

MODALIDADES DE SOBREDENTADURAS. PRESENTACIÓN DE CASOS

Autora: Dra. Indira García Martínez. Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral y Prótesis Estomatológica. Clínica Estomatológica de Miramar. La Habana. Calle 46#913 apt 1% 9na y 11.Playa, La Habana, Cuba. Indira.garcia@infomed.sld.cu 72055932

Coautoras: Dra. Taimy Aragón Mariño, Dra. Zenia Masiel Criado Mora, Dra Grisel Lamas Domínguez

RESUMEN

La sobredentadura es aquella prótesis convencional que se construye sobre los dientes naturales (cubre por completo la superficie oclusal de una corona o raíz dentaria) o sobre implantes. No se proponen como sustitutas de las dentaduras parciales o fijas. Deben considerarse en todo paciente en que se contemple la extracción de todos los dientes naturales. El trabajo se propone exponer una alternativa más de tratamiento ante situaciones similares mostrando los distintos pasos a seguir y presentar los cambios cualitativos en los pacientes. Se realizó un estudio donde se seleccionaron de los pacientes que acudieron a la consulta de Prótesis de la Clínica Estomatológica de Miramar de La Habana en el período comprendido entre Octubre del 2014 a Febrero del 2015, aquellos que fueron tributarios de algún tipo de sobredentadura siendo presentados un total de cinco casos. Se concluye que todos los pacientes manifestaron con su sonrisa la satisfacción y aceptación con el tratamiento realizado, cubriendo sus necesidades y expectativas lo que permitió elevar la calidad de vida y autoestima de los mismos. Confirmamos las ventajas estéticas, biológicas, psicológicas y funcionales de la sobredentadura. La instalación nunca será el final del tratamiento, el éxito estará en los controles periódicos, siendo la higiene bucal de vital importancia.

Palabras clave: sobredentadura, prótesis, controles periódicos

INTRODUCCIÓN.

La sobredentadura es aquella prótesis convencional (removible completa o parcial) que se construyen sobre los dientes naturales (cubre por completo la superficie

oclusal de una corona o raíz dentaria) o sobre implantes. No se proponen como sustitutas de las dentaduras parciales o fijas. Deben considerarse en todo paciente en que se contemple la extracción de todos los dientes naturales.

Estas pueden ser de varios tipos: La provisional utilizada en portadores de prótesis parcial, la cual se modifica y reemplaza los dientes perdidos o cubre las raíces de los pilares cortados y preparados. La inmediata que se confecciona antes de la extracción de los dientes remanentes y de la preparación de los pilares. Frecuentemente se usa la misma prótesis parcial que el paciente usa. La definitiva se confecciona después de los 6 meses de uso de la inmediata, de la extracción de los últimos dientes remanentes, y de la preparación de los pilares. Puede llevar base de metal y ser retenidos por ataches. Debe realizarse un buen diseño para que duren varios años.¹⁻⁴

Están indicadas para pacientes:

1. Con pocos dientes remanentes con estado periodontal o destrucción de la corona por caries, etc. que no presentan las condiciones necesarias para una restauración satisfactoria con prótesis parcial fija o removible convencional.
2. Con mal pronóstico para prótesis totales, situaciones con una bóveda palatina profunda, macroglosia, suelo de boca abultado, mandíbula con espacio sublingual poco definido, atrofia alveolar avanzada en áreas desdentadas.
3. Se indica en el sector anterior de la mandíbula donde la pérdida de hueso alveolar es más rápida, también se aconseja en el maxilar cuando antagoniza con dientes naturales.
4. Con oclusiones prognáticas, clase III de Angle, por acromegalia, etc.
5. Con dientes sumamente abrasionados, los cuales requieren una modificación mínima sin endodoncia.
6. Con necesidad de prótesis post-traumáticas o post-quirúrgicas.
7. Con anomalías congénitas como el paladar fisurado.
8. Con reflejos nauseosos severos para poder realizar la zona palatina reducida.
9. Que expresen incapacidad emocional para hacer frente a la pérdida de todos los dientes.^{1,5-8}

Dentro de las ventajas que aportan las sobredentaduras tenemos:

1. Conservación del hueso alveolar (efecto biológico y protector) ya que las cargas oclusales son sostenidas en parte por los dientes conservados.

2. Mejora la proporción corona-raíz.
3. Preservación de la propiocepción manteniendo el aporte sensorial de los dientes de soporte proveniente de los receptores del ligamento periodontal siendo determinante en la función masticatoria, porque aporta la información referida a la dirección y magnitud de las fuerzas oclusales. Los dientes anteriores muestran una sensibilidad más aguda que los posteriores. Conserva la percepción dimensional, siendo la discriminación consciente de los diferentes espesores de los objetos ubicados entre las superficies oclusales de los dientes.
4. Los dientes conservados proporcionan un soporte adecuado dado por las paredes verticales de sus raíces junto al ajuste de las bases dando mejor estabilidad a la sobredentaduras.
5. Ventaja psicológica: La conservación de 1 o 2 dientes brinda un verdadero estímulo para el paciente al no considerarse desdentado.
6. Facilita la ubicación apropiada de los dientes artificiales.
7. Retención adicional por cofias metálicas o ataches.
8. En caso de pérdida de los dientes pilares de la sobredentadura podemos convertirla en una prótesis total o parcial.^{1,9,10}

El trabajo se propone exponer una alternativa más de tratamiento como son las sobredentaduras ante situaciones similares, mostrando los distintos pasos a seguir, así como presentar los cambios cualitativos que aparecieron en los pacientes luego de su rehabilitación protésica con sobredentaduras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio donde se seleccionaron de los pacientes que acudieron a la consulta de Prótesis de la Clínica Estomatológica de Miramar de La Habana en el período comprendido entre Octubre del 2014 a Febrero del 2015, aquellos que fueron tributarios de algún tipo de sobredentadura para ser presentados a continuación y exponer las variantes de los pasos clínicos y de laboratorio que estimularon el interés de los autores con resultados muy significativos para el propio paciente.

Los pacientes fueron de ambos sexos, con edades comprendidas entre la tercera y séptima década de la vida, receptivos y colaboradores con el tratamiento a recibir, buen estado de salud general (físico y mental), discapacitados deficientes por ser desdentados parciales con afectación estética y funcional, lo cual constituía su

principal preocupación, además de tener experiencia anterior de prótesis e interés por mantener sus dientes presentes.

Se les practicó el Examen de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) sin alteraciones aparentes. Al realizar el examen físico intrabucal se procedió a la selección de los dientes pilares de la sobredentadura auxiliándonos de estudios radiográfico, teniendo en cuenta:

- Pronóstico periodontal aceptable: 5mm de inserción periodontal como mínimo, siendo aceptable una ligera movilidad.
- Pronóstico endodóntico aceptable, aunque hay casos que no requieren tratamiento endodóntico.
- Ubicación y cantidad de dientes pilares y espacio entre ellos.
- Dientes presentes en la arcada opuesta.

Como tratamiento inicial se realizó el control de la placa dentobacteriana dando un Índice de Love inferior a 20%, tartrectomía, educación para la salud e indicaciones de fisioterapia bucal, lo cual se debe mantener en todas las visitas. Se procedió al tratamiento periodontal y endodóntico según el caso.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso1 Sobredentadura Definitiva

Paciente femenina de 39 años de edad, con antecedentes de salud relativa, trabajadora cuadro administrativo del MINTUR, portadora de prótesis parcial superior removible acrílica desajustada de más de 10 años de uso, e inferior en buen estado. Presenta coronas espigas provisionales de acrílico en canino superior derecho e izquierdo, las cuales se desplazan constantemente por el bruxismo, al igual que las restauraciones de resinas en incisivo superior central derecho y lateral izquierdo. Presencia de exostosis óseas vestibulares. Altura facial disminuida.

Diagnóstico: Desdentada parcial superior clase III, subclase 1 e Inferior clase I de Kennedy.

Tratamiento:

-Biostático.

-Aparatológico: Rehabilitación por sobredentadura parcial removible acrílica superior con dientes de ajuste en el sector anterior.

Plan de Tratamiento:

1. TPR en canino superior derecho e izquierdo e incisivos superiores, central derecho e izquierdo y lateral izquierdo.

2. Impresión primaria: (cubeta stock individualizada con cera y alginato como material de impresión) vaciada con yeso piedra obteniendo el modelo de estudio

3. Relación craneomandibular previa.

4. Preparación biostática: Nivelación del plano de la oclusión superior e inferior.

5. Impresión definitiva: Se procede de igual modo y se obtuvo el modelo de trabajo el cual es duplicado luego de ser aliviado, confeccionando sobre el mismo la placa de articulación superior.

6. Relación cráneomandibular: La presencia de los dientes antero-superiores nos permitió seguir el contorno facial. Se procede al equilibrio de presiones restaurando la dimensión vertical oclusiva. Se seleccionan los dientes artificiales. Se traslada la relación obtenida en clínica a un articulador free-plane.

7. Prueba clínica de los dientes posterosuperiores.

8. Se realiza el duplicado del modelo, dejando un modelo testigo. Los 5 dientes anterosuperiores que serán conservados se reducen en el modelo, de manera similar a como serán reducidos después en la boca. Luego se realiza el montaje en el articulador de los dientes antero superiores.

9. Instalación:

- Se reduce la altura de los dientes que se conservarán hasta 1 o 2 mm por sobre el nivel del margen gingival, logrando una forma redondeada y de modo similar a lo realizado en el modelo maestro. La porción superior del conducto se sella con resina fotopolimerizable.
- Se inserta la sobredentadura realizando los ajustes inmediatos necesarios, aliviando elacrílico en el área del margen gingival de los dientes conservados.
- Se realiza ajuste oclusal.
- Se pule la superficie dentinaria para facilitar la remoción de la placa.
- Se rebasa la sobredentadura en la zona de los dientes conservados. Aliviando elacrílico en esa zona, haciendo un orificio de salida para el escape delacrílico en el centro. Previa colocación de **sepacer** en los dientes, se añadeacrílico de autopolimerización y se reubica la dentadura en la boca.
- Se elimina cualquier excedente deacrílico y se pule el área.

- Aplicación de laca flúor para proteger muñones dentarios.
- Se instruyó al paciente en cuanto a la colocación y remoción del aparato, su uso e higiene.

10. Control cada 3 meses para verificar la higiene y la aparición de caries dental.

Caso2 Sobredentadura Provisional E Inmediata.

Paciente femenina de 53 años de edad, con antecedentes de salud relativa, Violinista, portadora de prótesis parcial superior fija (puente fijo de la primera bicúspide superior derecha al segundo molar de esa hemiarcada y del canino superior izquierdo al segundo molar superior izquierdo) A los Rayos x se observa correcto TPR y raíz biológicamente sana en segundo molar superior derecho e izquierdo y primera y segunda bicúspide superior derecha. También observamos absceso alveolar crónico del canino superior izquierdo con fístula vestibular, por lo que se indica exodoncia del mismo, el cual es pilar de puente fijo donde se coloca retenedor intrarradicular.

Diagnóstico: Desdentada parcial superior e inferior clase III, subclase 2 de Kennedy.

Tratamiento:

-Quirúrgico: Exodoncia por inmediata del canino superior izquierdo.

-Aparatológico: Rehabilitación por sobredentadura provisional e inmediata parcial removible acrílica superior inmediata del canino superior izquierdo.

Plan de Tratamiento:

1. Retirada de los puente fijos superiores.
2. Impresión definitiva para la obtención de modelos de trabajo.
3. Relación craneomandibular, selección de dientes artificiales y montaje en articulador.
4. Prueba clínica de dientes.
5. Instalación (exodoncia previa del canino superior izquierdo), e indicaciones al paciente.
6. Control protésico.

Caso 3 Sobredentadura Provisional

Paciente masculino de 67 años de edad, con antecedentes de salud relativa, informático, portador de prótesis parcial removible metálica superior e inferior de casi dos años de uso. La superior en buen estado y en la inferior desajustada por fractura de los pilares inferiores incisivo lateral y canino derecho. Presenta incisivos centrales

inferiores con restauraciones defectuosas de resina y cambio de coloración. A los rayos x se observa correcto TPR y raíz biológicamente sana en incisivo lateral y canino derecho inferior.

Diagnóstico: Desdentado parcial superior clase II subclase 2 e inferior clase III, subclase 3 de Kennedy.

Tratamiento:

-Biostático.

-Aparatológico: Rehabilitación por sobredentadura provisional parcial removible inferior metálica y prótesis parcial acrílica fija inferior (coronas fundas de incisivos centrales inferiores).

Plan de Tratamiento:

1. Impresión primaria para la obtención de modelos de estudio y confección de las coronas fundas de acrílico.
2. Relación craneomandibular.
3. Preparación biostática: Preparación de dientes pilares de la sobredentadura, incisivo lateral y canino derecho inferior según normas clínicas para este tratamiento. Preparaciones extracoronales de incisivos centrales inferiores con previa anestesia infiltrativa.
4. Se adaptan coronas fundas de acrílico de incisivos centrales inferiores y se cementan con policarboxilato.
5. Impresión definitiva inferior sin la prótesis con alginato para la obtención del modelo de trabajo.
6. Adaptación de la prótesis inferior al modelo y reparación de la misma agregando incisivo lateral y canino derecho inferior.
7. Instalación, e indicaciones al paciente.
8. Control protésico.

DISCUSION

Se coincide con muchos autores como Vamsi ¹¹ y Jain ¹² al considerar la sobredentadura como una alternativa de rehabilitación protésica ante la solución radical de la extracción dentaria, aprovechando todas sus ventajas desde el punto de vista estético, biológico, psicológico y funcional, con mayor confort para el paciente, logrando mayor eficacia y eficiencia masticatoria. Se reconoce como desventajas de la sobredentadura la aparición de la caries dental sino se mantiene

una adecuada higiene bucal, por lo que se debe insistir en los controles, a las 24 horas, a la semana, al mes y luego cada 6 meses.

Schuch ¹³ destaca la supremacía de un pilar para sobredentadura sobre los implantes dentarios que son mucho más costosos y no cuenta con el aporte sensorial y propioceptivo que brindan los receptores del ligamento periodontal.

Freitas ¹⁴ en Sao Pablo, Brasil, publica un caso similar al número 1 presentado en este estudio, coinciden en que ambos son pacientes bruxópatas con pérdida de la dimensión vertical oclusiva y afectación de la estética; se decide rehabilitar con una sobredentadura parcial removible.

Kumar ¹⁵ utiliza una variante muy económica y fácil, con un alambre forjado y adaptado quedando incluido durante el proceso de polimerización del acrílico dentro de los confines de una prótesis inferior haciendo retención sobre las cofias metálicas que poseen ataches esféricos ubicados en los dientes pilares remanentes. Refiere que el anclaje en superficie es ideal para proteger la cima del reborde alveolar residual, pero aún con solo dos o tres dientes que se dejen en boca ayudarían a la retención y estabilidad del futuro aparato protésico. Sin dudas es una mejor opción a las dentaduras completas.

Singh ^{16,17} sin embargo en dos de sus trabajos publicados, confecciona una estructura metálica que incluye las cofias metálicas unidas por una barra la cual va cementada a los dientes pilares remanentes y en la prótesis van incluidos unos clips o ataches de precisión que cabalgarían sobre dicha barra. Es fundamental contar con suficiente altura gingivo-oclusal y ancho vestibulo–lingual para la colocación de estos dispositivos y el peligro de fractura de la sobredentadura existe.

CONCLUSIONES

- El tratamiento con sobredentadura constituyó una alternativa de rehabilitación protésica ante la solución radical de la extracción.
- Siempre que se disponga de los recursos necesarios y el paciente sea tributario debe considerarse la indicación de una sobredentadura.
- Todos los pacientes manifestaron con su sonrisa la satisfacción y aceptación con el tratamiento realizado, cubriendo sus necesidades y expectativas lo que permitió elevar la calidad de vida y autoestima de los pacientes atendidos.
- Se confirma una vez más que la sobredentadura presenta ventajas estéticas, biológicas, psicológicas y funcionales.

- La instalación nunca será el final del tratamiento, el éxito estará en los controles periódicos, la higiene bucal es de vital importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tylman SD, Malone WF. Teoría y práctica de la protodoncia fija. 7ma ed. Ciudad de la Habana: Editorial científico técnica; 1984:603-622.
2. Mallat DE. Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Madrid: Editorial Elsevier; 2004.
3. Jain DC, Hegde V, Aparna IN, Dhanasekar B. Overdenture with accesspost system: a clinical report. *Indian J Dent Res* 2011 Mar-Apr; 22(2):359-61.
4. Chee WW, Lee W. Hallermann-Streiff syndrome patient treated with removable prosthesis: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2011 Aug; 106(2):74-7.
5. Fonseca J, Nicolau P, Daher T. Maxillary overlay removable partial dentures for the restoration of worn teeth. *Compend Contin Educ Dent* 2011 Apr; (3):12, 14-20; quiz 21, 32.
6. Ozcelik TB, Yilmaz B, Seyhan T. Rehabilitation of a malocclusion with an onlay removable partial denture in a patient with ankylosing spondylitis: a case report. *Quintessence Int* 2011 Apr; 42(4):349-52.
7. Chung KH, Whiting D, Kronstrom M, Chan D, Wataha J. Retentive characteristics of overdenture attachments during repeated dislodging and cyclic loading. *Int J Prosthodont* 2011 Mar-Apr; 24(2):127-9.
8. Pae A, Kim K, Kim HS, Kwon KR. Overdenture restoration in a growing patient with hypohidrotic ectodermal dysplasia: a clinical report. *Quintessence Int* 2011 Mar; 42(3):235-8.
9. Vila Morales D, Regalado BME, Garmendía F. Aplicación de distracción osteogénica y rebordes alveolares atróficos. Análisis de su efectividad y estabilidad. *Rev Habanera de Ciencias Médicas* 2007; VI (2).
10. Corona MH, Pineda AM, González E; Montoto E, Barrera M. Rehabilitación protésica con sobredentadura en una longeva. Presentación de casos. *Rev Cubana Estomatol* 2010; 47(4):460-465.
11. Vamsi Krishna CH, Rao AK, Sekhar NC, Shastry YM. Rehabilitation of maxillary arch with attachment-retained mesh-reinforced single complete denture. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2014 Feb [citado 28 Jul 2015]; 2014: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24574522&lang=es&site=ehost-live>
12. Jain DC, Hegde V, Aparna I N, Dhanasekar B. Overdenture with accesspost system: A clinical report. *Indian J Dent Res* [Internet] 2011 [cited 2015 Jul 28]; 22: [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ijdr.in/text.asp?2011/22/2/359/84306>
13. Schuch C, de Moraes AP, Sarkis-Onofre R, Pereira-Cenci T, Boscatto N. An alternative method for the fabrication of a root-supported overdenture: a clinical report. *J Prosthet Dent* [Internet]. 2013 [citado 28 Jul 2015]; 109(1):[aprox 4 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0022391313000139>
14. Freitas AC Jr, Silva AM, Lima Verde MA, Jorge de Aguiar JR. Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. *Gerodontology* [Internet]. 2012 Mar [citado 28 Jul 2015]; 29(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2010.00372.x/epdf>
15. Kumar L, Rao J, Yadav A. A simple and inexpensive retainer for overdenture prosthesis. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2013 Jul [citado 28 Jul 2015]; 2013: [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3736237/pdf/bcr-2013-009517.pdf>
16. Singh K, Gupta N. Palateless custom bar supported overdenture: A treatment modality to treat patient with severe gag reflex. *Indian J Dent Res* [Internet] 2012 [cited 2015 Jul 28]; 23:[aprox. 3 p.]. Disponible: <http://www.ijdr.in/text.asp?2012/23/2/145/100416>
17. Singh K, Gupta N, Kapoor V, Gupta R. Hader bar and clip attachment retained mandibular complete denture. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2013 Oct 21 [citado 28 Jul 2015]; 2013: [aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24145505&lang=es&site=ehost-live>

Anexos.

Caso 1



MODELOS DE ESTUDIO



MODELO PARA DUPLICAR

MODELO DE TRABAJO





**RELACION CRANEO
MANDIBULAR**



PRUEBA CON DIENTE



Caso 2





Caso 3

