



SOBREDENTADURAS EN DIENTES VITALES, ALTERNATIVA PARA LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON BRUXISMO. PRESENTACIÓN DE CASO

Autora principal: Dra. Taimy Aragón Mariño, Especialista de Primer grado en Estomatología General Integral y Prótesis Estomatológica, Máster en Urgencias estomatológicas. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Docente H y 21, Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba, Correo: tayam@infomed.sld.cu

Coautoras: Dra. Liana Cid Fleitas, Dra. Iris Aguirre Espinosa, Dra. Amanda Pérez Olivera, Dra. Elizabeth de la Torre Rodríguez

Resumen

Introducción: La ausencia de dientes perjudica la convivencia social en diversos aspectos, produce esfuerzos anormales, causando sobrecarga en los dientes remanentes, que substituyen a los ausentes funcionalmente, por ese motivo, la capacidad masticatoria disminuye, surgiendo disturbios oclusales que modifican todo el funcionamiento del sistema masticatorio, una de las formas de solución protética eficaz y conservadora son las sobredentaduras que no son más que prótesis totales o parciales con apoyo en dientes remanentes o en implantes. **Objetivo:** Demostrar el uso de una sobredentadura como alternativa de la rehabilitación protésicas en pacientes desdentados parciales con pérdida de la dimensión vertical. **Caso Clínico:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años, que acudió al servicio de prótesis estomatológica de nuestra institución en el año 2019, con disfunción masticatoria, bruxismo, afección de la dimensión vertical y la estética, se decide realizar rehabilitación con prótesis total acrílica superior y parcial acrílica inferior con sobredentadura en dientes remanentes vitales, después de un análisis de las condiciones del pacientes y los recursos disponibles. **Conclusiones:** Las rehabilitaciones con sobredentaduras podrían ser empleadas en ausencia de otros tratamientos para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales de los paciente



Palabras clave: sobredentadura, bruxismo, prótesis de recubrimiento, dentadura dentosoportada, sobredentadura parcial removible.

I. INTRODUCCIÓN

La ausencia de dientes perjudica la convivencia social en diversos aspectos, produce esfuerzos anormales, causando sobrecarga en los dientes remanentes, que substituyen a los ausentes funcionalmente, por ese motivo, la capacidad masticatoria disminuye, surgiendo disturbios oclusales que modifican todo el funcionamiento del sistema masticatorio. Así también, la continua reabsorción alveolar del reborde residual después de la extracción de los dientes propicia alteraciones anatómicas significativas que la mayoría de las veces terminan proporcionando un soporte inadecuado para las prótesis.¹

En ese contexto, una de las formas de solución protética eficaz y conservadora son las sobredentaduras que no son más que prótesis totales o parciales con apoyo en dientes remanentes o en implantes, como medio de soporte y/o retención. Su uso se remonta casi a 100 años y con el paso del tiempo se ha ido incrementando, ya que la preservación de las raíces o de dientes remanentes disminuye la pérdida ósea, mejora la masticación y lo más importante, que ayuda a que el paciente tenga un mejor estado psicológico.^{2,3}

Su uso se remonta desde hace más de 135 años, pero aún constituye una buena alternativa como una medida preventiva ya que ésta implica la aplicación de procedimientos que devuelvan la función del sistema masticatorio, prolongando así la vida funcional de todos los componentes del sistema estomatognático.⁴ La idea de dejar raíces de dientes naturales es antigua, en 1856 Leadger describió una prótesis parecida a una sobredentadura, realmente sus restauraciones se describieron como unas láminas que cubrían los caninos,⁵ 5 años después Atkinson⁶ publicó un trabajo con éste tema.

Estarán indicadas cuando los dientes remanentes no pueden soportar una restauración fija o removible convencional, cuando existe un desdentamiento extremo con 1 ó 2 dientes remanentes en buen estado, en casos especiales de oligodoncia, microdoncia,



amelogénesis imperfecta, defectos postraumáticos o posquirúrgicos. También cuando el pronóstico para una prótesis completa sea desfavorable, como en los casos en que haya gran atrofia de los rebordes alveolares, paladar duro en forma de V profundo, posiciones atípicas de la lengua, poco espacio sublingual o retromilohioideo.⁷

El bruxismo es una afección que tiende a la cronicidad, que produce facetas de desgaste dentario que dan al traste con la oclusión, creándose patrones parafuncionales que requieren de tratamientos ferulizantes y otras técnicas para poder controlar el hábito. Su naturaleza y etiología han sido discutidas y analizadas por diversos autores por su complejidad, encontrándose investigaciones⁸ donde se plantea que, la causa principal de dicha patología está basada principalmente en el factor de sobrecarga psíquica, tensión emocional, angustia, frustración, etcétera.

Cuando la causa del bruxismo no es clara, con frecuencia el pronóstico de la reconstrucción amplia de toda la boca con prótesis fijas es desfavorable y las contraindicaciones para procedimientos prostodónticos económicamente extensos pueden abarcar limitaciones médicas, periodontales y financieras. Así mismo, muchos pacientes no pueden tolerar un procedimiento prolongado que requiere muchas citas ni tampoco una cantidad importante de preparaciones intrabucal. La sobredentadura pudiera ser el mejor tratamiento porque requiere mínimo tiempo en el sillón odontológico y porque la mayor parte de los procedimientos se efectúan en el laboratorio dental.⁸

En nuestra especialidad nos hemos visto limitados de aplicar las técnicas requeridas y, ante esta problemática concebimos la posibilidad de rehabilitación a través de una prótesis parcial removible con características óptimas para resolver el bruxismo, proponiéndonos como objetivo demostrar la solución alternativa de rehabilitación con prótesis parcial removible de los pacientes bruxópatas, conservando sus dientes remanentes, que, aunque presentan facetas de desgaste severas, guardan vitalidad. Nuestras capacidades deben encaminarse a la mantención mayoritaria de piezas naturales, de tal forma que sea la propiocepción periodontal la que guíe la función masticatoria y esta sea fundamentalmente natural. La sobredentadura otorgará mejor función, mejor sensibilidad y, por ende, mayor bienestar a nuestro paciente. Al



conservar el diente se disminuye la velocidad de reabsorción del hueso alveolar y este se conserva por más tiempo tanto en su altura como en espesor. Adicionalmente, al mantener el ligamento periodontal se conserva la discriminación direccional, la sensibilidad táctil a la carga y hay mejor diferenciación del grosor y consistencia de los alimentos (estereognosia), de manera que estos pacientes se habitúan más fácilmente a las prótesis. El conservar el diente también proporciona soporte vertical positivo para las bases, además de estabilidad y retención.⁹

La aceptación de las sobredentaduras por parte de los pacientes es superior que con las prótesis convencionales, especialmente en el maxilar inferior. Esto se debe a que el paciente sabe que aún conserva parte de su dentición, aun cuando sea en esta forma alterada. Para muchas personas el temor de la pérdida de los dientes es notable y equiparan el edentulismo con el envejecimiento prematuro y la muerte.^{10,11}

Sin embargo, con las sobredentaduras el paciente acumula una mayor cantidad de placa bacteriana en los pilares de soporte, con el consiguiente aumento de la incidencia de caries dental y enfermedad periodontal. El éxito depende en gran parte de la habilidad del paciente en ejecutar con efectividad los procedimientos de higiene bucal. Es necesario insistir en la importancia de los cuidados escrupulosos en cuanto a higiene bucal realizados en casa por el paciente, además de la importancia de las citas frecuentes de revisión para detectar las lesiones incipientes de caries.

También la presencia de la porción coronal de la raíz de soporte en lo que generalmente es un espacio edéntulo, causa con frecuencia dificultades en la fabricación de las sobredentaduras, por lo tanto, éstas son muchas veces más voluminosas que una prótesis convencional en las áreas que cubren los dientes de soporte y también es mucho más abultada que una prótesis parcial fija. En algunas personas esto puede causar dificultades en la adaptación a las mismas.¹²

Requiere mayor coordinación entre dentista y laboratorio. Además, para el éxito del tratamiento, el estado periodontal es el eslabón más débil de la cadena. En general, los pilares mandibulares tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades periodontales. Por ello, estos pacientes deben examinarse cada 6 meses para mejorar la higiene bucal



y la de las prótesis, reajustar la base de resina a los pilares y tejidos blandos y realizar tratamiento periodontal a los defectos existentes.¹³

En nuestro estudio nos trazamos el objetivo de demostrar el uso de una sobredentadura como alternativa de la rehabilitación protésicas en pacientes desdentados parciales con pérdida de la dimensión vertical.

II. CASO CLÍNICO

Se realiza la valoración de un paciente masculino de 55 años de edad, que acude al servicio de prótesis, remitido de servicios básicos con disfunción masticatoria y la estética afectada.

Anamnesis, motivo de consulta: "cambio de prótesis y mejorar la estética"

Examen físico: Cráneo: braquicéfalo. Cara: Fascie no característica de procesos patológicos. Cuello: Ganglios no palpables. Color de piel: blanca. Pelo: canoso. Labios medianos. Perfil: recto. Competencia labial.

Observación:

- Maxilar: desdentado total. Reborde alveolar residual de forma ovoide, simétrica y regular.

- Mandíbula. Presencia de 31, 32, 34, 41 y 42 con facetas de desgaste. Desdentado bilateral posterior. Reborde alveolar residual de forma triangular y regular.

- Pérdida de la dimensión vertical oclusiva, producto del marcado desgaste y aumento del espacio libre interoclusal. Al ejecutar los movimientos mandibulares de apertura y cierre, presentaba ruidos perceptibles a la palpación en ambas articulaciones.

Halitosis: No presenta. Saliva: Fluida y en concentraciones óptimas.

Test de movilidad: No se observa movilidad.

Exámenes complementarios:

- Prueba de vitalidad pulpar: (+)
- Rx: reforzamiento óseo aumentado, relación normal del diente con el hueso sin evidencias de algún deterioro óseo, con conservación de la lámina dura.

Diagnóstico:

- Bruxismo.



- Disfunción masticatoria.

Procedimientos en clínica y laboratorio

Una vez realizados los exámenes intrabucal y extrabucal, se le debe dar al paciente una previa instrucción sobre higiene bucal e índice de Love del 20 % o menos, ya que el éxito del tratamiento protésico que va a recibir está en su higiene bucal diaria.

Se procede a la toma de impresiones primarias para obtener modelos de estudio. Se analizan los modelos y se realizan preparaciones en los dientes remanentes eliminando aristas y bordes filosos, conservando la mayor cantidad de tejido dentario.

Luego se toman las impresiones definitivas, para obtener en laboratorio los modelos de trabajo. Se confeccionaron las placas de articulación, teniendo en cuenta aumentar la altura del rollo inferior 4 mm por encima del plano oclusal, para resarcir en la relación cráneo-mandibular la pérdida del tejido dentario y la dimensión vertical oclusiva. Se realiza en clínica la relación cráneo-mandibular, mediante el método plástico arbitrario, obteniéndose la dimensión vertical en reposo y oclusiva, así como la relación céntrica mandibular, se selecciona además en este paso clínico el color de los dientes. La selección de los dientes se lleva a cabo con facilidad, ya que los dientes naturales remanentes del paciente sirven de guía. La relación obtenida se monta en un articulador, y una vez articulados los modelos de trabajo, se montan los dientes en oclusión céntrica ajustada. Se realiza el paso clínico de prueba con diente donde se verifica la relación cráneo mandibular realizada, la fonética, la estética, el soporte, la resistencia y la estabilidad de la futura prótesis. En dicho paso clínico se obtiene el sellado periférico posterior.

Se realiza luego en laboratorio el encerado de terminación y los siguientes pasos de laboratorios correspondientes al enmuflado y terminación de los aparatos protésicos. Los cambios resultantes en la oclusión son corregidos antes de sacar las dentaduras de sus modelos con el remonte de los mismos en un articulador; con papel de articular se localiza cualquier contacto oclusal defectuoso en la oclusión céntrica, lateralidad y propulsión y estos son corregidos con piedras montadas. Una vez terminadas las prótesis se rebajaron y pulieron tomando estas su forma definitiva.

Se procedió a la instalación de las mismas en la clínica, cumpliendo las expectativas de los objetivos propuestos. Se analiza la oclusión del caso, observando los movimientos



mandibulares y puntos de contacto existentes durante los mismos. Se le dan al paciente todas las indicaciones sobre uso, higiene y cuidado de las prótesis, una vez hecha la instalación, ya que la misma se coloca sobre dientes vitales que deben ser meticulosamente higienizados.

Control y mantenimiento

Para que la sobredentadura brinde un servicio prolongado, además de seleccionar correctamente al paciente y de emplear procedimientos adecuados, será necesario realizar controles periódicos y eventual mantenimiento de las condiciones obtenidas en el momento de la instalación. Para ello se realizarán controles de placa bacteriana en los pilares y mucosas bucales. Ello implica no solamente las medidas higiénicas de rutina, sino además enjuagatorios fluorados y control en la ingesta de carbohidratos. Por otra parte, los pilares de las sobredentaduras pueden sufrir retracción gingival dejando cemento radicular expuesto, lo que los puede hacer muy vulnerables a la caries. También se debe realizar control de placa bacteriana en las prótesis. El paciente debe ser instruido para higienizar correctamente sus sobredentaduras, con especial atención en la zona donde se encuentran los dispositivos retentivos. El procedimiento recomendado para el cuidado de la prótesis es el cepillado con abundante jabón luego de cada comida. Existen limpiadores químicos, especialmente peróxidos alcalinos recomendados por el estomatólogo para colaborar con la higiene. El control oclusal se debe tener en cuenta ya que la pérdida de soporte, así como posibles reprogramaciones neuromusculares, podrán alterar la oclusión lograda al comienzo. Ello puede generar pérdida de equilibrio oclusal, lo que traería aparejado mayor inestabilidad y riesgos para los pilares.



Figura 1.

Paciente desdentado total superior y parcial inferior con facetas de desgaste.



Figuras 2^a y 2^b. Prótesis parcial acrílica inferior con sobredentadura.



Figura 3. Se observa al paciente rehabilitado.

III. DISCUSIÓN

Una vez rehabilitado este paciente con sobredentadura sobre sus dientes vitales, se le ofrece toda una serie de ventajas biológicas, funcionales y psicológicas, se le devuelve la armonía oclusal, la misma está haciendo función de férula. De esta forma, con un mismo aparato protésico logramos múltiples funciones en el paciente. Se evitaron exodoncias dentarias y la consecuente reabsorción del hueso alveolar, ya que la conservación de los dientes naturales de soporte permiten que las cargas se transmitan a través de estos, lo cual favorece las fuerzas traccionales y con esto la osteogénesis; así mismo, permiten mayor retención, estabilidad y mejor eficacia masticatoria.

Por todo lo anterior se deduce que el tratamiento rehabilitador con sobredentaduras, constituye para la estomatología un procedimiento preventivo que permite la conservación de los dientes naturales, lo cual reduce la pérdida ósea de los rebordes residuales, disminuye el desdentamiento parcial y total de la cavidad bucal, restablece las funciones de todos los componentes del sistema estomatognático y mejora el estado de salud bucal de la población.



Una de las ventajas de utilizar sobredentaduras es la preservación ósea y una mayor estabilidad y retención de la prótesis. Después de una extracción se produce una progresiva e irreversible reabsorción del proceso alveolar. La capacidad de preservar el hueso alveolar que tienen los restos radiculares o dientes vitales con grandes facetas de desgaste provocadas por el bruxismo radica en que transforman las fuerzas compresivas en fuerzas traccionales.

Los informes revisados son, en la inmensa mayoría, favorables al empleo de este tipo de rehabilitación, por la importancia que tiene conservar el mayor tiempo posible los dientes en el arco, y no desdentar completamente al paciente, pues con esta acción, además de mutilarlo, se le condena a usar una dentadura que se apoyará sobre tejidos en continua modificación. Las ventajas que ofrece el uso de las sobredentaduras deben ser tomadas en cuenta y aplicadas.

IV. CONCLUSIONES

Las sobredentaduras representan un tratamiento con éxito en los pacientes parcial completamente edéntulos, estas rehabilitaciones podrían ser empleadas en ausencia de otros tratamientos para satisfacer las necesidades estéticas y funcionales de los pacientes y representan a su vez soluciones económicas, rápidas y conservadoras.

Referencias bibliográficas

1. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed-longitudinal study covering 25 years. J Prosth Dent 1972; 27(2):120-31.
2. Preiskel H W. Fácil ejecución de sobredentaduras soportadas por implantes y raíces. ESPAX S.A.1998.[citado 2018 abril 10]; Disponible en:http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/sobredentaduras_parciales_remo_vibles.asp
3. Barriga A. I. Aditamentos para sobredentaduras soportadas por raíces. UNAM Dirección General de Bibliotecas. Tesis. 2006.[citado 27 abril 2018]; Disponible en:<http://text-mx.123dok.com/document/lq59jd7z-aditamentos-para-sobredentaduras-soportadas-por-raices.html>
4. Tylman S. D. Teoría y práctica de la prostodoncia fija. (7ªed.). Buenos Aires: Intermedica; 1981.
5. Ledger E. On preparing the mouth for the reception of a full set of artificial teeth. Br J Dent. Sci. 1856; 1:90.
6. Atkinson WH. Placa sobre los colmillos. Dent Reg. 1861; 15. 213-6.



Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



7. Grau I, Cabo R. Vigencia práctica del tratamiento con sobredentaduras. Presentación de un caso. Medisur Cienfuegos mayo.-jun. 2012. *versión On-line* ISSN 1727-897X. [citado 2018 mayo 3]; vol.10 no.3 [aproximadamente 10 pp] Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000300010&lng=es&nrm=iso
8. Estrada L A, Mora T. Resistencia al Desalojo de Sobredentaduras con Aditamentos Magnéticos: Estudio *In Vitro*. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Odontología. Marzo 2017 [citado 2018 mayo 3] [aproximadamente 10 pp]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67860/Tesis%20Aditamentos%20Magneticos.pdf?sequence=3>
9. Lauzardo G, Muguercia D, Gutiérrez ME, Áreas O, Quintana M. La sobredentadura, una opción válida en Estomatología. Rev Cubana Estomatol Ciudad de La Habana sep.-dic. 2003. *versión On-line* ISSN 1561-297X. [citado 3 mayo 2018]; v.40 n.3 [aproximadamente 12 pp] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000300004
10. Lemus L, Almagro Z, Justo M, Fuertes L, Fernández E. Alternativa protésica en el tratamiento del bruxismo del adulto mayor: un caso clínico. RevHab CM. 2004 [citado 2018 mayo 15]; Volumen 3, No. 8. [aproximadamente 12 pp] RNPS 2034 ISSN 1729-519X. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-75077003000300007
11. Alvitres KV. Sobredentaduras sobre dientes naturales. Lima: Colegio Médico de Perú; 2008.
12. De Sena E. Sobredentaduras parciales removibles. Acta Odontol Venezolana; 1998; 36(2). [citado 21 mayo 2018]; Disponible en http://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/sobredentaduras_parciales_removibles.asp
13. Fuentes F. Sobredentaduras magnéticas. OdontUrug 1997; 46(1):20-32.