina o de sangre deben pedirse cada vez que los exija la necesidad de aclarar dudas respecto al estado general del paciente (sospecha de diabetes, leucemia, infección focal, deficiencias de coagulación, etc) (1).

Una vez concluidos todos los aspectos del examen clínico y antes de llegar al diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del paciente que recibirá una sobredentadura, es necesario

tener presentes los conceptos de cada una de las estructuras anatómicas que van a servir de soporte de una sobredentadura. Asimismo, es indispensable considerar los criterios clínicos de salud y enfermedad de dichas estructuras. Ya que el éxito y durabilidad de este tratamiento protésico depende exclusivamente del "mantenimiento sano de los tejidos que la soportan".

ESTRUCTURAS ANATOMICAS QUE SIRVEN DE SOPORTE DE UNA SOBREDENTADURA

Proceso alveolar: Es una extensión de hueso basal de la mandíbula y el maxilar, se encuentra rodeando las raíces de las piezas dentarias (5).

Mucosa alveolar: Es la parte de la mucosa de revestimiento que se encuentra recubriendo el proceso alveolar, inmediatamente después de la unión mucogingival, terminando en el vestibulo en la parte facial y en el piso de la boca en la parte lingual (5).

Hueso alveolar: Es el hueso que forma los alveolos de los dientes (3).

Hueso alveolar residual o reborde alveolar: Es la porción del proceso alveolar que permanece después de perdidos los dientes (5).

Dientes: Son cuerpos duros de coloración blanca, implantados en el borde alveolar de los maxilares (10).

Encias: Es la parte de la mucosa bucal masticatoria que cubre la hipòfisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes (5,3).

Encia libre: Es la parte de la encia, limitada por arriba por el margen gingival y por abajo (vestibular) por el surco de la encia libre (5).

Margen gingival: Es la parte más coronal de la encia y termina en forma de filo de cuchillo aproximadamente 0.5 a 1 mm. de la unión cemento-esmalte (por abajo en las piezas superiores y por arriba en las piezas inferiores), contornea a todas las piezas dentales a manera de collar a nivel de los cuellos (5).

Surco de la encia libre: Es un surco en forma de v que separa la encia libre de la adherida y va paralelamente al margen gingival, a una distancia aproximada de 1 a 3 mm. clinicamente es difícil observarla, generalmente desaparece con la edad (5).

Encia adherida: Es la parte de la encia que se encuentra ubicada entre el surco de la encia libre y la unión mucogingival. Está firmemente adherida al proceso alveolar bucal y lingual y a los cuellos de los dientes (5).

Ligamento periodontal: Está constituido por una serie de fibras del periodonto. Su función es estabilizar la unión del diente con el hueso (5).

Encia marginal : (no insertada), es el borde de la encia que rodea los dientes a modo de collar (3).

Punteado de la encia: Son proyecciones de tejido conjuntivo dentro del epitelio dándole a la encia clinicamente la apariencia como la superficie de una cáscara de naranja con depresiones y abultamiento. Es más prominente en labial que en lingual, en adultos más que en niños y puede desaparecer con la edad (5).

Como se mencionó anteriormente, el estado de salud de las estructuras anatómicas desoporte que fueron descritas, es fundamental para el éxito de un tratamiento con sobredentaduras. Por lo cual, las características clinicas de salud que a continuación se describirán, deben mantenerse en dichas estructuras.

CARACTERISTICAS CLINICAS NORMALES DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE

ENCIA

Color: Algunos investigadores opinan que el color de la encía insertada y marginal generalmente se describe como rosa coral (5). Otros indican que el color varía según las diferentes personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea. Es más clara en individuos de tez blanca que en personas de tez morena. La mucosa alveolar es roja, lisa y brillante más rosada que granulada (3).

Tamaño: El tamaño de la encía es el correspondiente a la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización. La alteración del tamaño es una característica común de la enfermedad gingival (3).

Contorno: El contorno o forma de la encía, varía considerablemente y depende de la forma de los dientes y su alineación en la arcada, de la localización y tamaño del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales vestibular y lingual (3).

Consistencia: La encía es firme y resiliente y, a excepción del margen gingival móvil, está firmemente unida al hueso subyacente. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza de este margen gingival (3).

Textura de la superficie: La encía presenta una superficie como la de una cáscara de naranja y se dice que es punteada. La encía insertada es punteada; la encía marginal no lo es y la pérdida o reducción del punteado es un signo común de enfermedad gingival (3).

Posición: Se entiende como posición de la encía el nivel en que la encía marginal se une al diente. La profundidad fisiológica del surco debe mantenerse igual desde el inicio de la erupción de la pieza hasta la finalización de dicha erupción. Esa relación fisiológica se debe a los epitelios de unión de la encía; si esa profundidad se modifica existe una relación anatómica anormal (3).

CRESTA OSEA

Localización: El margen de la cresta ósea está normalmente localizado aproximadamente de uno y medio a dos milímetros de la unión cemento esmalte (5). Forma y contorno: La forma y tamaño de las coronas de los dientes, el estado de erupción y la posición de estos en las arcadas influyen en la forma y contorno de la cresta. La cresta ósea es angosta y más o menos puntiaguda cuando la anatomía proximal de los dientes es relativamente plana, tal y como ocurre en la región de anteriores (5). Cuando estas superficies son convexas, como ocurre en la región de posteriores, la cresta ósea es ancha y plana (5).

MOVILIDAD DENTAL NORMAL

La movilidad dental normal es de 0 a 1 mm. (5).

Las características clínicas antes mencionadas son indicativos de salud periodontal y el paciente que va a recibir un tratamiento de sobredentaduras debe hacer un esfuerzo para mantener y conservar estas características en su boca el mayor tiempo posible.

El paciente que no cumple con los requisitos de higiene necesarios para los tejidos que soportan la prótesis (sobredentaduras), sufre un deterioro progresivo de los mismos que puede variar desde una simple inflamación por acumulación de placa bacteriana hasta una enfermedad periodontal avanzada y resorción ósea significativa.

CRITERIOS CLINICOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL

Existe suficiente evidencia científica para afirmar que el principal factor etiológico en la iniciación de la enfermedad periodontal es "la placa bacteriana" (5). La placa bacteriana, es una masa porosa y suave que contiene bacterias de larga duración atrapadas en una matriz de proteínas y carbohidratos humedecidos por saliva, fluidos gingivales y líquidos de la dieta. Está firmemente adherida a los dientes, lo que hace difícil removerla con el cepillado, una vez formada. Con el tiempo la placa se calcifica y forma cálculos (5).

Las sustancias bacterianas de la placa han sido consideradas como primarias en la producción de gingivitis y periodontitis (5, 3).

Gingivitis: Inflamación de la encía, es la forma más común e inicial de enfermedad periodontal (5). Las características clínicas incluyen: cambios de color, contorno, consistencia y sangramiento del surco gingival (5).

Periodontitis: Es una extensión de la inflamación superficial que se presenta en gingivitis hacia el espacio periodontal y hueso de soporte (5,3). Sus características clínicas incluyen las más severas observadas en gingivitis. Las características diferenciales incluyen: presencia de bolsas, reabsorción ósea y movilidad dental (5,3).

Bolsas: Se pueden dividir en bolsas gingivales o pseudobolsas y bolsas periodontales o verdaderas (5,3).

Bolsas gingivales: Es el aumento de la profundidad del surco gingival como consecuencia de la migración hacia incisal u oclusal del margen gingival (5).

Bolsas periodontales: Es el resultado de la migración hacia apical de la inserción epitelial dando lugar a la formación de una hendidura patológica localizada entre el diente y el epitelio degenerado de la encía (5).

Movilidad dental: Se atribuye a la pérdida ósea que se produce en la enfermedad periodontal(5)

Los criterios clínicos señalados en las páginas 35 y 36 referentes a salud y enfermedad de los tejidos que van a soportar la prótesis y el conjunto de datos proporcionados por el examen clínico servirán al dentista como guía para llegar al diagnóstico y pronóstico del caso examinado.

DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

La decisión de retener o remover el o los últimos dientes de un paciente, es una responsabilidad muy seria y todas las alternativas deberán de estar exploradas antes de tomar una decisión final (2). La remoción de los dientes es un procedimiento irreversible. Los datos que proporcionan el examen clínico, la historia médica anterior, la historia odontológica anterior, modelos de estudio, radiografías, reportes de laboratorio y (si fuese necesario), consultas necesarias y oportunas, son básicas para emitir un correcto diagnóstico (2).

Un correcto examen clínico integral y un adecuado diagnóstico son los fundamentos para efectuar el pronóstico de una sobredentadura. La información recabada ayuda a seleccionar los dientes que servirán de soporte a una sobredentadura (2).

Durante la evaluación clínica del paciente, el dentista debe ser muy observador y si determina que la higiene es inadecuada seguramente el mantenimiento de la sobredentadura será inapropiado, dando como resultado una progresión y avance de enfermedad periodontal, por lo tanto, el pronóstico de la sobredentadura es "DUDOSO".

ESQUEMA DEL PRONOSTICO DE UNA SOBREDENTADURA

Incluye tres aspectos:

- Paciente
- Preparación del paciente
- Pronóstico de la sobredentadura

Cada uno de los aspectos anteriores, tienen sus correspondientes subdivisiones , siendo las siguientes:

PACIENTE:

- Examen, diagnóstico
- Programa de higiene oral; adicionalmente aplicaciones de flúor (PHO-F).

PREPARACION DEL PACIENTE:

- Quirúrgico
- Periodontal
- Endodóntico
- PHO-F (programa de higiene oral, adicionalmente aplicaciones de flúor).

PRONOSTICO DE SOBREDENTADURA:

Pronóstico a corto plazo (de 6 a 12 meses)

- Pobre PHO-F
- Deterioro de soportes
- Dentaduras completas

Pronóstico a mediano plazo (de 12 a 36 meses)

- Deficiente PHO-F
- Respuesta deficiente
- Continuar sobreedentaduras
- Dentaduras completas

Pronóstico a largo plazo (de 36 a 60 meses)

- Excelente PHO-F
- Respuesta aceptable
- Sobredentaduras
- Dentaduras completas

EXPLICACION DEL ESQUEMA DEL PRONOSTICO DE UNA SOBREDENTADURA

El esquema que se presentó anteriormente muestra el pronóstico de una sobredentadura a corto, mediano y largo plazo. Al inicio del esquema se presenta el paciente, al cual se le realiza un adecuado examen clínico y diagnóstico. Una vez que se llega al diagnóstico, se instruye al paciente sobre las medidas de higiene oral con flúor (ver página 65), que debe tener en cuenta en el momento de recibir un tratamiento con sobredentaduras para la durabilidad del mismo.

Posteriormente se preparan los tejidos del paciente, que van a servir de soporte a la prótesis, preparación que será realizada de manera quirúrgica, periodontal y endodóntica si así lo requiere .

Tomando como base el programa de higiene oral con flúor el pronóstico de una sobredentadura podrá ser el siguiente:

PRONOSTICO A CORTO PLAZO (de 6 a 12 meses): El paciente ha proporcionado un pobre o nulo mantenimiento de higiene oral y flúor a los tejidos de soporte y, éstos sufren un deterioro rápido y fulminante, por lo que se deben extraer las piezas dentales y efectuar un tratamiento convencional con dentaduras completas.

PRONOSTICO A MEDIANO PLAZO (de 12 a 36 meses): El paciente ha proporcionado un deficiente mantenimiento de higiene oral y flúor a los tejidos de soporte, los cuales sufren un deterioro lento pero progresivo. La sobredentadura puede continuar su función un tiempo más, hasta que los tejidos se deterioren completamente, y se procede a la extracción de las piezas dentales y se efectuará un tratamiento convencional con dentaduras completas.

PRONOSTICO A LARGO PLAZO (de 36 a 60 meses): El paciente ha proporcionado un excelente mantenimiento de higiene oral y flúor a los tejidos de soporte, por lo que éstos man tienen un estado de salud óptimo. Las sobredentaduras pueden continuar su función por mucho tiempo o hasta que se considere necesario realizar un tratamiento convencional con dentaduras completas.

Antes de decidir si se realiza un tratamiento con sobredentaduras, se debe enseñar al paciente métodos de higiene y prevención para mantener un ambiente bucal sano. El tratamiento con sobredentaduras se realizará únicamente, cuando el paciente se ubique en un pronóstico a largo plazo para asegurar el éxito de este tipo de tratamiento protésico.

Una vez, que todas las condiciones extraorales, intrabucales, físicas y mentales generales del paciente se han anotado y considerado por el dentista, entonces, es el momento indicado para establecer el plan de tratamiento.

PLAN DE TRATAMIENTO

Al elaborar un plan de tratamiento para sobredentaduras deben tomarse en cuenta tres aspectos:

- El primero es la realización de tratamientos previos a construir la sobredentadura, los cuales podrán efectuarse una vez que hayan sido evaluadas las consideraciones quirúrgicas, endodónticas y periodontales del paciente (2).
- El segundo aspecto es la construcción de la sobredentadura (2).
- El tercer aspecto es el mantenimiento (2).

CONSIDERACIONES QUIRURGICAS:

Es esencial considerar el patrón de inserción de la sobredentadura para así mantener o lograr un adecuado contorno alveolar (soporte) de los dientes y/o raíces que la base cubrirá(2). Debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Mantener cubierto el reborde alveolar de las piezas a conservar, por una adecuada encañaderida (2).
- Adecuado espacio para la base de la dentadura y los dientes (2).
- Remover socavados, tori palatinos y mandibulares (2).
- Eliminar tejido suave redundante (2).
- Eliminar las piezas dentales no utilizables (2).

CONSIDERACIONES ENDODONTICAS:

Una radiografía debe ser tomada en el momento del examen para poder determinar el número y posición de las raíces. Esto es necesario para estar seguros de la posición y dirección de los conductos, especialmente cuando una pieza dental tiene una o varias raíces. Al igual que si existen dilaceraciones en algunas de las piezas (2).

La hemisección es permitida en piezas multirradiculares y está indicada en piezas en las que una de sus raíces presenta pronóstico desfavorable y la otra favorable (2). Además se debe de evaluar la presencia de áreas radiológicas.

CONSIDERACIONES PERIODONTALES:

En lugar de que las fuerzas funcionales de la base de la dentadura, sean aplicadas directamente sobre los tejidos suaves y tejido óseo, la fuerza funcional de sobredentadura es compartida por las raíces de los dientes de soporte (2). Las fuerzas oclusales cuando son aplicadas en los límites fisiológicos estimulan al tejido óseo lo cual mantiene la altura del reborde.

Una correcta evaluación de las piezas sobre las cuales se fabricará una sobredentadura, deberá de incluir el examen minucioso de la capacidad de estas piezas para soportar esfuerzos. Algunos aspectos son:

- Una evaluación oral: Examinar visual y adecuadamente cada una de las piezas, evaluando la cantidad de encía y la presencia de recesión gingival (2).
- Radiografías: Están indicadas las radiografías periapicales y algunas veces panorámica si fuera necesario (2).
- Sondeo periodontal: Una correcta medición de las bolsas existentes es necesaria para formarse una idea del grado de pérdida ósea que tienen todas las piezas presentes (2).

Después de tener todos los datos posibles, es el momento de ofrecer un diagnóstico, de acuerdo a lo encontrado en las consideraciones quirúrgicas, endodónticas y periodontales del paciente (2).

El pronóstico dependerá del diagnóstico integral de cada una de las piezas, y se podrá saber que futuro tendrá la o las piezas que usaremos como soporte de una sobredentadura(2).

En virtud de lo anterior se considerarán las diferentes alternativas en la construcción de piezas de soporte para una sobredentadura, las alternativas serán:

- Selección de dientes a conservar (2).
- Selección de dientes a extraer (2)
- Programa de higiene oral y flúor (2).

Las piezas que van a usarse en una sobredentadura y que presentan bolsas de 3 o 4 mm es necesario eliminarlas por medio del tratamiento correctivo adecuado, con la finalidad de ofrecer una encía marginal y adherida normal, para brindar un soporte periodontal sano (2).

En piezas que presentan recesión de la encía marginal y adherida y las cuales hemos decidido conservar por presentar características de buen soporte vertical para una sobredentadura, se puede intentar la corrección por medio de un trasplante de mucosa, y de esta forma mejorar el pronóstico de este diente y brindar mejor retención y estabilidad a la sobredentadura (2).

La salud periodontal de los dientes de soporte de una sobredentadura es afectada, si no se cumple con los siguientes requisitos:

- Forma apropiada del domo (2).
- Estimulación masticatoria (2).
- Buena higiene de los dientes aislados (2).

Sobre-extensiones, un contorno cóncavo o demasiado volumen o altura de los domos cuando se hacen en metal, contribuyen a una respuesta periodontal desfavorable (2).

Terminado el examen clínico, el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento para una sobredentadura se procede a la preparación de la boca del paciente que va a recibir este tratamiento. Pero antes se hará un recordatorio de los conceptos de sobredentadura, su retención, estabilidad, soporte, fundamentos biomecánicos, ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones de las mismas.

SOBREDENTADURA: Es una prótesis total superior y/o inferior debajo de la cual se han dejado una o más piezas dentarias naturales, a menudo con coronas o con implantes. Dichas piezas se encuentran en buenas condiciones de salud y es por eso que se decide conservarlas, cortándolas en forma de domo (2,4).

DOMO: Restauración metálica (colada o de amalgama) que se coloca en forma de cúpula en una raíz preparada previamente, para aumentar la resistencia en un diente que va a servir de soporte a una sobredentadura (15).

Para hacer el domo se reduce la corona clínica de la pieza, bajando de esta manera su centro de rotación o fulcrum, y mejorar así el pronóstico general del diente a conservar (2).

Aunque una sobredentadura sea una prótesis total apoyada en piezas dentarias, la retención, estabilidad y soporte de ésta, difieren considerablemente al de una prótesis total convencional y se define a continuación:

RETENCION DE UNA SOBREDENTADURA: Es posible modificar los dientes residuales usados en una sobredentadura, para proveer diferentes tipos y grados de retención (4). A veces se planea la retención mediante dientes conservados por debajo de una base como recurso retentivo, la utilización de los dientes residuales para la retención es un aspecto importante en el concepto de sobredentaduras (4). Se debe prestar toda consideración a la posibilidad de emplear dientes o raíces residuales para apoyar la retención siempre que la configuración de la arcada plantee dicha posibilidad (4).

ESTABILIDAD DE UNA SOBREDENTADURA: La retención de uno o más dientes, puede proveer fuerzas valiosas de estabilidad. Al funcionar como topes basales actúan en ocasiones para reducir o impedir el movimiento lateral y, de tal manera, estabilizar las bases protésicas (4). Al hacerlo fomentan la función, la comodidad y la utilización a largo plazo de las sobredentaduras (4).

SOPORTE DE UNA SOBREDENTADURA: A menudo es posible usar dos o más raíces o dientes muy separados para apoyar un aparato. Muchos otros autores utilizaron coronas telescópicas soportadas en raíces, a fin de apoyar sobredentaduras totales (4).

Es posible planear con varias alternativas la utilización de los soportes retenidos en sobredentaduras (4). Donde esté indicado, tan sólo es preciso modificarlos con el tratamiento endodóntico y alterarlos coronalmente para que funcionen como descansos verticales (4). De esta manera es posible obtener mejor apoyo basal, además se les puede modificar en sentido coronal para proveer descansos verticales y más estabilidad y retención (4).

Como se mencionó anteriormente, la retención, estabilidad y soporte de una sobredentadura depende de los dientes que se conservaron en el reborde. Por lo tanto es importante conocer el fundamento biomecánico de los mismos, puesto que dichos dientes contribuyen indirectamente en la retención, estabilidad y soporte de una sobredentadura, condición que no existe en una prótesis total convencional.

FUNDAMENTO BIOMECANICO RACIONAL PARA EL TRATAMIENTO CON SOBREDENTADURAS

La finalidad de conservar las piezas dentarias, es evitar la reabsorción del hueso alveolar alrededor de ellas; lograr un mejor soporte para los esfuerzos en sentido vertical y conservar a sensibilidad propioceptiva del ligamento periodontal de cada pieza (4).

CONSERVACION DEL HUESO ALVEOLAR: En todo el mundo diversos autores muestran en estudios longitudinales a largo plazo que, la extracción de la dentición residual del enfermo con restauración protésica parcial o total a largo plazo o sin la misma, produce una educación importante en la cantidad y calidad de los procesos residuales y que el proceso andibular residual sufre, en promedio, una disminución tres o cuatro veces la correspondiente al maxilar (4).

Diversos estudios muestran una reabsorción menor de los procesos residuales, cuando usa una sobredentadura inferior soportada por raíces de caninos en vez de una prótesis total inferior ordinaria (4).

El mecanismo por el cual se conserva el proceso alveolar al retener las raíces, ocurre por la capacidad de la raíz para expresar la fuerza compresiva del soporte protésico, como fuerza tensional hacia el hueso a través del ligamento periodontal (4).

Las cargas oclusales generadas durante la masticación con las prótesis, se dirigen por los dientes artificiales y la base de resina acrílica a las raíces de soporte y a la mucosa que cubre el proceso residual de apoyo (4).

Cuando existen raíces próximas también esto ayuda a perdurar el proceso residual entre las mismas. Como las coronas clínicas están ausentes, las fuerzas se dirigen hacia abajo por los ejes longitudinales de los soportes sin torsión o inclinación.

Aunque no hay ningún estudio a largo plazo con respecto a la conservación de los procesos residuales, es posible suponer con seguridad su eficacia en este sentido en base a las investigaciones en sobredentaduras totales y parciales (4).

Anteriormente se explicó que el dejar raíces retenidas en el reborde alveolar disminuye la reabsorción de éste, pero además se conserva la propiocepción y la sensibilidad direccional.

CONSERVACION DE LA PROPIOCEPCION: Los pacientes tratados con prótesis total convencional presentan percepción sensitiva bucal considerablemente mayor que aquellos con todos o la mayor parte de los dientes naturales (4).

Se logra conservar algo del impulso sensitivo propioceptivo al sistema nervioso central para los receptores ubicados en el ligamento periodontal cuando se usan raíces, en particular las de caninos en cualquier arcada, para soportar una sobredentadura total o parcial removible (9, 2, 4).

Debido a la conservación de los propioceptores del ligamento, los pacientes tratados con sobredentaduras totales pueden regular con mayor eficacia el ámbito y el tipo de ciclo masticatorio en el reflejo masticatorio salival, pueden discriminar las cargas mayores de 2,000 g que quienes usan prótesis totales (9, 2, 4). Cuentan con los músculos masticatorios más eficaces, presentan 79% de eficacia masticatoria con las sobredentaduras totales en comparación con 59% en pacientes tratados con dispositivos totales (9, 2, 4).

Estos pacientes disfrutan capacidad propioceptiva discreta de los dientes por debajo de una sobredentadura total, que funciona para alertar contra una sobrecarga fisiológica del sistema y, en consecuencia, se evita la reabsorción ósea. Mientras más raíces se empleen para soportar una sobredentadura dentro de los parámetros anatómicos, prostodóntico, periodónticos, endodónticos y económicos, más beneficios obtendrá el paciente a largo plazo (9,2,4)

SENSIBILIDAD DIRECCIONAL: La sensibilidad direccional es uno de los más importantes elementos en la interacción del sistema masticatorio (2).

Los dientes que han sido retenidos, para ser usados con una sobredentadura, conservan la sensibilidad direccional (2). Esto está basado en la aceptación de que algunas fuerzas laterales transmitidas por la sobredentadura a los dientes de soporte (2).

La función del sistema masticatorio, es dependiente de los impulsos de inervación sensorial de varios componentes: ligamento periodontal, glándulas salivares, superficie epitelial de la cavidad oral, músculos de la lengua, de la cavidad oral y de la masticación, al igual que las articulaciones temporomandibulares. Un trastorno en este sistema de integración puede causar una función pobre o cambios patológicos al sistema (2).

Existe gran cantidad de receptores en la parte anterior de la boca (2). Las señales que provienen de los receptores del ligamento periodontal y de la mucosa oral, son determinantes en el control y magnitud del esfuerzo masticatorio (2).

Los receptores están alrededor del diente en posiciones que les permite responder a presiones, no importando la dirección desde donde sean aplicadas. Existen terminaciones nerviosas específicas para distintas fuerzas, o sea que existen para una fuerza bucal o lingual. De tal manera que al retener raíces en una sobredentadura, se preserva la sensibilidad direccional. Está demostrado que los dientes son más susceptibles a fuerzas laterales que aquellas dirigidas al eje largo de la pieza. Las raíces de los dientes ofrecen mejor información sensorial discriminativa que la mucosa oral (2).

La percepci3n de dientes no vitales comparada con dientes vitales, demuestra que ambos tienen igual sensibilidad direccional. Por lo tanto, cuando existe una p3rdida total de los dientes, se pierde todo el sistema de recepci3n sensorial, pues se pierde un eslab3n de la cadenade informaci3n propio sensorial (2).

Los fundamentos biomec3nicos descritos sirven de base para conocer las razones por las cuales, se decide conservar piezas dentales como soporte de una sobredentadura. Asimismo el hecho de dejar dientes o raices debajo de la pr3tesis, hacen de las sobredentaduras tratamientos prot3sicos 3nicos que proporcionan ventajas al paciente. Estas ventajas pueden de tipo GENERAL, PSICOL3GICAS Y FISIOL3GICAS; cada una de las ventajas anteriores ser3 explicada a continuaci3n.

VENTAJAS GENERALES:

- F3cil de mantener (reajustes de adaptaci3n pueden hacerse f3cilmente) (2).
- F3cil higiene de los domod y dentadura (2).
- Mejor retenci3n que una pr3tesis total convencional (2).
- Est3tica aceptable (2).
- Oclusi3n: puede desarrollarse cualquier oclusi3n (2).
- Facilidad de adaptaci3n por parte del paciente (2).
- Posibilidad de usar aditamentos de presi3n (2).
- Puede usarse como dentadura transitoria o de entrenamiento (2).
- F3cil conversi3n a dentaduras completas convencionales (3).

VENTAJAS PSICOL3GICAS:

Para el paciente con edentulismo parcial, la retenci3n de los dientes produce mayor comodidad psicol3gica (1). La retenci3n de incluso una sola raiz elimina el temor siempre presente de quedar totalmente ed3ntulo. Esta es una consideraci3n importante para:

Adultos, j3venes y mujeres postmenop3usicas qui3nes, por presiones sociales y de compa1eros, sienten que no podrian enfrentar la extracci3n de la dentici3n residual y la inserci3n de pr3tesis totales, o

- Ancianos que equiparan la pérdida de los dientes con la muerte (1).

En el sujeto de más edad, la utilización de incluso un soporte dental cuestionable para apoyar una sobredentadura, ayuda en fenómeno de habituación al aparato, retrasa la transición del estado de edentulismo parcial o total o ambos (1).

VENTAJAS FISIOLÓGICAS:

- Aumento de la estabilidad y retención de la prótesis, con lo cual se reduce el trauma y la transmisión de esfuerzos a la mucosa oral y tejidos suaves que complementan el soporte del aparato protésico (2).

- Se mantiene la propiocepción periodontal dándole al paciente un incremento en su habilidad de percibir partículas oclusales y de posicionamiento mandibular (2).

- Se preserva el proceso alveolar alrededor de las piezas retenidas de tal manera que reduce la reabsorción del hueso que sirve de soporte a las prótesis(2).

Como era de esperarse, una sobredentadura, como cualquier otro tratamiento no solo presenta ventajas al paciente, sino que también posee sus desventajas.

DESVENTAJAS DE LAS SOBREDENTADURAS:

- Más caro (costo que dentadura completa) (2).

- Más volumen protésico que dentaduras completas (2).

- Dientes que van a servir de soporte, por lo general necesitan tratamiento periodontal y/o endodóntico (2).

- El mantenimiento en higiene por parte del paciente y honorarios profesionales (2).

Además de las ventajas y desventajas que presenta un tratamiento con sobredentaduras, es importante que el dentista conozca en qué casos están indicados estos tratamientos protésicos.

INDICACIONES DE SOBREDENTADURAS:

Inicialmente las sobredentaduras fueron indicadas para pacientes con defectos intrabucales congénitos o adquiridos. Actualmente, en años recientes se han usado en pacientes con dientes demasiado destruidos o gastados, pacientes con sólo unos cuantos dientes remanentes (es una de las mayores indicaciones para sobredentaduras), bóveda palatina muy ojival siendo difícil obtener retención en la dentadura, cuando el pronóstico con este tratamiento puede ser igual o mejor que el que ofrezca cualquier otro tratamiento y en pacientes con tamaño o posición mandibular aberrante (2). Los resultados estéticos y funcionales que han sido excelentes y con frecuencia la retención de unos cuantos de los propios dientes del paciente tiene un inmenso valor psicológico (2).

CONTRAINDICACIONES DE LAS SOBREDENTADURAS:

- Estado periodontal, endodóntico o restaurativo desfavorable.
- Cuando menos de un tercio de la raíz está soportada por hueso (33%) (2).
- Espacio interoclusal insuficiente para acomodar la porción coronal de la raíz retenida y la prótesis subyacente (2).
- Cuando otro tratamiento ofrezca resultados superiores (2).
- Socavados excesivos en la región vestibular y/o lingual y si se alivia esta región, algunas veces se perderá el sellado periférico (4, 2).
- Cuando exista encía adherida inadecuada. Correcciones quirúrgicas se pueden hacer si el pronóstico de la o las piezas es aceptable (2).
- En pacientes con mala higiene oral, en donde la caries y la enfermedad periodontal podrían progresar (2).

Después que el dentista ha evaluado las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones de un tratamiento de sobredentaduras, se procede a la preparación de los tejidos que la van a soportar.

PREPARACION DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE

Los dientes que soportan las sobredentaduras, deben tener un estado de salud periodontal excelente sin bolsas (6).

Si los trastornos presentes no son tratados, la enfermedad periodontal persistirá a pesar de la excelencia y minuciosidad del resto del tratamiento (6).

El odontólogo debe determinar la dimensión interoclusal y estudiar el perfil facial para decidir si es necesario o no hacer alguna reducción dental (6). Los pacientes con trastornos del desarrollo presentan a menudo dientes que no han erupcionado lo suficiente en dirección incisal o labial. Las coronas de estos dientes no deben de ser reducidas para dejar lugar a la sobredentadura, puesto que la prótesis es elaborada a propósito para añadir dimensión interoclusal y facial (6).

Los tejidos duros y blandos han de ser analizados para ubicar todas las retenciones que pueden existir. Las pequeñas retenciones en los tejidos blandos serán tolerables mediante combinación de alivio de la dentadura y flexibilidad tisular; pero las grandes áreas de retención requieren de un faldón acortado (6).

Los pacientes con relaciones normales entre diente y borde alveolar restante necesitan generalmente una reducción considerable de la corona clínica, para mejorar la relación corona-raíz y dejar espacio para la sobredentadura (6).

A menos de haber retracción pulpar avanzada, un tratamiento endodóntico está siempre indicado, aunque es fácil no darse cuenta que dicho tratamiento no fue satisfactorio (6). Las coronas de los dientes restantes deben ser reducidas de manera adecuada para evitar cambios en el diseño de la prótesis. Si la reducción es insuficiente será necesario exagerar el contorno de la sobredentadura y, a veces éste aparece muy delgado en la sección transversal.

Las preparaciones de los dientes deben planearse, para evitar socavaduras cervicales; si están presentes dichas socavaduras, la base de la dentadura debe ser aliviada y la acumulación de la placa bacteriana será más intensa en el espacio así creado.

Después de tomar en cuenta la preparación que deben tener los tejidos duros y blandos que van a soportar la prótesis se procede a la selección de los dientes que van a servir de pilares y a su preparación.

SELECCION DE LOS DIENTES PILARES

El estado del periodonto y del hueso alveolar que circunda los dientes parece ser el factor crítico en la selección de los dientes pilares (7).

Es fácil argumentar que se deberá retener tantos dientes como sea posible, pero también se debe dar consideración a los siguientes factores:

- Ausencia de enfermedad periodontal: Las raíces con pronóstico periodontal malo o dudoso serán conservadas sólo si el paciente es capaz de mantener una buena higiene dental en el futuro y si insiste en conservar sus propios dientes (6).

- Forma, tamaño y número de las raíces: El diente con raíces amplias tiene un pronóstico más favorable que aquel con raíces cónicas, estrechas (14). El tamaño de las raíces de las piezas que servirán de soporte deben estar dentro del índice normal de longitud de acuerdo a la cantidad de hueso de soporte (15). Mientras mayor sea el número de raíces de la pieza soporte, mejor será el pronóstico de la misma. Los dientes multirradiculares con raíces muy separadas ofrecen mayor soporte periodontal (15).

- Presencia de encía adherida adecuada (2).

- Soporte óseo: En una pieza potencial para soporte de sobredentadura la cresta alveolar debe estar localizada de uno y medio a dos milímetros de la unión cemento-esmalte. Se considera una altura ósea vertical adecuada 8 mm o más, y se recomienda como mínimo la presencia de 5 mm de hueso alveolar para apoyar al soporte de sobredentaduras (14).

- Ausencia de socavados tanto en bucal como en bucal (2).

- Costo: Las raíces de los dientes para sobredentaduras deben elegirse, basándose en el beneficio máximo obtenido por el paciente, comparado con el tiempo y los gastos adicionales que implica este tratamiento. Si se van a retener muchos dientes el costo podrá ser considerable, pues deben ser tratados endodónticamente (1).

- Cantidad de piezas de soporte: Los dientes aislados parecen ser preferibles a muchos dientes contiguos (por ej: en la parte anterior de la mandíbula), ya que se puede argüir que estos últimos pueden conllevar un riesgo mayor de daño gingival debido a la mayor acumulación de placa (1). Los dientes que se usan más a menudo como soportes para sobredentaduras con los caninos superiores e inferiores, por lo que está indicado retenerlos en particular en los pacientes más jóvenes (14).

- Posición estratégica de los soportes: La retención de los soportes anteriores superiores es deseable para impedir la resorción excesiva del proceso alveolar, en especial si quedan dientes anteriores naturales en el arco inferior (14). Los molares con hemisección también pueden proveer más soporte, pues se ubican de manera conveniente en los confines vestibulo linguales del proceso alveolar y tan distales como sea práctico sin invadir la inclinación ascendente de la rama (14).

- Preferencia por los dientes anteriores: El reborde residual anterior parece más vulnerable a la reducción que los rebordes posteriores. Las coronas destruidas en dientes posteriores también pueden ser restauradas con amalgamas y pernos o con resinas compuestas y se pueden usar como pilares para placas parciales removibles, más que para sobredentaduras; sin alteración estética (1).

- Dientes tratados endodónticamente: estos parecen prestarse a esta técnica con alteraciones mínimas (1).

- Preferencia por las sobredentaduras mandibulares: Si la mandíbula tiene un número total de dientes remanentes que hacen que su soporte oclusal sea considerablemente mayor que el de el maxilar, entonces se prescriben sobredentaduras maxilares y se retienen las raíces superiores para compensar el proceso normal de resorción (1).

UTILIZACION DE IMPLANTES COMO PILARES

Aunque no es usual incluirlas en el plan terapèutico, las sobredentaduras retenidas en implantes pueden ofrecer beneficios en casos especiales. Las indicaciones primarias para las sobredentaduras con implantes son: La necesidad de una pròtesis mäs econòmica, los casos conatofia extrema o con calidad òsea deficiente que no es posible tratar con un dispositivo fijo, los maxilares donde es imposible lograr estètica conveniente con una pròtesis fija, o cuando por angulaciòn marcada de los dispositivos, no es posible construir un aparato fijo (14).

En la mandìbula los implantes usados para soportar sobredentaduras favorecen la retenciòn y la estabilidad de las pròtesis totales. A menudo se coloca de dos a cuatro implantes en sentido anterior a los agujeros mentonianos (14).

En el maxilar, las indicaciones para el tratamiento con sobredentaduras son mäs variadas. La falta de retenciòn y estabilidad pueden ser quejas menos frecuentes que en el arco inferior. Sin embargo, muchas personas desean eliminar las zonas palatinas protèsicas por incomodidad, nàuseas o dificultades durante la respiraciòn o fonaciòn (14).

En contraste a lo que se puede lograr en la madìbula, puede ser muy difìcil conseguir osteointegraciòn a largo plazo en el maxilar con resorciòn avanzada. Aunque el tratamiento con sobredentaduras utiliza dos a cuatro implantes pudiera ser exitoso en casos con procesos maxilares resorbidos, es mejor limitar la terapèuticas con sobredentaduras superiores apoyadas en implantes a personas con hueso adecuado en la regiòn de premolares y caninos. Lo anterior està indicado en particular en sujetos que desean reducir la cobertura palatina y conservar al mismo tiempo retenciòn y sensibilidad adecuadas, en especial contra los dientes naturales (14).

La rehabilitaciòn de personas que presentan un nùmero mìnimo de dientes restantes plantea un reto interesante cada vez mayor debido a la introducciòn de implantes en el conjunto de recursos clìnicos (14).

PREPARACION DE LOS DIENTES PILARES

La preparación conveniente de los soportes tiene importancia fundamental, para lograr con buen éxito la reducción de las fuerzas (4).

Los dentistas no pueden tener un enfoque preconcebido o estereotipado al preparar los soportes. Cada caso exige un sistema individual y bien pensado para preparar el soporte (4).

Son varias las alternativas para considerar al preparar como soportes, dientes seleccionados para sobredentaduras.

ALTERNATIVAS DE UTILIZACION DE PIEZAS DENTALES REMANENTES COMO SOPORTES DE SOBREDENTADURAS

PIEZAS SIN TRATAMIENTO ENDODONTICO:

- Sin recubrimiento del domo: En piezas que se decide conservar para que sean soportes de una sobredentadura total y no presentan un tratamiento de conductos radiculares (2). Por lo que no se les efectuará el recubrimiento de la corona clínica. Se deberá de remover la menor cantidad de estructura dentaria sin poner en peligro la vitalidad pulpar, siguiendo hasta donde sea posible el contorno anatómico del reborde alveolar y a su vez de la cámara pulpar. Los domos en estos casos quedan muy grandes y podrían presentar sensibilidad (2).

Esto se deberá efectuar con una fresa de diamante o carburo de alta velocidad, la cual debe trabajarse con refrigeración de agua y aire (spray), dándole forma de domo a la pieza a tratar. Después de haber recortado toda la pieza, teniendo cuidado de que no queden aristas, socavados o posibles exposiciones de la cámara pulpar, deberá pulirse con una mezcla de pòmez y agua, a manera de hacer una masa cremosa y aplicarlas con una copa de hule para profilaxis (2).

La unión de la corona clínica con los tejidos gingivales debe ser fina sin aristas, ni tejido dentario irregular, pues irritarían el borde libre de la encía cuando la sobredentadura sea colocada en posición (2). Lord, fue el primero en decir que sin necesidad de efectuar un tratamiento de conductos radicular, se podía hacer un domo y luego colocar una prótesis total encima (2).

El inconveniente de este tratamiento es que no se evita el movimiento de torsión y torque, que se le imprime a la pieza por parte de la prótesis total debido a la altura y volumen excesivo del domo; periodontalmente va perdiendo el soporte óseo (2).

- Con recubrimiento metálico del domo: Al construir un domo de metal en piezas sin tratamiento de conductos radiculares, se debe tener en cuenta que no aumente el tamaño gingivo-incisal de la corona clínica lo que reduciría el espacio para la dentadura (2).

Se debe recortar la mayor cantidad de estructura dentaria sin dañar la pulpa. La forma que se le dará a la pieza será cónica, para lograr fricción para el colado futuro; el cual será convexo en su forma externa (2).

Debido a que se van a utilizar "metales preciosos", el grosor del domo debe tener un promedio de por lo menos 1 a 2 décimas de milímetro en toda su superficie (2).

Luego de tomar una impresión final, obtener un modelo mayor y un modelo menor, efectuar un tallado en cera con un grosor de 0.5 mm que cubra toda la pieza en su porción coronal, realizar un colado en material seleccionado (preferentemente en metal precioso), recortar, pulir y cementar el domo de metal (2).

PIEZAS CON TRATAMIENTO ENDODONTICO.

En piezas en que se ha decidido realizar un tratamiento de conductos radiculares, se efectuará la remoción total de la corona clínica hasta el nivel gingival. No deberán quedar aristas ni tejido irregular en la superficie de la pieza (domo) (2). La unión de la pieza (tejido duro) con la encía (tejido suave) deberá ser redondeada, la cual se debe pulir perfectamente al igual que toda la superficie de la pieza, con una mezcla de piedra pómez y agua (2).

La forma que debe dársele al domo es la de seguir el contorno anatómico de la encía (reborde alveolar) tanto en sentido buco-lingual como mesio-distal (2).

Luego de haber contorneado adecuadamente la pieza de soporte es necesario recubrirla para que sirva de tope rígido a la prótesis total que ahora se llamará sobredentadura (2).

Las diferentes alternativas para cubrir la corona varían una de otra de acuerdo a diversos aspectos como:

- Económicos
- Pronóstico periodontal y endodóntico
- Grado de destrucción del tejido dentario (caries).

- Piezas que se obturan con amalgamas: Podemos obturar la entrada del conducto radicular realizando una cavidad atípica para amalgama, siguiendo los principios básicos para cavidades de amalgama (2). El grosor del material de obturación debe ser de 1.5 a 2 mm. Debe tratarse la amalgama siguiendo el contorno anatómico del reborde alveolar y del domo. Después del cristalizado final de la amalgama, debe pulirse dejando la estructura dentaria y la amalgama con una sola continuidad perfectamente pulida (2).

La razón de lo anterior, es para que la prótesis total (sobredentadura) haga contacto con la superficie rígida y se mantengan las relaciones interoclusales estables la mayor cantidad de tiempo posible ayudando a conservar la dimensión vertical del paciente (2).

- Piezas que se obturan con metales: Otra manera de conservar un contorno rígido y estable con la sobredentadura y a la vez contornear una pieza que ha sido destruida por la caries, es confeccionar una estructura metálica (domo metálico) la cual se adapte perfectamente al domo dentario (2). Para esto es necesario tener un registro fiel de los contornos a obturar, lo que se logra tomando una impresión final o correctiva con material adecuado (elastómero, siliconas, etc). Posteriormente se obtendrá un colado que debe pulirse perfectamente que no debe tener un grosor de 1 a 2 décimas de milímetro debido a la abrasión que puede sufrir (2). Tampoco debe sobre-extenderse en los márgenes para no causar irritación gingival y recurrencia de caries (2).

Debe ser de una altura no mayor a 2 mm desde el nivel del borde libre de la encía a manera de eliminar la torsión de las piezas (2).

Cuando se utilizan domos metálicos, es preferible que la prótesis tenga una subestructura de metal.

- Subestructura de metal: La subestructura de metal que forma parte de la prótesis (cromo-cobalto) es necesaria para que exista un contacto metal-metal entre el domo metálico y la sobredentadura (2). Esto mantendrá una presión equilibrada en los distintos soportes, además de evitar que la sobredentadura se fracture, como sucede tan frecuentemente cuando el contacto es de metal-acrílico (2).

Los dientes que sirven de soporte para una sobredentadura, requieren eliminación completa o parcial de la corona clínica, para darle posteriormente la forma de domo; en consecuencia, el tratamiento de endodòncia es parte integral del método terapéutico con sobredentaduras (4).

El tratamiento endodòntico implica la extirpaciòn del tejido pulpar del diente, y el conducto radicular se obtura con un material o materiales que sean biocompatibles y que proporcionen un sellado hermético duradero del conducto; si ello se consigue, el diente permanecerà sano y funcional (4).

Es vano continuar los procedimientos endodònticos en un diente sòlo para encontrar, luego de concluir que el diente carece de hueso adècuado para soportar una sobredentadura; por lo tanto es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones endodònticas (4).

CONSIDERACIONES ENDODONTICAS EN LA RESTAURACION DE SOPORTES PARA SOBREDENTADURAS

Varios factores modifican el tratamiento de endodoncia en los soportes para sobredentaduras y son los siguientes:

Estado pulpar:

En dientes con pulpas vitales es posible iniciar y terminar en una visita el tratamiento de endodoncia. En dientes con pulpas necròticas y periodontitis apical, es preciso evitar el comienzo y la conclusiòn del tratamiento de endodòntico en una cita (4). Se sabe que en dichos dientes es muy alta la probabilidad de infecciòn endodòntica, y se aconseja colocar antimicrobianos entre las visitas antes de obturar el conducto radicular (4).

Tratamiento endodòntico previo:

En dientes con terapèutica de endodoncia e integridad cuestionable de los tejidos periapicales, es preciso efectuar un nuevo tratamiento endodòntico antes de preparar tales dientes como soportes de sobredentadura (4). Aun en dientes sin zonas radiolúcidas periapicales, siempre es preciso tener en mente el riesgo de infecciòn del conducto radicular por manipulaciòn coronal (4).

Estado periodontal:

Los efectos de la enfermedad y los procedimientos periodontales sobre la salud pulpar, son motivos de informe de controversia (4). Se sabe que la pulpa no sufre de manera importante, a menos que la placa bacteriana afecte todos los agujeros apicales pequeños principales sin embargo en dientes con enfermedad periodontal avanzada por apoyo òseo limitado y una proporciòn inadecuada corona-raiz, a menudo se requiere una reducciòn coronal ràstica para mejorar el pronòstico periodontal (4). Como resultado, es preciso anticipar y planear de antemano la obturaciòn endodòntica (4).

Secuencia del tratamiento:

En la preparación de soportes para sobredentaduras, siempre que sea posible, es ventajoso proseguir con la reducción coronal antes de iniciar con el tratamiento de endodoncia (4). El retiro de la corona clínica en vez de preparar un acceso endodóntico ordinario es muy útil cuando se trata de dientes muy restaurados, con cámaras pulpares calcificadas (4). En dichos dientes la reducción coronal no sólo permite acceso directo al espacio pulpar ; también se puede abatir entre las citas el peligro de fractura dental (4).

No obstante, si el diente soporta una prótesis, o su reducción coronal no es aceptable desde el punto de vista estético se debe efectuar un tratamiento endodóntico a través del acceso estandar, y se realiza la reducción de la corona al momento de colocar la sobredentadura(4).

Cuando la reducción coronal precede al tratamiento de endodoncia, ha de tenerse cuidado para dejar estructura dental suficiente, de tal manera que no obstaculice el aislamiento del diente con el dique de hule (4). Antes de iniciar cualquier procedimiento de endodoncia, es preciso efectuar la excavación completa de la caries, la restauraciones defectuosas y las estructuras dentales sin soporte, y valorar la posibilidad de restaurar el tejido dental residual (4).

Momento de la restauración:

Si un diente soporte está asintomático y se juzga que la restauración endodóntica es aceptable, se puede iniciar de inmediato la preparación para sobredentadura después de terminar el tratamiento de endodoncia (4).

Incluso si hay zonas periapicales radiolúcidas, no se obtiene alguna ventaja con posponer la preparación con sobredentadura, por que no se puede valorar el desenlace del tratamiento endodóntico; sino hasta que se siga al diente durante un periodo prolongado (4). Aunque en casi todos los casos se puede observar cierta resolución de las lesiones periapicales en radiografías de seguimiento a dos años de terminar el tratamiento de endodoncia, se requiere un intervalo mínimo de cuatro años de observación para poder establecer con certeza el resultado final del tratamiento endodóntico (4).

En general después de la terapéutica citada, se tratan los dientes como si fuera un hecho el resultado endodóntico exitoso. Por tanto es preciso programar un examen clínico y radiográfico anual del paciente, luego de concluir el tratamiento con sobredentaduras(4, 14).

Una vez que se seleccionaron los dientes como soportes potenciales de sobredentaduras y se han evaluado las consideraciones endodònticas, el siguiente paso importante consiste en evaluar su salud periodontal así como el estado de las coronas o raíces clínicas (4).

Esto es indispensable para determinar si son convenientes o si pueden hacerse adecuados como soportes al someterlos a un tratamiento apropiado . Muchos terapeutas recomiendan y reconocen de manera conveniente la importancia de las consideraciones periodontales por lo cual se describirán a continuación.

CONSIDERACIONES PERIODONTALES CON LOS SOPORTES DE SOBREDENTADURAS

Para evaluar la situación de los tejidos periodontales de soporte en la sobredentadura, es necesario iniciar un examen radiográfico y clínico detallado (4). El estudio clínico ha de registrar la presencia de inflamación gingival, las profundidades de sondeo (incluyendo la hemorragia con este), el ancho de la encía insertada, la afección de las furcaciones, la movilidad dental, así como el estado de la higiene bucal del enfermo. Las radiografías periapicales y de mordida han de formar parte del examen radiográfico. Este debe incluir la cantidad de hueso alveolar presente alrededor de las raíces, la proporción corona-raíz, la presencia de defectos óseos, las zonas radiolúcidas en las furcaciones, así como el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.

A menudo la evaluación endodòntica debe preceder a la periodontal si se anticipa la afección pulpar durante la preparación del soporte, o si el diente o la raíz seleccionado requiere tratamiento endodòntico. La razón es que, luego de la evaluación endodòntica es posible fijar la necesidad del tratamiento de endodoncia, pero si no se puede efectuar con buen éxito se tiene que eliminar el diente (4).

En un caso semejante hubiera sido inútil someter al diente o la raíz al tratamiento periodontal en especial la cirugía periodontal, antes de la evaluación endodòntica (4).

Conservación de la salud periodontal:

Uno de los factores principales en el buen éxito a largo plazo de una sobredentadura, es la conservación de la salud periodontal de sus soportes (4). El esfuerzo para conservar en estado de salud el periodonto depende tanto del dentista como del paciente (4).

El primero es responsable de: instruir al paciente sobre el uso de medidas convenientes para controlar la placa, informarles las consecuencias del abandono o la desobediencia y programar visitas de seguimiento con base en las necesidades de los pacientes, que han de registrar en cada visita relativo a su salud periodontal.

El enfermo tiene la responsabilidad de apegarse al régimen diario prescrito para el cuidado en casa y asistir a las citas programadas de revisión. Es necesario instruir al paciente en el cuidado de los soportes mediante una técnica de cepillado, usando un cepillo de cerdas suaves que pueden manipularse con facilidad alrededor de los soporte (4).

Según la altura y el contorno de cada soporte, a su vez la porción del diente o la raíz coronal al margen gingival requiere limpieza con un método horizontal de cepillado. es preciso utilizar una técnica para el surco a fin de eliminar la placa subgingival con un cepillo de cerdas suaves (4). Además antisépticos orales especialmente clorhexidina y adicionalmente medios físicos calientes.

Como no todas las personas presentan el mismo grado de habilidad, coordinación o destreza manuales, es necesario modificar el programa de cuidados en casa según las necesidades individuales para conseguir el control eficaz de la placa (4). No sólo se debe enseñar sino demostrar a cada paciente en el sillón, el uso de auxiliares adecuadamente selecciona dos para revelar la placa bacteriana (4).

En visita de seguimiento se debe efectuar en el paciente un examen periodontal detallado para revelar cualquier signo de enfermedad periodontal y valorar la suficiencia del paciente en el control de la placa (4). Cuando esté indicado, se ha de revisar el régimen de cuidados en casa y resaltar de nuevo su importancia; puede ser necesario realizar un raspado y alisado radicular y el pulido de los dientes, y se debe efectuar cualquier otro tratamiento que se considere adecuado, como tomar radiografías y prevención de caries.

Prevención de caries:

Si el paciente ha tenido caries y se encuentra sometido a ese riesgo entonces, se podría someter al paciente a un control de placa bacteriana y de dieta previamente a construirle la sobredentadura para disminuir la producción de caries (4).

PROCEDIMIENTOS CLINICOS

Los procedimientos clínicos para la elaboración de una sobredentadura son idénticos a los utilizados en una prótesis total convencional, pero se mencionarán brevemente algunas consideraciones técnicas para una sobredentadura.

La experiencia clínica ha mostrado que es esencial un ligero espacio alrededor del margen gingival, para evitar la sobrecarga de este sitio particularmente vulnerable, especialmente con las dentaduras mandibulares, ya que éstas parecen desestabilizarse con mayor facilidad que las maxilares (1).

Puesto que las sobredentaduras están apoyadas en dientes, la base de la prótesis superior no comprime los tejidos blandos, como ocurre con la base de las prótesis totales convencionales, y por lo tanto, necesitarán un sellado palatino posterior más fuerte para impedir la penetración de cantidades excesivas de saliva debajo de la parte posterior de la base de la dentadura (7).

Una técnica de prótesis completa bien ejecutada, logrará los objetivos que persiguen en el tratamiento de pacientes con sobredentaduras (1).

Finalizada la construcción de la prótesis debe instruirse al paciente, en los cuidados de higiene y mantenimiento que deben tener los tejidos que la soportan, para evitar posteriormente las secuelas que podrían sufrir estos tejidos por el uso prolongado de sobredentaduras

SECUELAS DE USO DE SOBREDENTADURAS

Se informa que las secuelas probables en quienes usan sobredentaduras totales son: la acumulación de placa bacteriana, inflamación gingival, incluyendo la hiperplasia gingival, la pérdida de la encía insertada, la formación de bolsas, la movilidad radicular, la pérdida ósea, la caries dental y el menoscabo de los soportes (4).

Además se observa una elevada incidencia de enfermedad periodontal alrededor de los soportes (4). La presencia de enfermedad periodontal, caries o ambas, se atribuye a una higiene bucal deficiente, a la falta de motivación y a las visitas poco frecuentes de seguimiento (4). Los terapeutas que recomiendan sobredentaduras están de acuerdo en que las prácticas adecuadas de higiene bucal y las visitas regulares de seguimiento con tratamiento correctivo cuando está indicado son muy importantes para el buen éxito a largo plazo de las sobredentaduras(4)

PROTESIS TOTAL Y SU MANTENIMIENTO

PROTESIS TOTAL: Es un aparato que reemplaza los dientes naturales de una o ambas arcadas y sus estructuras asociadas, por medios artificiales (2).

En una sobredentadura, básicamente en lo que se refiere al aparato protésico, necesita los mismos cuidados de limpieza que para una prótesis total convencional. No así para los tejidos bucales del paciente que soportan la sobredentadura.

MANTENIMIENTO: La higiene de los aparatos de prótesis es una parte de la higiene personal (12). Se debe explicar a los pacientes que la limpieza tiene por objeto eliminar los detritus fermentescibles e impedir la formación de masas bacterianas y el depósito de sales calcáreas, y tal vez otras (12). Es conveniente que cada paciente desarrolle un hábito higiénico, separando la limpieza de la boca y de la dentadura (12).

Limpieza de la boca:

Cubre a su vez dos partes. Los enjuagatorios y la limpieza a fondo. Un enjuagatorio después de cada comida es un hábito importante, puede ser simplemente agua corriente o adicionada de un elixir que no necesita ser desinfectante, completado con el enjuague de los aparatos bajo el agua (12).

Es conveniente el cepillado de la mucosa cubierta por los aparatos, donde puede admitir sele, además de facilitar la limpieza a fondo, una acción estimulante similar a la del cepillado sobre la encía en los dentados (12). Terminando así la limpieza de la boca pasar a la limpieza de la prótesis.

Limpieza de la prótesis:

Los materiales para bases de prótesis y los dientes artificiales acumulan depósitos sobre sí, de la misma manera en que lo hacen los dientes naturales. Los detritus blandos que se adhieren a la prótesis pueden removerse fácilmente con un ligero cepillado y enjuague (8).

Los depósitos duros y las manchas, como las que produce el alquitrán del tabaco, son más difíciles de remover. Para eliminar tanto las manchas como los cálculos se utiliza el repulimiento profesional de las prótesis (8).

Los principales métodos de limpieza para prótesis son: química y mecánica (12).

Limpieza química: Los agentes de limpieza protésicos se venden generalmente en polvo (12) Los cinco tipos principales de limpiadores para prótesis para ser utilizados en forma casera son: 1)- Perboratos alcalinos, 2)- Peróxidos alcalinos, 3)- Hipocloritos alcalinos, 4)- Ácidos diluidos, 5)- Polvos y cremas abrasivos (8). En su mayoría contienen compuestos alcalinos fuertes, detergentes y algún saborizante (12).

Uno de los detergentes, el perborato de sodio combinado con algunos álcalis (fosfatos) disueltos en agua, produciría una solución alcalina de agua oxigenada. Esta, en contacto con restos alimentarios o de mucina, desprenderían burbujas de oxígeno (12).

Los álcalis serían, según los mismos autores fosfatos, carbonatos y silicatos; pero sólo la alcalinidad cáustica (ph 8.5) por lo menos es limpiadora efectiva. Una pequeña cantidad de detergente sintético ayuda su penetración y acción (12).

El Council on therapeutics de la A.D.A (1966) aconseja la siguiente fórmula dentrífica: fosfato trisódico 120 g y aceite de canela 0.30cc. disolver la cuarta parte de una cucharada en un vaso de agua. Usar con cepillo, no dejar el aparato por la noche en esta solución (12).

Otra tècnica de limpieza efectiva requiere la inmersiòn en una soluciòn de una parte de hipoclorito de sodio al 5% en tres partes de agua, seguida de un ligero cepillado (8). Ademàs de la anterior, otra tècnica para limpieza de pròtesis de plàstico consiste en una inmersiòn ocasional, por la noche, en una soluciòn de una cucharada de hipoclorito (como clorox) y dos cucharadas de un fosfato vitreo (como calgon) en medio vaso de agua (8).

La inmersiòn de las pròtesis no debe hacerse nunca en agua caliente ya que el calor puede hacer que el plàstico se distorsione (8).

Tambièn son agentes quìmicos, algunos elementos de los que integran los dentifricos como el jabòn, que disuelve las grasas.

Debe agregarse a la lista de limpiadores caseros, muy favorecidos por algunos pacientes. El vinagre es un limpiador casero de importancia, especialmente por acciòn desincrustante . Este se aconseja para eliminar las manchas y depòsitos calcàreos (sarro), bañar las pròtesis en vinagre blanco puro durante 15 minutos. Si esto se hace regularmente, las manchas

se quitan fàcilmente sino, serà necesario dejarlas en vinagre por mäs tiempo (12). El agua lavandina es excelente desincrustante y desodorante; su uso abusivo puede decolorar las bases (12).

Limpieza mecànica:

Es la fundamental. El mäs importante instrumento de limpieza es un cepillo para pròtesis conviene utilizar al mismo tiempo un jabòn o bicarbonato de sodio y deben excluirse los abrasivos fuertes (piedra pòmez, puloil), por su acciòn de desgaste (12). Los cepillos limpia pròtesis es conveniente que sean de cerdas mäs bien duras, aunque no excesivamente para disminuir la abrasividad (12).

La forma comun de cepillos de dientes, así como cepillos pequeños de uñas suelen servir, conviene llenar un recipiente de agua o bien poner una toalla en el fondo y cepillar encima para que el aparato no se rompa si se escapa de las manos (12).

Deben cepillarse todas las superficies de la prótesis con un movimiento circular pequeño y en orden para no dejar detritus de ninguna clase y, empuñarlas de manera que se evite el riesgo de quebrarlas (12). Terminada la limpieza de las prótesis y sobre todo por las noches, es aconsejable guardar las prótesis en una cajita reservada para este menester (por ej: una jabonera de plástico) o bien envolverlas en un pañuelo o simplemente en papel, para mantenerlas al alcance de las manos (12).

Repulimiento profesional de las prótesis:

Es una técnica que sigue la misma secuencia recomendada para el acabado y pulimiento inicial de los materiales para bases de prótesis. La técnica puede alterar la superficie de una prótesis de plástico apreciablemente si se aplica mucho vigor o se efectúa muy a menudo, debido a que las bases plásticas tienen relativamente poca resistencia a la abrasión, por lo tanto esta técnica no es práctica para un mantenimiento diario (8).

HIGIENE Y MANTENIMIENTO DE LA SOBREDENTADURA

Los pacientes deben ser instruidos previo a la entrega de las sobredentaduras, de la forma que deben emplear para realizar una correcta higiene de su boca, la cual posee pocas piezas y que es de mucha importancia conservarlas el mayor tiempo posible (2).

Cuando el paciente no puede eliminar fácilmente la placa bacteriana, existe el peligro de caries en los dientes subyacentes (7). Algunos enfermos saben mantener una buena higiene bucal, en tanto que otros necesitan cuidados dentales adicionales (7). El paciente debe estar bien motivado para mantener la fase de higiene de la atención periodontal (1). Porque una vez que se coloca la sobredentadura, disminuye de manera drástica la estimulación y limpieza naturales del tejido que rodea los soportes (4).

El cubrimiento de los dientes y los tejidos gingivales con sobredentaduras no mantiene un medio bucal libre de placa. Por lo tanto, aunque, no sorprende, la experiencia clínica con sobredentaduras revela una frecuencia significativa de caries y enfermedad gingival alrededor de los

pilares, ya que es difícil conservar los dientes soportes en estado conveniente de salud periodontal debido a la acumulación de placa (1). El cepillo dental no basta para penetrar el surco gingival donde se acumula la placa (4, 1).

Se sugieren muchas técnicas para limpiar las superficies radiculares y sus tejidos periodontales inmediatos. Se incluyen las gasas, el hilo, los palillos de dientes, y los estimuladores de caucho (4,2). Pero mientras más extenso sea el instrumental que el paciente tenga que usar menos apto será para utilizarlo (4).

Los pacientes requieren un método simple pero a la vez eficaz para limpiar el surco alrededor de los soportes de las sobredentaduras.

La limpieza meticulosa una vez al día basta para conservar el estado de salud (4).

Los investigadores coinciden en que son tres los factores que deben tomarse en cuenta para proporcionar un programa de mantenimiento a los pacientes que utilizan sobredentaduras:

ENFASIS SOBRE LA HIGIENE BUCAL:

El paciente debe comprender de manera cabal la importancia del cuidado en casa (4,7). Con la ayuda de modelos de yeso se le puede explicar la función del hueso para soportar los dientes. Los pacientes pueden observar que sucede al hueso una vez que se extraen los dientes, cuando el dentista explica lo anterior con un auxiliar visual. Los pacientes deben darse cuenta que es su última oportunidad para conservar un vestigio de sus propios dientes y que la higiene meticulosa es fundamental para conservar la salud de la boca (4,7).

Se alienta a las personas para que duerman sin la prótesis durante la noche, ocho horas como mínimo a fin de que los tejidos bucales descansen y se obtenga un baño y estimulación naturales por la saliva y la lengua.

USO DE FLUORUROS:

En la higiene oral de sobredentaduras es importante usar fluoruros líquidos o en gel (4).

Fluoruro líquido:

Fluoruro de sodio al 1%, este debe aplicarse a la parte basal o interna de la prótesis (sobredentadura), con un hisopo, principalmente donde el acrílico u otra estructura de la prótesis esté en contacto con las raíces que se han conservado: luego la prótesis se coloca en la boca y se deja ahí durante su uso (2,7,1,4).

Fluoruro en gel:

Fluoruro estañoso al 0.4%. La experiencia extensa con la aplicación del gel de fluoruro, en pacientes jóvenes con paladar hendido y susceptibles a la caries, apoya este consejo el gel es aplicado por el propio paciente, utilizando la sobredentadura como cubeta, entonces se coloca la prótesis en la boca sin enjuagar. El gel fluoruro estañoso ayuda a disminuir la cantidad de bacterias en el surco gingival. También permite el incremento en la protección superficial contra la caries recurrente.

Se explica al paciente la utilización diaria del gel por un mínimo de cinco años, así como por qué es indispensable que siga un programa de visitas de revisión (4,7,1).

PROGRAMAS DE VISITAS DE CONTROL:

La cooperación y obediencia del paciente ante las instrucciones, determinan la frecuencia de sus visitas de seguimiento. Una higienista dental sigue el avance de las personas con sobredentaduras , refuerza las instrucciones de cuidados en casa , provee tratamiento profiláctico sistemático y averigua el uso y abastecimiento de fluoruros (2,7,4,1).

Si la situación justifica la opinión del odontólogo, la higienista programa un cita conveniente. La visita de revisión brinda la oportunidad de reforzar las instrucciones para el cuidado en casa, así como seguir el cumplimiento por el paciente (2, 7.4.1).

También se puede observar y evaluar la función, la comodidad, el ajuste y la oclusión de los aparatos. Además se registra la salud periodontal y la actividad cariosa.

Es preciso escribir con detalle, todas las instrucciones verbales y se dan al paciente colocando una copia en su expediente dental. Las pastillas reveladoras son útiles en ciertos casos para ayudar a que el individuo efectúe técnicas convenientes de higiene (2, 7, 4,1).

Si el dentista toma las medidas necesarias para vigilar estos factores, el tratamiento con sobredentaduras puede ser una parte agradable y segura del servicio que brinda a sus pacientes (7).

El dentista debe controlar el diseño, la preparación y la conservación de la sobredentadura para que su tratamiento sea exitoso (7).

ESTUDIOS LONGITUDINALES

La valedera preocupación de los dentistas en cuanto a retener los dientes de sus pacientes ha llevado a un verdadero interés en el concepto de la sobredentadura (1). La investigación actual parece respaldar la versión de que las sobredentaduras son una opción efectiva a la terapèutica convencional con dentaduras completas y se asegura su uso en la pràctica rutinaria. Sin embargo la misma naturaleza del diseño de la sobredentadura y su relación con la placa bacteriana debe estar siempre en mente; si es que èsta excelente modalidad de tratamiento va a desarrollar su potencial cabal (1).

METODOLOGIA

Se revisaron dos mil doscientas fichas clínicas de pacientes integrales atendidos durante cinco años, en las cuales se identificaron los tratamientos realizados con sobredentaduras. Posteriormente se procedió a citar a los pacientes por vía telefónica, telegramas y cartas.

De los veintiún pacientes examinados, ocho casos clínicos perdieron su condición de sobredentadura, a este grupo de pacientes se les registró en la parte UNO y CUATRO de la ficha, por lo tanto pasaron a formar parte del grupo de pacientes en los cuales el tratamiento fracasó.

Los trece pacientes restantes que aún utilizan su sobredentadura se registran en la ficha clínica en la parte UNO, DOS y TRES, y a ellos se les realizó la evaluación que a continuación se describe:

Procedimiento de evaluación clínica:

Por cada paciente se utilizó una ficha clínica en donde se anotaron sus datos generales y la fecha de entrega de la sobredentadura.

Posteriormente se realizó la evaluación clínica utilizando para ello el instrumental y el equipo adecuado. Primero se realizó una evaluación extraoral de cara, cuello y Articulación temporomandibular que consistió en una inspección visual y palpación de dichas estructuras. Luego se efectuó una evaluación intraoral que consistió en inspección visual y palpación.

En la inspección visual se examinaron las estructuras anatómicas internas, los dientes de soporte, asimismo, el estado periodontal, placa bacteriana, cambios de color y contorno de la encía que rodea las piezas dentales y la presencia de fistulas en las mismas.

En la palpación fueron evaluadas las siguientes estructuras: mucosa interna de carrillos y labios, el paladar duro y blando, lengua, piso de la boca, rebordes residuales superior e inferior buscando áreas de dolor, exudado y movilidad dentaria.

Terminada la evaluación anterior se procedió a evaluar la integridad física de la restauración del diente. Se examinó la superficie y márgenes de la misma, en busca de deficiencias y caries.

Seguidamente se realizó la evaluación periodontal. Se midió el surco de la encía libre en busca de bolsas y presencia de cálculos.

Luego se tomaron radiografías a las piezas dentales para observar la presencia o ausencia de áreas roentgenolucidas, roentgenopacas, además modificación en la altura de la cresta alveolar, fractura radicular y ensanchamiento del ligamento periodontal.

Terminada esta evaluación se examinó la integridad física de las dentaduras que incluyó:

la presencia o ausencia de dientes artificiales superiores e inferiores, reparaciones, fracturas, extensión de faldones, decoloración de la base y sellado palatal posterior.

Finalmente se evaluó la retención, estabilidad y soporte de la sobredentadura.

Terminado el trabajo de campo se procedió a tabular los datos, se hizo un análisis de los resultados y se procedió a presentarlos por medio de gráficas y diagramas.

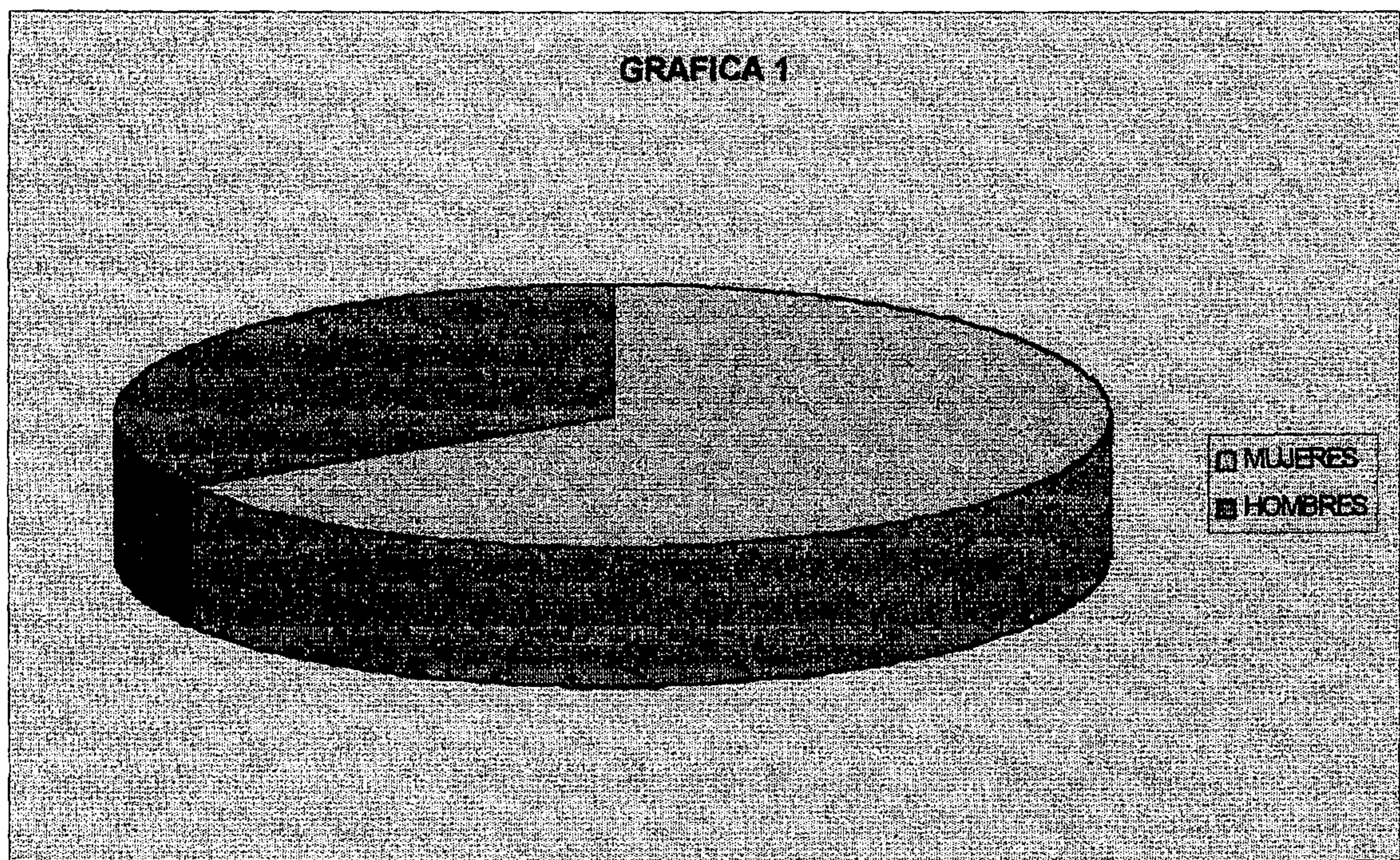
PRESENTACION DE RESULTADOS

PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados de este estudio se muestran en doce gráficas. De la gráfica número uno a la número cinco se muestran datos relativos a la edad, sexo, integridad física de la prótesis y el porcentaje de pacientes que se extrajeron las piezas de soporte. En estas gráficas se incluyen los veintiún pacientes identificados con tratamientos de sobredentaduras.

En estos resultados se observó que ocho pacientes se extrajeron los dientes de soporte y convirtieron su sobredentadura en prótesis total convencional. Los trece pacientes restantes aún conservaban en su tratamiento la condición de sobredentadura; ese grupo de personas forman el cien por ciento de los datos que se muestran de la gráfica número seis a la gráfica número doce.

PORCENTAJE SOBREDENTADURA ELABORADAS DURANTE CINCO AÑOS DE ACUERDO AL SEXO, REALIZADAS A PACIENTES EN LA CLINICA DE LA FACULTADA DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS. ATENDIDOS DE 1991 A 1995

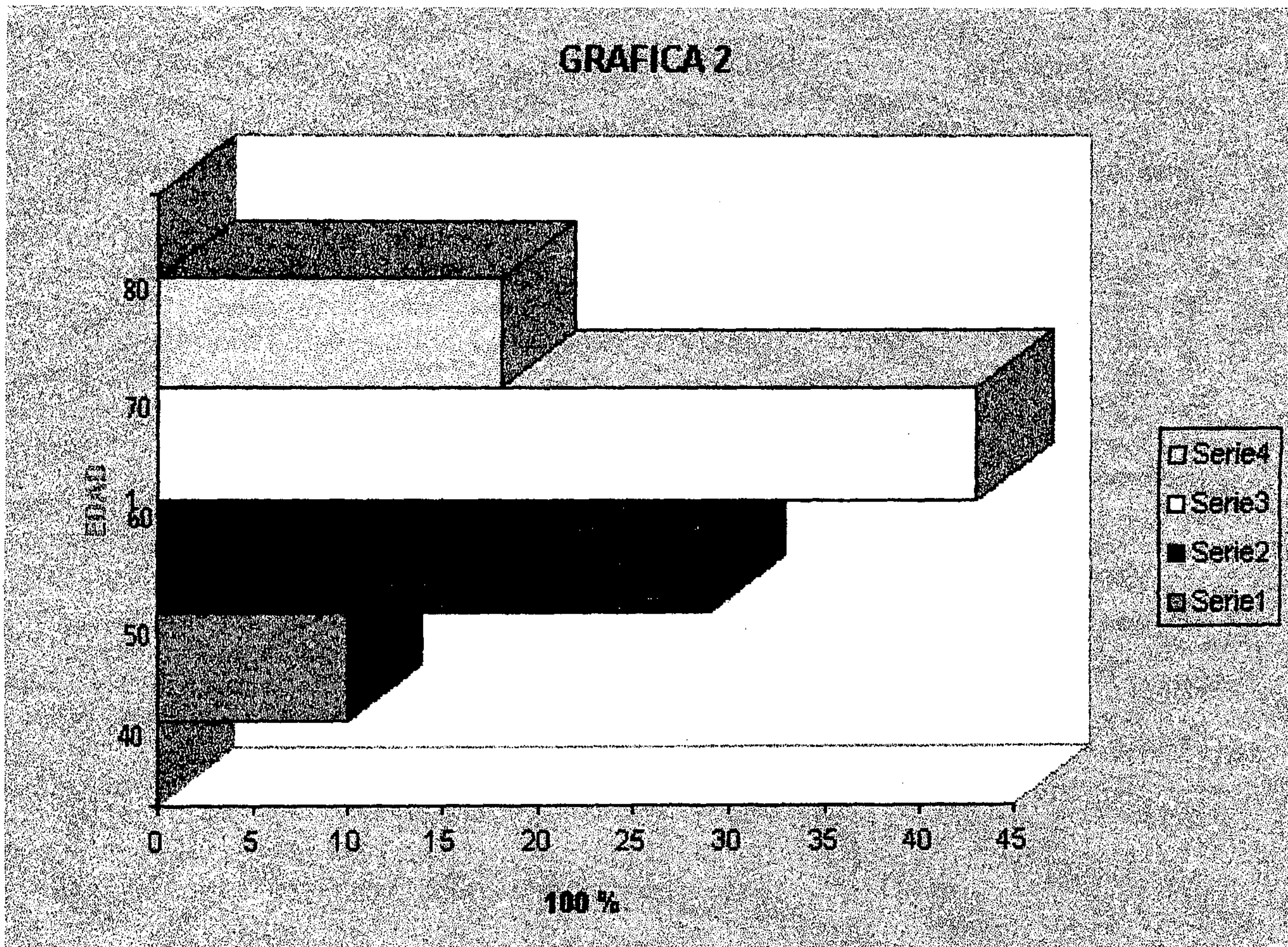


MUJERES 66 %

HOMBRES 34 %

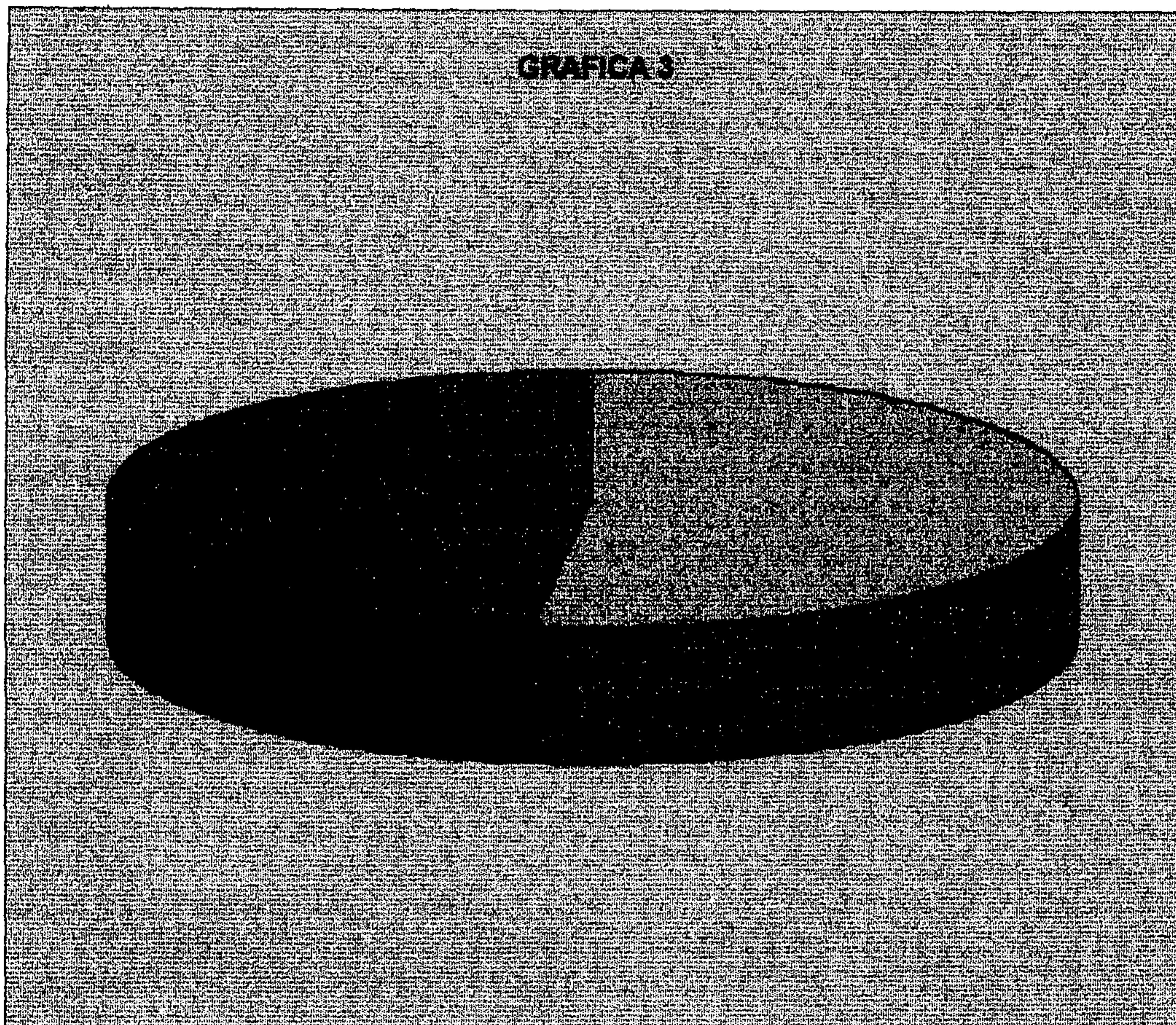
FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA.

POCENTAJES DE SOBREDENTADURAS CONSTRUIDOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, EN UN PERIODO DE 5 AÑOS Y DISTRIBUIDAS A LA EDAD DEL PACIENTE



FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA.

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO DE SOBREDENTADURAS Y QUE POSTERIORMENTE SE EXTRAJERON LAS PIEZAS DE SOPORTE, ATENDIDOS EN LA CLINICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA DE 1991 A 1995.

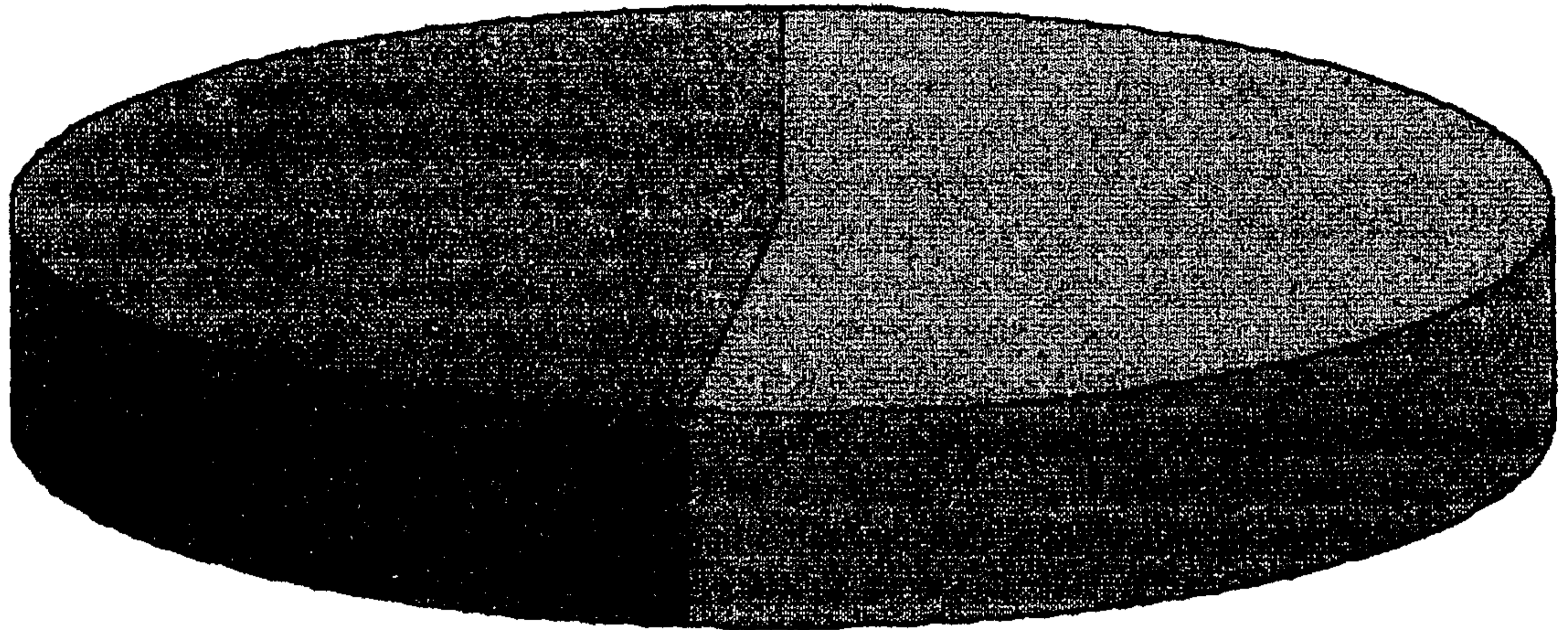


EL 48 % DE LOS PACIENTES EXTRAJERON LAS PIEZAS DENTALES DE SOPORTE, LA SOBREDENTADURA SE CONVIRTIO EN UNA PROTESIS TOTAL CONVENCIONAL.
EL 52 % DE PACIENTES TIENEN PRESENTES LAS PIEZAS DE SOPORTE PERO, LAS MISMAS SE ENCUENTRAN EN DIFERENTES CONDICIONES DE DETERIORO

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA.

INTEGRIDAD FISICA DE LA SOBREDENTADURA DE 21 PACIENTES EVALUADOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. ATENDIDOS DE 1991 A 1995.

GRAFICA 4

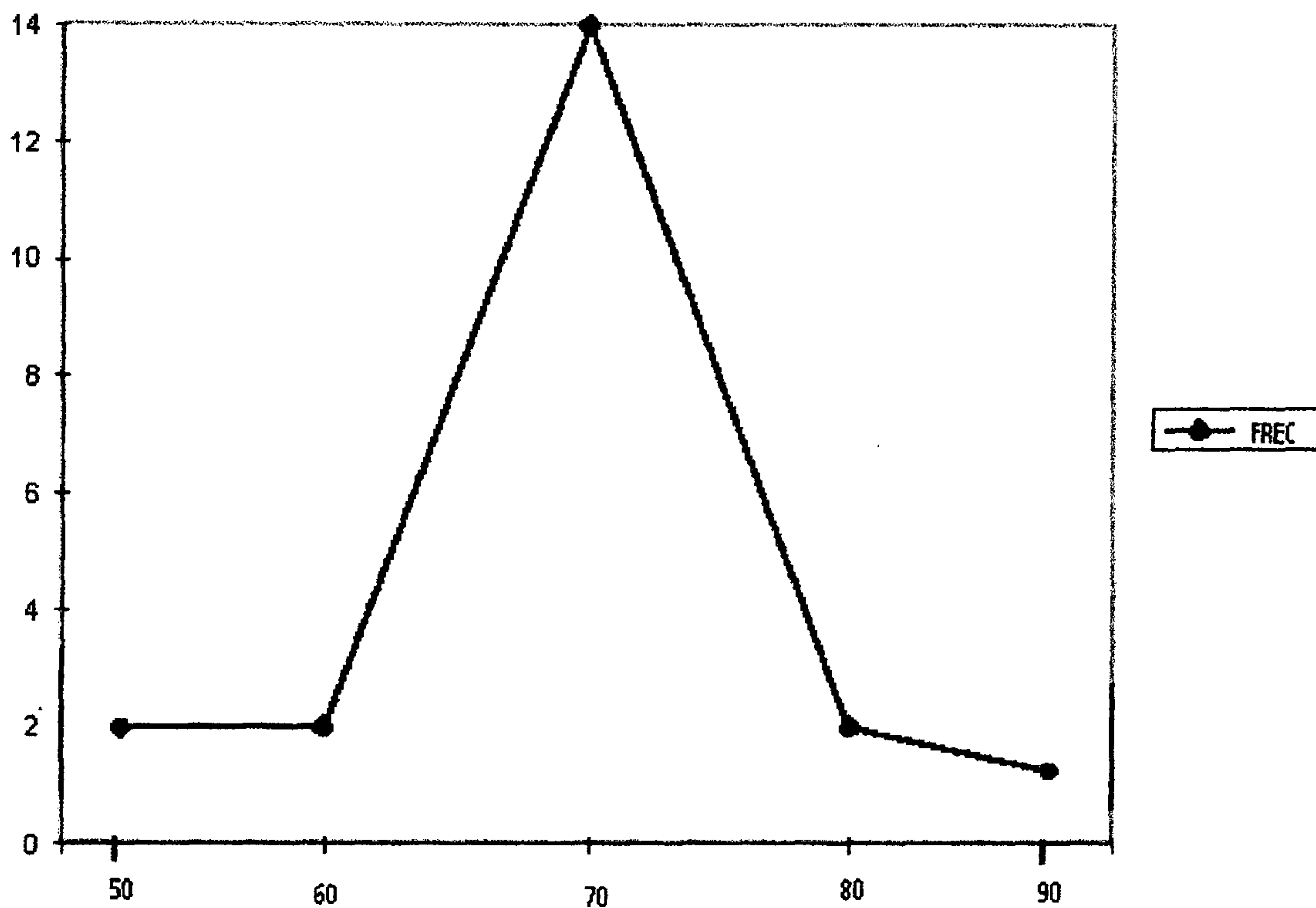


EL 48 % DE LAS PROTESIS PRESENTARON ALTERACION EN LA INTEGRIDAD FISICA, SE CONVIRTIO EN UNA PROTESIS TOTAL CONVENCIONAL.
EL 52 % CONTINUA SIENDO SOBREDENTADURA.

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE EDAD DE 21 PACIENTES QUE RECIBIERON SOBREDENTADURA, CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995

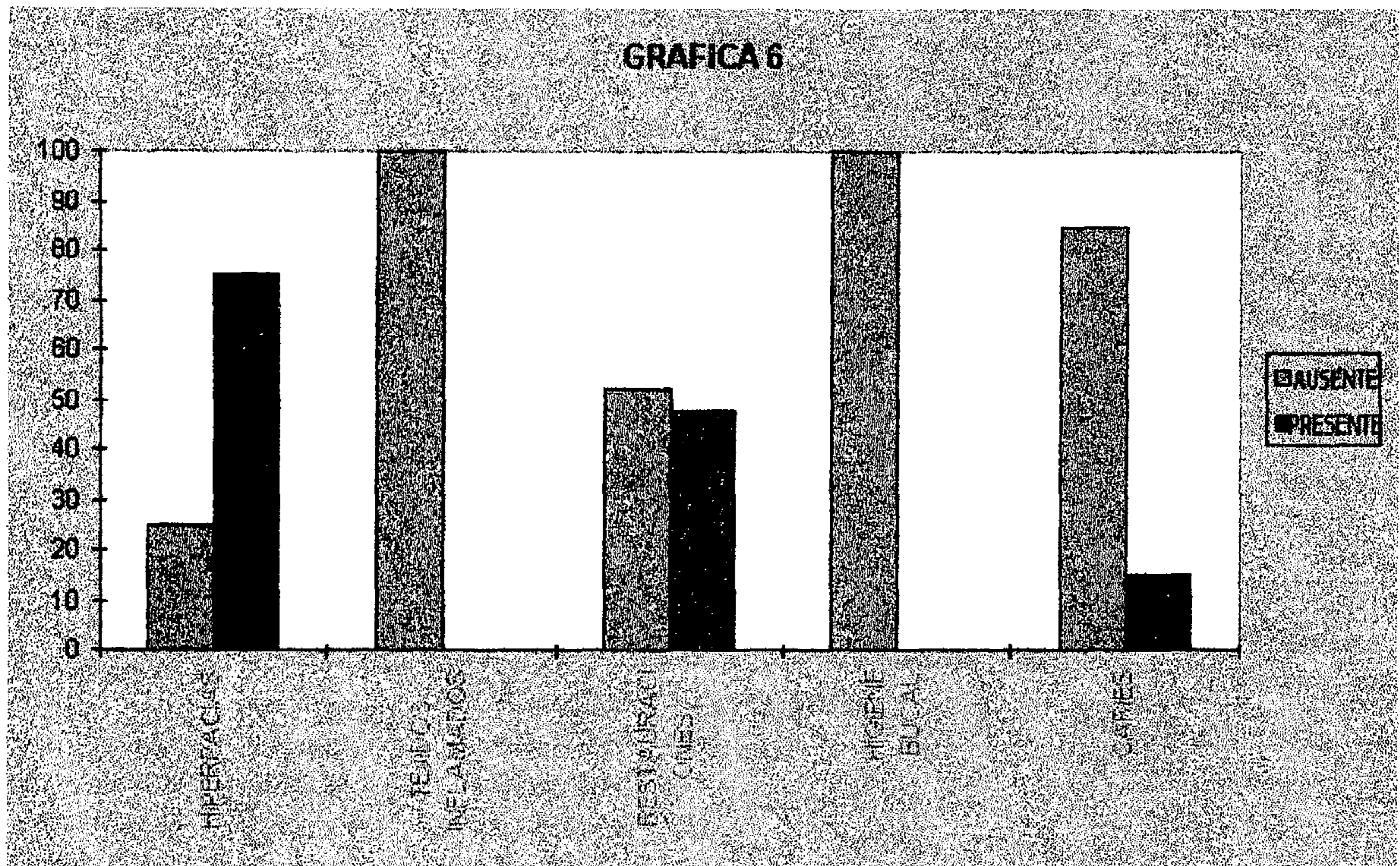
GRAFICA 5



ENTRE LAS EDADES DE 0 A 50 AÑOS SE ENCONTRARON 02 PACIENTES
ENTRE LAS EDADES DE 50 A 60 AÑOS SE ENCONTRARON 02 PACIENTES
ENTRE LAS EDADES DE 60 A 70 AÑOS SE ENCONTRARON 14 PACIENTES
ENTRE LAS EDADES DE 70 A 80 AÑOS SE ENCONTRARON 02 PACIENTES.
ENTRE LAS EDADES DE 80 A 90 AÑOS SE ENCONTRO 01 PACIENTE

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA.

HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS EN LA INSPECCION VISUAL DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DE 13 PACIENTES QUE UTILIZAN SOBREDENTADURAS CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995

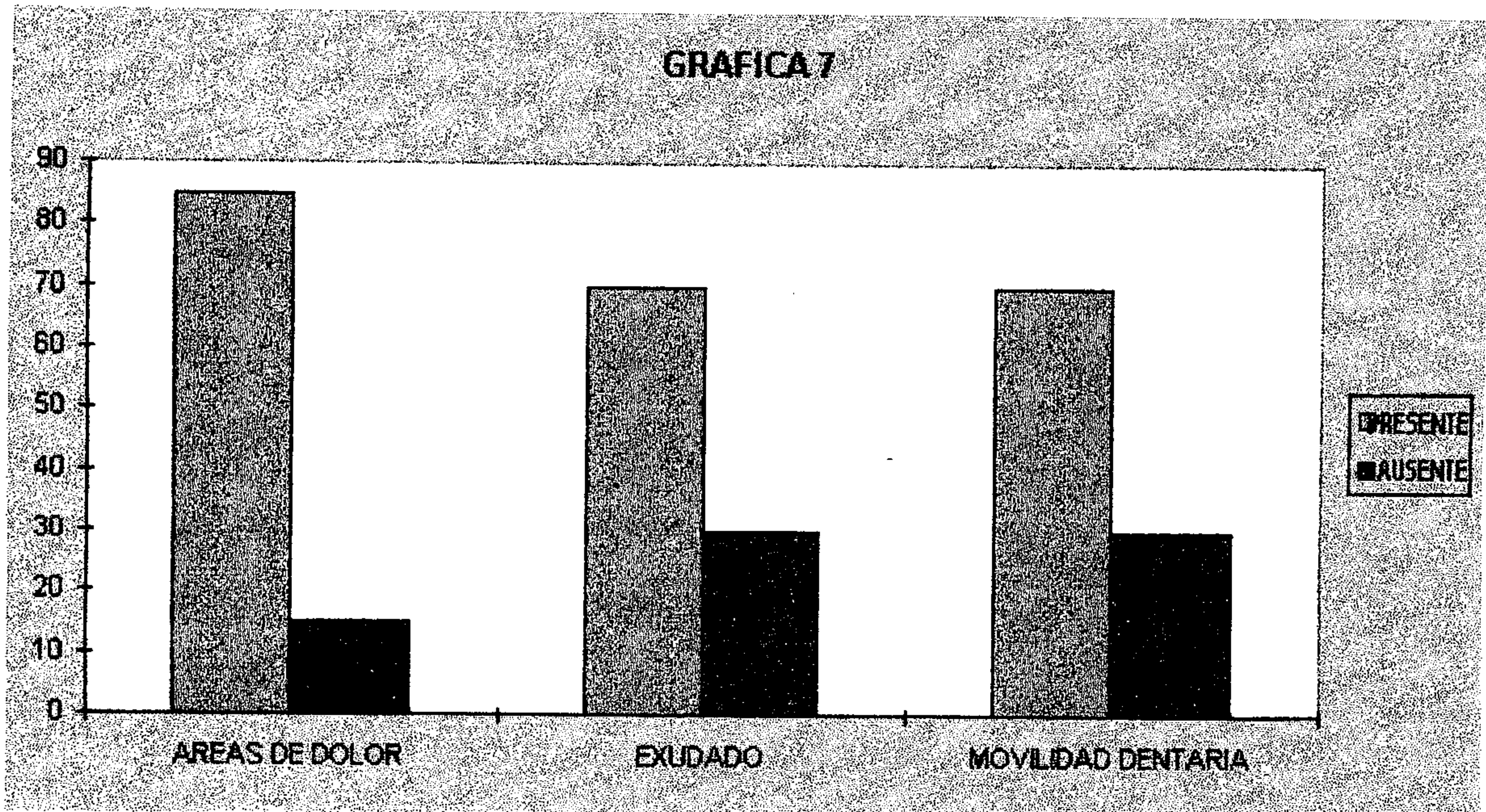


EL PORCENTAJE MAS ALTO 100 % CORRESPONDE A LA PRESCENCIA DE TEJIDOS INFLAMADOS Y AUSENCIA DE HIGIENE BUCAL.

EL PORCENTAJE MAS BAJO CORRESPONDE A LA AUSENCIA DE CARIES EN UN 15 %

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA.

HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS EN LA PALPACION DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE DE 13 PACIENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995

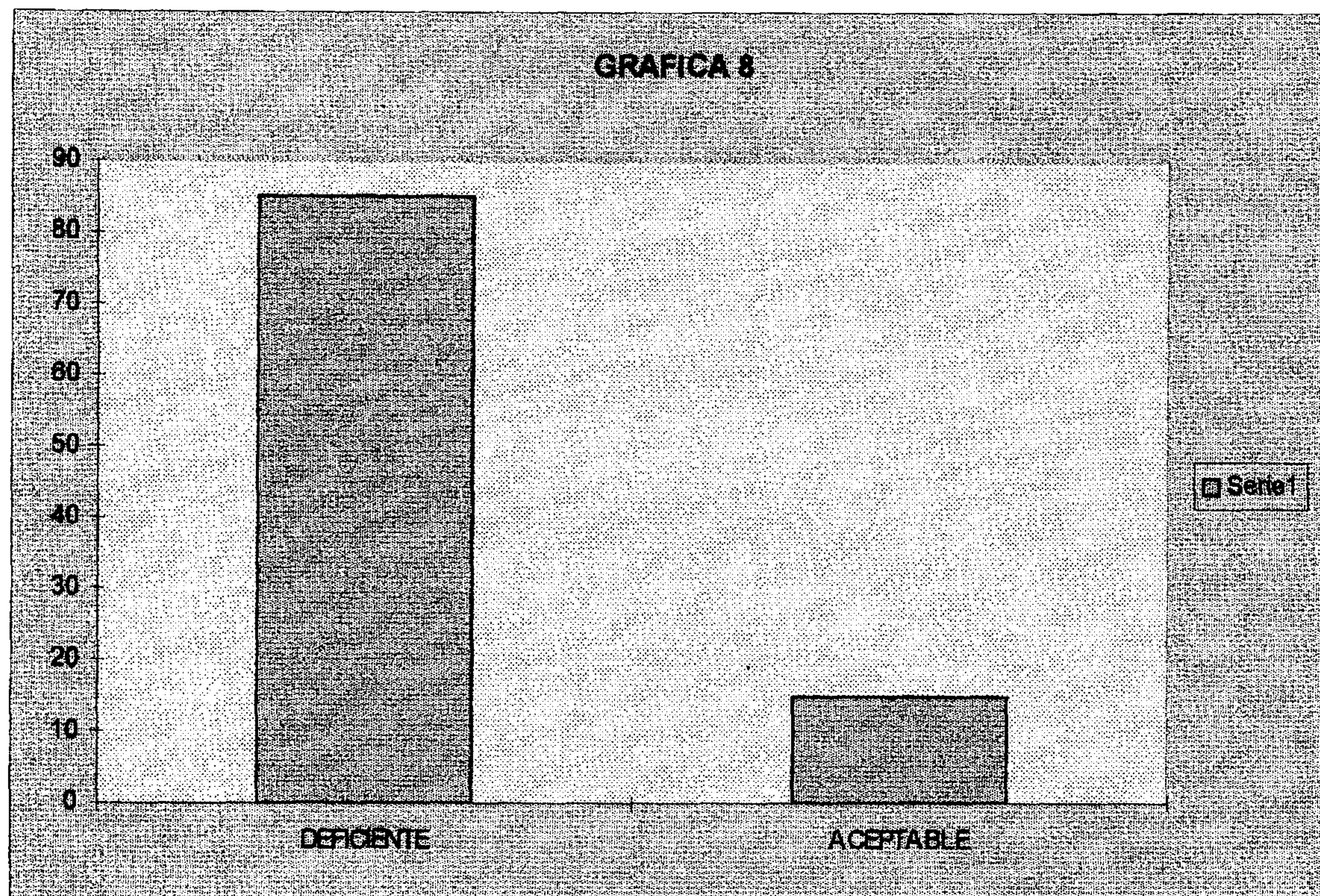


EL 85 % DE LOS PACIENTES PRESENTAN AREA DE DOLOR.
EN SIMILAR PORCENTAJE PRESENTAN EXUDADO Y MOVILIDAD DENTARIA

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA.

INTEGRIDAD DE LA RESTAURACION DEL DOMO, DE 13 PACIENTES EVALUADOS QUE UTILIZAN SOBREDENTADURAS CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995

INTEGRIDAD DE LA RESTAURACION

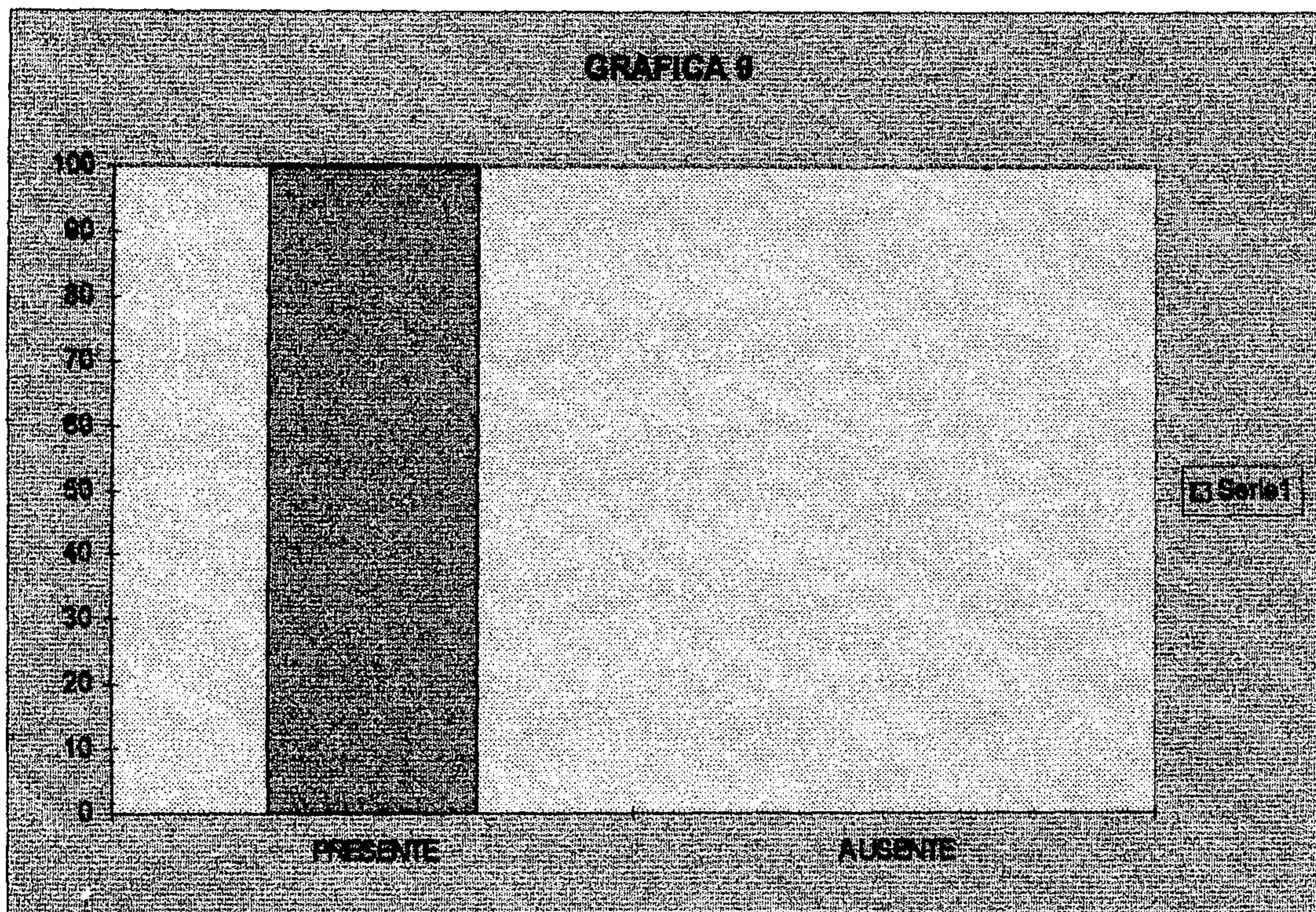


LAS RESTAURACIONES PRESENTES SE ENCONTRARON DEFICIENTES EN UN 85 % Y ACEPTABLES EN UN 15 %

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA

CONDICION DE SALUD PERIODONTAL DE 13 PACIENTES QUE UTILIZAN SOBREDENTADURAS CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995

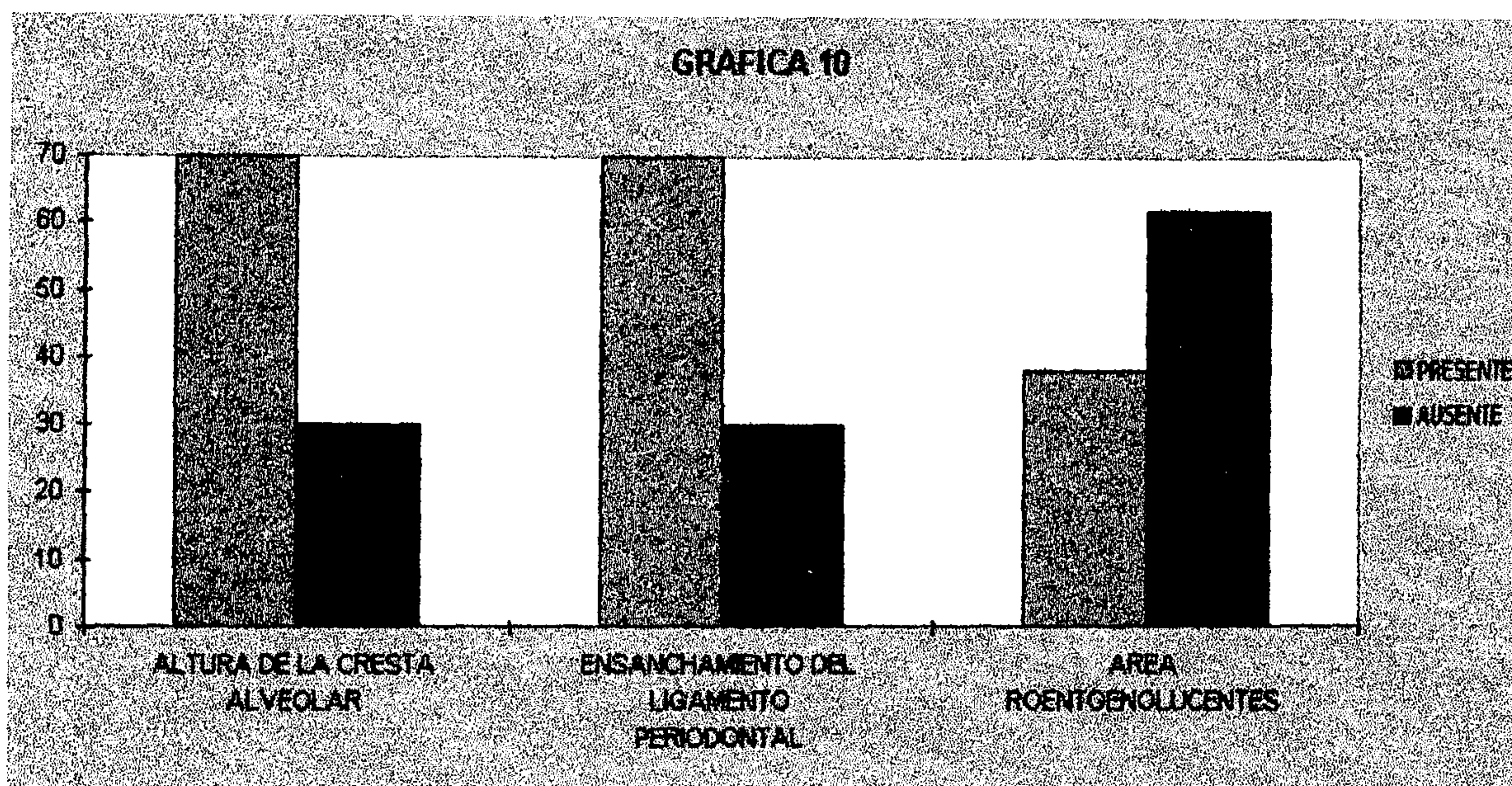
ENFERMEDAD PERIODONTAL



EL 100 % DE LOS PACIENTES EVALUADOS PRESENTO ENFERMEDAD PERIODONTAL

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA

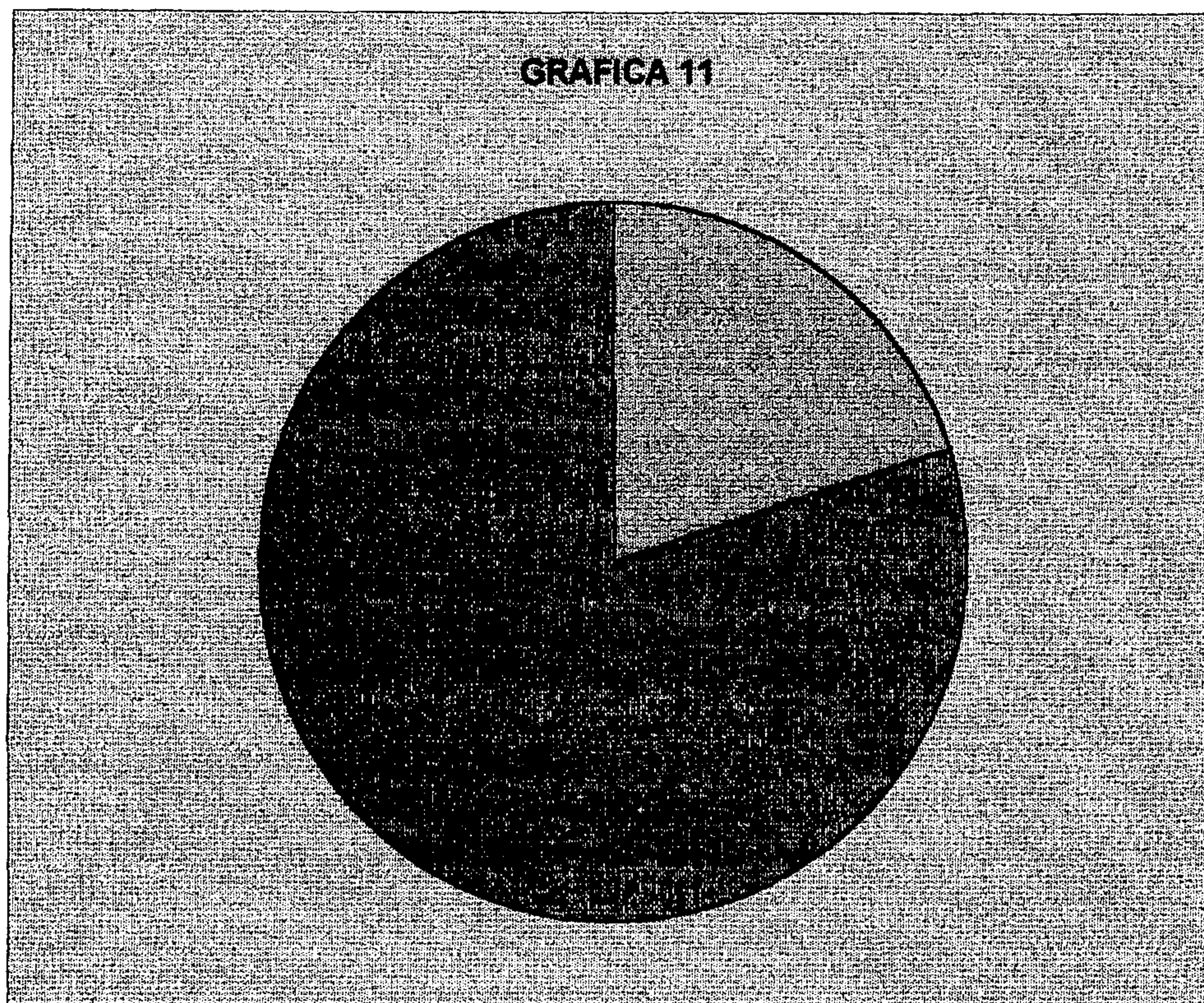
HALLAZGOS CLINICOS ENCONTRADOS EN LA EVALUACION RADIOGRAFICA REALIZADA EN 13 PACIENTES QUE UTILIZAN SOBREDENTADURAS, CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995



SE PRESENTO MODIFICACION EN EL NIVEL DE LA ALTURA DE LA CRESTA OSEA EN UN 70 % DE LOS PACIENTES EVALUADOS, ASI TAMNBIEN ENSANCHAMIENTO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL EN EL MISMO PORCENTAJE., ADEMAS SE ENCONTRO PRESENCIA DE AREAS ROENTGENOLUCENTES VECINAS A LAS PIEZAS DENTALES EN UN 38 % DE LOS PACIENTES EVALUADOS.

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA

PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON SOBREDENTADURA SUPERIOR,
INFERIOR, CONSTRUIDAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE
SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995



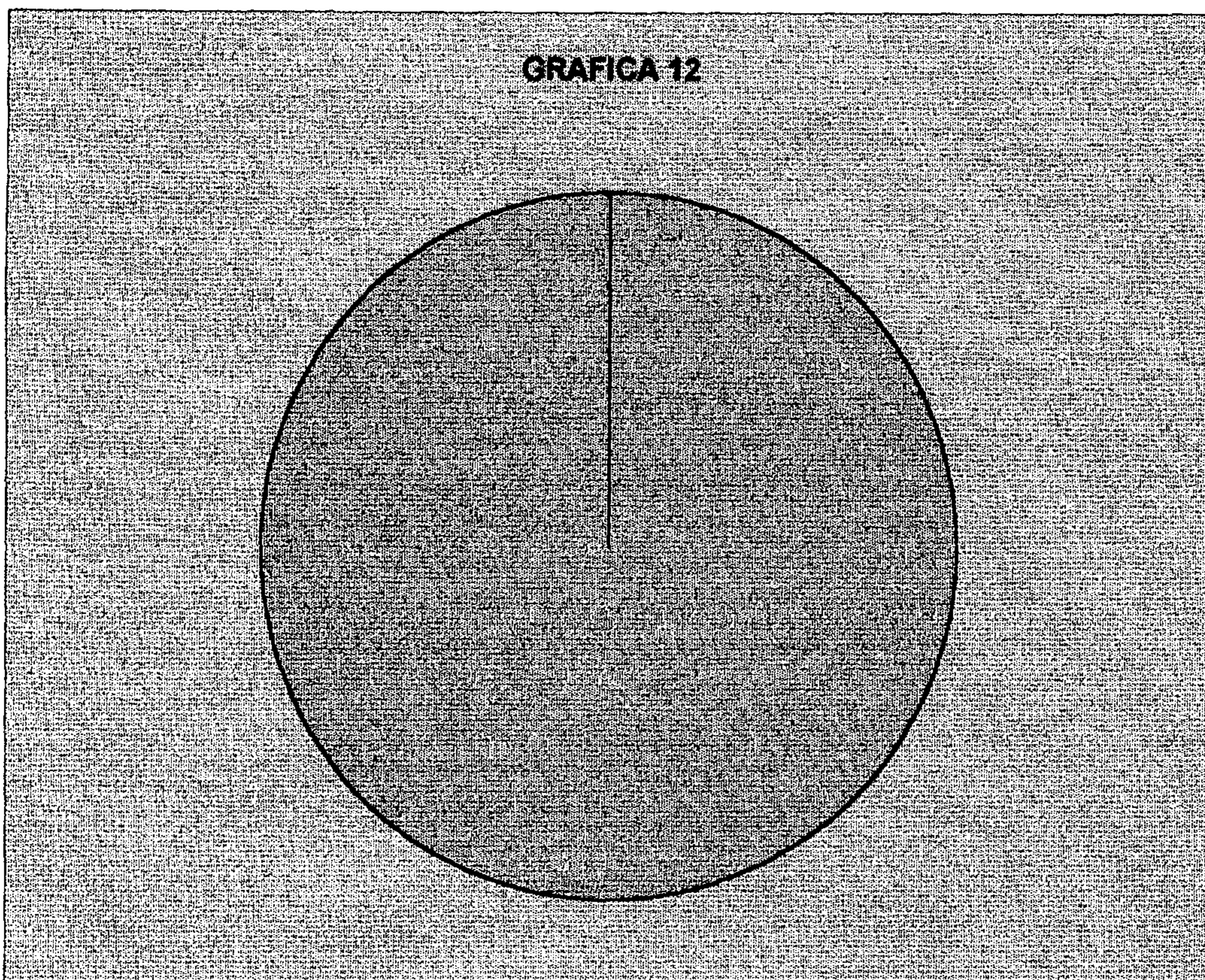
20 % SOBREDENTADURA SUPERIOR

80 % SOBREDENTADURA INFERIOR

NINGUN PACIENTE PRESENTO AMBAS SOBREDENTADURAS

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS
MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE
DENTADURA

EVALUACION DE LA SOBREDENTADURA EN BOCA, REALIZADA EN 13 PACIENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ATENDIDOS DE 1991 A 1995



SE ENCONTRO DEFICIENTE LA RETENCION, ESTABILIDAD Y SOPORTE DE LAS PROTESIS EN EL 100 % DE LOS CASOS EVALUADOS

FUENTE: DATOS RECOLECTADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO, EFECTUADO EN LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DE 1996, DE 21 PACIENTES CON TRATAMIENTOS DE DENTADURA

DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se evaluaron veintiùn pacientes con tratamiento de sobredentaduras, elaboradas en las clinicas de la Facultad de Odontologia de la Universidad de San Carlos atendidos durante los ùltimos cinco años.

Del 100% de casos evaluados, el 48% perdieron su condiciòn de sobredentadura, debido a que despuès de meses de haber sido realizado este tratamiento, los pacientes se extrajeron as piezas dentales que servian de domo por causa de dolor, convirtiendo la sobredentadura en una pròtesis total convencional.

Los pacientes se realizaron las extracciones en diferentes èpocas despuès de haber sido concluida la sobredentadura y recibida por el paciente. Se pudo determinar que las extracciones se realizaron por diferentes motivos entre ellos: dificultad para utilizar las pròtesis, movilidad de la dentadura al comer, otros porque no quedaron convencidos y satisfechos con el tratamiento que se les efectuò y finalmente por que no les gustò como les quedò terminada la sobredentadura.

El 52% de casos clínicos restantes y que aùn son sobredentaduras, se realizaron en pacientes entre los sesenta y setenta años de edad. Debido a esta avanzada edad, los pacientes presentan dificultad para mantener una higiene bucal ideal y esto influye en el estado de salud que deben tener los tejidos de soporte de la sobredentadura.

Como consecuencia de una higiene bucal inadecuada se observò presencia de enfermedad periodontal en todos los casos examinados.

El 70% de los pacientes presentaron movilidad dentaria como producto de la enfermedad periodontal.

El 85% de las restauraciones evaluadas se encontraron deficientes; particularmente se observò: disminuciòn de la masa de material, superficie rugosa y àspera y subextensiòn del contorno marginal, con la subsecuente acumulaciòn de placa bacteriana y aparecimiento de caries marginal en el mismo porcentaje.

El resto de las restauraciones evaluadas y que corresponden al 15% , se encontraron aceptables, esto es debido probablemente a que dichos tratamientos tienen poco tiempo de haber sido realizados.

En la evaluación radiográfica se observó modificación en el nivel de la altura de la cresta ósea alveolar y ensanchamiento del ligamento periodontal, como consecuencia de un estado avanzado de enfermedad periodontal. Además se observó en un 38% la presencia de áreas roentgenolucidas vecinas a las piezas dentales de soporte; áreas que no estaban presentes al iniciar el tratamiento con sobredentaduras.

El 66% de las sobredentaduras se realizaron en pacientes de sexo femenino y el 34% en pacientes del sexo masculino. No se encontró diferencias en los cuidados de higiene y mantenimiento entre ambos sexos.

El 80% de las sobredentaduras evaluadas fueron inferiores y el 20% fueron sobredentaduras superiores. Ninguno de los pacientes evaluados presentó las dos sobredentaduras superior e inferior respectivamente.

Es importante resaltar que el factor principal para la durabilidad a largo plazo de una sobredentadura, es la conservación de la salud periodontal de las piezas de soporte.

Los datos obtenidos en este estudio conducen a reflexionar y considerar la conveniencia de realizar tratamientos con sobredentaduras.

CONCLUSIONES

- El 48% de los pacientes evaluados se extrajeron las piezas que servían de domos por lo tanto, perdieron su condición de sobredentadura, convirtiéndose en una prótesis total con vencial.
- El 52% de los pacientes evaluados aún usan la sobredentadura.
- El 43% de sobredentaduras se realizaron en pacientes que tenían entre sesenta y setenta años de edad.
- El 66% de sobredentaduras se realizaron a mujeres y el 34% a hombres.
- El 80% de sobredentaduras evaluadas fueron inferiores y el 20% sobredentaduras superiores.
- Al realizar el examen visual y de palpación se determinó que el 100% de los pacientes evaluados presentaron: los tejidos de soporte inflamados y placa bacteriana. El 85% presentó áreas de dolor y caries marginal. El 70% movilidad dentaria y exudado. El 25% hiperplasias.
- Al evaluar la integridad de la restauración del domo, ésta se encontró deficiente en el 85% de los casos .
- En la evaluación periodontal se determinó que el 100% de los pacientes presentó enfermedad periodontal.
- Al examen radiográfico el 70% de los pacientes presentaron: modificación de la cresta ósea alveolar y ensanchamiento del ligamento periodontal. El 38% presentaron áreas roentgenolucientes vecinas a la pieza dental, áreas que se encontraban ausentes al inicio del tratamiento con sobredentaduras.
- Al evaluar la sobredentadura en boca el 100% de ellas presentaron deficiente retención, estabilidad y soporte.

- Al evaluar la integridad física de las dentaduras esta se encontró alterada en un 48%.
- El 100% de los pacientes evaluados presentaron deficiente higiene bucal.
- Ninguna de las sobredentaduras evaluadas en boca, reunió las condiciones aceptables en la extensión de las bases de la prótesis.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a los resultados presentados en este informe, se recomienda que en la Facultad de Odontología se haga un programa de seguimiento y control clínico que se encargue de las reevaluaciones específicas y mantenimiento de la cavidad bucal y prótesis de los pacientes que han recibido un tratamiento de sobredentaduras.
- De acuerdo a los fundamentos bibliográficos de este informe, se recomienda realizar cuando sea posible, en un mismo paciente ambas sobredentaduras superior e inferior, para evitar una reabsorción excesiva del proceso alveolar opuesto. Situación que ocurre en el maxilar superior cuando la sobredentadura es inferior.
- Para mayor durabilidad de las restauraciones que sirven de base se recomienda que éstas se hagan de un material colado, porque este mantiene mejor su estructura.
- Se recomienda que para el diagnóstico y elaboración de un tratamiento de sobredentadura se utilice el paralelómetro.
- Debido a que la coordinación muscular va disminuyendo con la edad, se recomienda realizar sobredentaduras en pacientes cuyas edades se encuentran entre los cuarenta y cincuenta años como máximo.
- Se recomienda a la disciplina de Prótesis total, establecer un archivo específico para ordenar, separar e identificar adecuadamente las fichas clínicas pertenecientes a prótesis total, sobredentaduras y prótesis total aislada.

LIMITACIONES

- No se conoció el estado de salud periodontal que tenían los tejidos de soporte al inicio, durante y al finalizar el tratamiento de la sobredentadura.
- No se conocieron las condiciones clínicas relativas a la retención, estabilidad y soporte que tenían las sobredentaduras en el momento de ser instaladas en boca y recibidas por el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Boucher, C. O. Prostodoncia total. 10ma.ed. México, Interamericana, 1994. p.p. 51, 513-525.
- 2- Cerezo, J. A. Manual clínico de prótesis total. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1983. p.p. 12-1, 12-15.
- 3- Carranza, F. A. Periodontología clínica de Glickman. 7ma. ed. México, Interamericana, 1993. p.p. 15, 16, 31,35, 67, 216-218, 224-225.
- 4- Castleberry, D. J. Filosofías y principios de las dentaduras parciales removibles. en: McDermontt. I. G. Sobredentaduras parciales removibles. México, Nueva Editorial Interamericana , 1990. p. 547. (Clínicas Odontológicas de Norteamérica, 34, 4).
- 5- Fagiani, M. Periodoncia. Unidades de aprendizaje independiente. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1989. p.p. 1, 3, 4, 13, 30, 31, 34.
- 6- Fenton, A. H. , G. S. Zarb y H. F. Mackay. Descuidos y errores en las sobredentaduras. en: W. D. Heintz. Fracasos más comunes en prótesis parcial removibles. México, Nueva Editorial Interamericana, 1979. p.p. 117, 120, 125, 130. (Clínicas Odontológicas de Norteamérica, 23, 1).
- 7- Gilson, C. M. Consideraciones periodontales. en: J. A. Clayton . Prótesis parciales removibles con aditamentos de precisión. México, Nueva Editorial Interamericana, 1990. p.p. 31,45. (Clínicas Odontológicas de Norteamérica, 24, 1).
- 8- Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad Odontología. Area de prótesis, Biomateriales. Generalidades sobre algunos materiales empleados para la higiene bucal. Guatemala, 1987. p.p. 9, 10, 11.
- 9- Gómez, R. A. Radiología odontológica. 2da. ed. Buenos Aires, Mundi, 1975. p. 48.
- 10- Kawabe, S. Dentaduras totales. Caracas, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, 1992. p.p. 173, 174.
- 11- Quiróz, F. Tratado de anatomía humana. México, Porrúa, 1988. p. 88.



12- Saizar, P. Prostodoncia total. Buenos Aires, Mundi, 1972. p.p. 127, 142, 438,

13- Safavi, K. E. y J. E. Grasso. Consideraciones endodónticas en la restauración de soportes para sobredentaduras. en: I G. McDermontt. Sobredentaduras parciales removibles, México, Nueva Editorial Interamericana, 1990. p.p. 605-624. (Clínicas Odontológicas de Norteamérica, 34, 4).

14- Tronstand, L. Endodoncia clínica. Barcelona, Salvat , 1993. p.p. 94, 95.

COMUNICACIONES PERSONALES

15- López Reyna, Gustavo. Concepto de domo. Universidad de San Carlos. Facultad de Odontología. Area de prótesis, Guatemala 1996.

Vo. Bo.

Gustavo López Reyna
13-1-96



ANEXOS

FICHA CLINICA

" EVALUACION DE LOS TEJIDOS DE SOPORTE,
RESTAURACIONES Y SOBREDENTADURA "

PRIMERA PARTE

Datos generales:

Nombre _____ Fecha de ingreso _____

Registro _____ Edad _____ Sexo _____ Domicilio _____

Telefono _____ Fecha de entrega de la prótesis _____

SEGUNDA PARTE

Primera subdivisión:

Motivo de consulta _____

Segunda subdivisión:

Historia médica anterior a la construcción de la sobredentadura

Diabetes _____

Hipertensión _____

Tuberculosis _____

Cáncer _____

Xerostomía _____

Alergias _____

Artritis _____

Tercera Subdivisión:

Historia mèdica posterior a la construcció de la sobredentadura

Diabetes _____

Hipertensió _____

Tuberculòsis _____

Càncer _____

Xerostomia _____

Alergias _____

Artritis _____

Cuarta Subdivisión:

Evaluació de cara, cuello y A.T.M.

Dolor _____

Chasquido _____

Desviació _____

Quinta Subdivisión:

Evaluació de los tejidos de soporte

Inspección visual para determinar:

Hiperplasias	presente _____	ausente _____	ubicación _____
Tejidos inflamados	presente _____	ausente _____	ubicación _____
Dientes de soporte	presente _____	ausente _____	
Restauraciones	presente _____	ausente _____	
Caries	presente _____	ausente _____	
Fistulas	presente _____	ausente _____	ubicación _____
Placa bacteriana	presente _____	ausente _____	

Palpación para determinar:

Areas de dolor	presente _____	ausente _____	ubicación _____
Exudado purulento	presente _____	ausente _____	ubicación _____
Movilidad dentaria	presente _____	ausente _____	

Evaluación de la restauración:

aceptable _____ deficiente _____

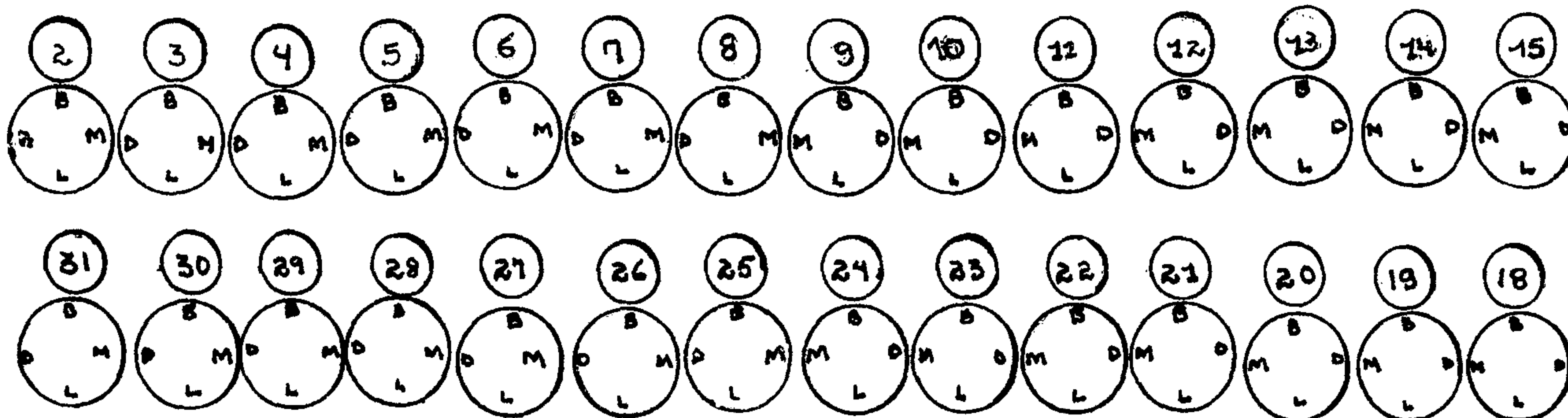
Evaluación periodontal para determinar:

Cálculos presentes _____ ausentes _____

Bolsas presentes _____ ausentes _____

Enfermedad periodontal presente _____ ausente _____

Diagrama para anotar sondeo periodontal: PERIODONTOGRAMA



Evaluación Radiográfica:

Areas roentgenolucidas presentes _____ ausentes _____

Areas roentgenopacas presentes _____ ausentes _____

Altura de la cresta alveolar no modificada _____ modificada _____

Ensanchamiento del ligamento periodontal presente _____ ausente _____

Relación corona raíz adecuada _____ inadecuada _____

Fractura radicular presente _____ ausente _____

Sexta subdivisiòn:

Evaluaciòn de la integridad fisica de la sobredentadura:

Sobredentadura superior	fracturada ___	sin fractura ___	fecha ___
Sobredentadura inferior	fracturada ___	sin fractura ___	fecha ___
Reparaciones en las pròtesis	presentes ___	ausentes ___	fecha ___
Arcada dentaria superior	completa ___	incompleta ___	
Arcada dentaria inferior	completa ___	incompleta ___	
Faldones	completos ___	incompletos ___	
Decoloraciòn de la base	existente ___	ausente ___	
Sellado palatal posterior	existente ___	ausente ___	

Sèptima subdivisiòn:

Evaluaciòn de la sobredentadura instalada en boca:

Retenciòn	aceptable ___	deficiente ___
estabilidad	aceptable ___	deficiente ___
soporte	adecuado ___	inadecuado ___

TERCERA PARTE

Pacientes que han utilizado su sobredentadura:

Fecha de recibida la sobredentadura en la clinica de la Facultad de Odontologia _____

Usa sobredentadura:

superior	si ___	no ___
inferior	si ___	no ___
ambas sobredentaduras	si ___	no ___

- ¿Quedò conforme con las pròtesis que se le construyeron en las clínicas de la Facultad de Odontología? si ____ no ____

- ¿ Las pròtesis que usa actualmente son las mismas que se le construyeron en las clínicas de la Facultad de Odontología? si ____ no ____

- ¿ Le ha proporcionado algùn tipo de mantenimiento a su sobredentadura? si ____ no ____

- ¿ De los siguientes cuidados de limpieza cuàl ha dado usted a su sobredentadura?

Lava o limpia la pròtesis con jabòn ____

Lava o limpia sus pròtesis solamente con agua ____

Lava o limpia sus pròtesis con algùn desinfectante ____

- ¿ Ha hecho uso de algùn anticèptico para enjuagarse la boca? si ____ no ____

- ¿ Ha utilizado cepillo, dedil o algùn otro medio para limpiarse la encia? si ____ no ____

- ¿ Utiliza usted otro medio o forma para limpiar su dentadura ?

Explique _____

CUARTA PARTE

Pacientes que no han utilizado su sobredentadura.

- ¿ Por cuánto tiempo utilizò las sobreedentaduras? _____

- ¿ Por què dejò de usar las sobredentaduras?

Pudo comer con ellas si ___ no ___

Pudo manejar las sobredentaduras si ___ no ___

Por presentar algùn padecimiento si ___ no ___

Sentìa los dientes naturales muy altos si ___ no ___

Tuvo necesidad de extraerse las piezas que quedaron debajo de la dentadura porque presentaba:

Dolor en la encìa alrededor de los dientes si ___ no ___

La dentadura se movìaq mucho si ___ no ___

- ¿ Regresò a la clínica de la Facultad de Odontología para consultar su problema? si ___ no ___

- ¿ Visitò una clínica particular buscando soluciòn a su problema? si ___ no ___

- ¿ Se le recomendò otro tratamiento? si ___ no ___

- ¿ Se realizò en su boca el tratamiento recomendado? si ___ no ___

- ¿ Se siente mejor con su tratamiento actual? si ___ no ___

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA

PRIMERA PARTE

Datos generales del paciente:

Nombre: En este espacio se anotò el nombre completo del paciente. Primero el nombre y luego los apellidos.

Registro: Se anotò el número de registro de la ficha de paciente integral ingresado a la Facultad de Odontología.

Fecha de ingreso: Se anotò con números aràbigos el día, mes y año que ingresò el paciente a la Facultad de Odontología.

Edad: Se anotò en números aràbigos la edad del pacientes en años.

Sexo: Se anotò con la inicial M o F el sexo del paciente.

Domicilio: Se identificò la direcciòn de la residencia del paciente.

Telèfono: Se anotò con números aràbigos el número telefònico de la residencia del paciente.

Fecha de entrega de la pròtesis: Se anotò con números aràbigos el día, mes y año en que se entregò la pròtesis al paciente.

SEGUNDA PARTE

Primera subdivisiòn:

Motivo de consulta: En este espacio se anotò: Evaluaciòn de los tejidos de soporte y sobre dentadura para estudio de tèsis.

Segunda subdivisiòn:

Historia mèdica anterior a la construcciòn de la sobredentadura: En este espacio aparecen anotados varios nombres de enfermedades, que el paciente pudo o puede estar padeciendo. Esta informaciòn se obtuvo de la ficha clìnica de paciente integral y se marcò con una x en donde corresponda.

Tercera subdivisiòn:

Historia mèdica posterior a la construcciòn de la sobredentadura:

En este espacio se encuentran anotados los nombres de las mismas enfermedades que aparecen en la segunda subdivisiòn; pero en este caso se marcò con una x en donde corresponda , la enfermedad que el paciente refiera padecer o haber padecido despuès que fueron construidas sus pròtesis.

Cuarta subdivisiòn:

Evaluaciòn extraoral de cara, cuello y A.T.M.

En este espacio se anotaron brevemente los hallazgos encontrados al realizar una inspecciòn visual y palpaciòn de èstas tres estructuras. En la inspecciòn de cara y cuello se anotò la presencia de nèvus, efèlides, màculas y cicatrices causadas por acnè , quemaduras y cortaduras.

En la palpaciòn se anotò referencia de dolor en los mùsculos faciales, de la masticaciòn y del cuello, asi como adenopatias. En el àrea de la articulaciòn temporomandibular se anotò la presencia de dolor y chasquido.

Quinta subdivisiòn:

Evaluaciòn de los tejidos de soporte:

Inspecciòn visual y palpaciòn: Se marcò con una x la presencia o ausencia de los indicadores que aparecen en esa parte de la ficha.

Evaluaciòn de la restauraciòn:

Se marcò con una X la deficiencia o aceptabilidad de la restauraciòn que constituye el domo.

Evaluaciòn periodontal:

Se marcò con una x la presencia o ausencia de càlculos, bolsas periodontales y con respecto a la enfermedad periodontal se anotò presencia de la misma si se establece que existegingivitis o periodontitis. Tomando como Gingivitis: la inflamaciòn de la encia que presente clínicamente los siguientes cambios: de color, de contorno, consistencia y sangramiento espontàneo o provocado. y se tomò como

Periodontitis: Los mismos signos clínicos de gingivitis, pero ademàs la presencia de bolsas periodontales o verdaderas , ulceraciòn, supuraciòn , pèrdida òsea y movilidad dentaria.

En este mismo espacio aparecen dos diagramas, uno corresponde a la arcada superior y el otro a la arcada inferior, cada uno de estos diagramas está elaborado con 14 círculos pequeños y 14 círculos grandes. En los círculos pequeños se encuentra anotado el número de la pieza dental según el odontograma de la fórmula universal. En el círculo grande se encuentran anotados cuatro letras que corresponden a los lados : Mesial, Distal, Bucal y Lingual de la pieza que ha servido para soportar el domo.

Para realizar el examen periodontal se efectuò el sondeo y entre cada letra del círculo grande se anotaron los milímetros de encía libre existentes.

Evaluación radiográfica:

En este espacio se anotò con una x , en el espacio que corresponda la ausencia o presencia de áreas roentgenolucidas o roentgenopacas cercanas a las piezas dentales con tratamientos de conductos o sin èste. Y además la presencia o ausencia de reabsorción ósea de la cresta alveolar, se anotò también la presencia o ausencia de ensanchamiento del ligamento periodontal y fractura radicular.

Sexta subdivisión:

Evaluación de la integridad física de las sobredentaduras:

Sobredentadura superior:

Se marcò con una x en el espacio que corresponde a fracturada, cuando la misma se presentò y además se anotò la fecha de la fractura. Se anotò sin fractura cuando esta no se observò.

Sobredentadura inferior:

Se anotò con una x en el espacio que corresponde a fracturada cuando la misma se presentò y además se anotò la fecha de la fractura. Se anotò sin fractura cuando esta no se observò.

Reparaciones en las prótesis:

En este espacio se anotò con una x en el espacio coreespondiente a la presencia o ausencia de reparaciones visibles, asimismo reparaciones que el paciente indique haberle efectuado a la sobredentadura y la fecha en que se realizaron las mismas.

dentaria superior:

En este espacio se marcò con una x el indicador completo, si se observò el juego completo e dientes superiores 1x14 y se marcò el indicador incompleto si faltò una sola pieza dental artificial.

Arcada dentaria inferior:

En este espacio se marcò con una x el indicador completo, si se observò el juego completo de dientes inferiores 1x14 y se marcò el indicador incompleto si faltò una sola pieza dental artificial.

Faldònes:

Se marcò con una x en el espacio correspondiente a completo, cuando en los faldònes de la pròtesis no se observò: bordes fracturados, irregulares y en filo de cuchillo. Y se marcò incompleto cuando en los faldònes se observò las condiciones mencionadas anteriormente.

Decoloraciòn de la base:

En este espacio se anotò con una x la existencia o ausencia de manchas propias del acrílico en la base de la dentadura.

Sellado palatal posterior:

Se marcò con una x en el espacio que corresponde a presente, cuando èste fue visible en la pròtesis superior. Se marcò ausente cuando èste no fue visible en la pròtesis superior.

Sèptima Subdivisiòn:

Evaluaciòn de la sobredentadura evaluada en boca:

Retenciòn: Al realizar la evaluaciòn clínica en el paciente y se midiò la retenciòn, se marcò con una x en el espacio correspondiente de aceptable, cuando la pròtesis permanezca fija en su posiciòn; y se marcò con una x en el espacio correspondiente a deficiente cuando la pròtesis se desalojò de su posiciòn.

Estabilidad: Al realizar la evaluaciòn clínica en el paciente y se midiò la estabilidad, se marcò con una x en el espacio correspondiente de aceptable, cuando la dentadura no basculò; y se marcò con una x en el espacio correspondiente a deficiente cuando la pròtesis basculò.

Soporte: Se marcò con una x en el espacio correspondiente de adecuado, cuando al realizar la evaluación clínica en el paciente la retención y la estabilidad fueron aceptables; y se marcò con una x en el espacio correspondiente a inadecuado cuando la retención y estabilidad fueron deficientes.

TERCERA PARTE

Esta parte de la ficha consta de una serie de preguntas que fueron dirigidas a los pacientes

que han utilizado su sobredentadura y, se llenò de la siguiente manera:

- Las preguntas cuya respuesta fue afirmativa o negativa se marcò con una x en el espacio correspondiente.
- Las preguntas cuya respuesta no fue afirmativa, ni negativa se escribiò literalmente en el espacio correspondiente.
- En esta parte de la ficha la ùnica pregunta que presenta tres alternativas y que se refiere a la limpieza de la dentadura, se marcò con una x cualquiera de las respuestas o las tres alternativas, segùn lo que conteste el paciente.

CUARTA PARTE

Esta parte de la ficha consta de una serie de preguntas que fueron dirigidas a los pacientes que no han utilizado de manera permanente su sobredentadura y se llenò de la siguiente forma:

- Las preguntas cuya respuesta fue afirmativa o negativa se llenò igual que en la tercera parte.
- Las preguntas cuya respuesta no fue afirmativa, ni negativa se llenò igual que en la tercera parte.
- Para una mejor comprensión de las preguntas se aclaran a continuación algunas de ellas.

Por ejemplo:

Por presentar algún padecimiento: En este caso el padecimiento se refiere a una enfermedad sistèmica que el paciente sufra o haya sufrido y de alguna manera le dificultò el uso de las pròtesis.

Sentia los dientes muy altos: Lo anterior se refiere a la latura inadecuada de los domos o dientes soporte.

Dolor en la encia alrededor de los dientes: Se refiere a la presencia de enfermedad periodon tal alrededor de los domos o dientes soportes.

La dentadura se movia mucho: Se refiere a la estabilidad, retenciòn y soporte de las pròtesis y en este caso no existe ninguna de las tres.