



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**SOBREDENTADURA COMO ALTERNATIVA EN LA REHABILITACIÓN  
PROTÉSICA EN PACIENTES PARCIAL Y TOTALMENTE EDÉNTULOS**

**Autores:**

Br. Daniela Valentina Velásquez Briceño

Br. María Elisa Guevara Parra



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA  
CARRERA ODONTOLOGÍA**



**SOBREDENTADURA COMO ALTERNATIVA EN LA REHABILITACIÓN  
PROTÉSICA EN PACIENTES PARCIAL Y TOTALMENTE EDÉNTULOS**

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de  
ODONTÓLOGO

**Autores:**

Br. Daniela Valentina Velásquez Briceño  
C.I. V-28.001.854  
Br. María Elisa Guevara Parra  
C.I. V-28.408.912

**Tutora:** Od. Martín Correa

San Diego, febrero 2023



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Mediante la presente hago constar que he leído el Proyecto, elaborado por las ciudadanas **Daniela Valentina Velásquez Briceño** y **María Elisa Guevara Parra**, titulares de la cédula de identidad N° **V-28.001.854** y **V-28.408.912**, respectivamente, para optar al grado académico de Odontólogo, cuyo título es **SOBREDENTADURA COMO ALTERNATIVA EN LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES PARCIAL Y TOTALMENTE EDÉNTULOS**, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Proyecto y de Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los 26 días del mes de junio del año dos mil veintidós.

Od. Martín Correa Rondón  
C.I.N° V- 6.138.509



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA  
DEL TRABAJO DE GRADO

Quien suscribe **Martín Correa Rondón**, portadora de la cédula de identidad N° **V-6.138.509**, en mi carácter de tutora del trabajo de grado presentado por las ciudadanas **Daniela Valentina Velásquez Briceño** y **María Elisa Guevara Parra**, portadoras de la cédula de identidad N° **V-28.001.854** y **V-28.408.912**, titulado **SOBREDENTADURA COMO ALTERNATIVA EN LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES PARCIAL Y TOTALMENTE EDÉNTULOS**, presentado como requisito parcial para optar al título de **Odontólogo**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 3 días del mes de febrero del año dos mil veintitrés.

Od. Martín Correa Rondón  
C.I N° V-6.138.509



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE  
GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **SOBREDENTADURA COMO ALTERNATIVA EN LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES PARCIAL Y TOTALMENTE EDÉNTULOS**, realizado por la Br. Daniela Valentina Velásquez, portadora de la Cédula de Identidad N° V-28.001.854. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

En San Diego, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil veintitrés.

Tutor Académico:  
Nombre: Martín Correa Rondón  
C.I.: V-6.138.509

  
Jurado  
Nombre: Elizabeth Villasana  
C.I.: 24300679  
Jurado Carolina Morales  
Nombre:  
C.I.: 13.508322

Fecha 24/2/23



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



### ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del Trabajo de Grado titulado: **SOBREDENTADURA COMO ALTERNATIVA EN LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTES PARCIAL Y TOTALMENTE EDÉNTULOS**, realizado por la Br. María Elisa Guevara Parra, portadoras de la Cédula de Identidad N° V-28.408.912. Cursante de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación.

En San Diego, a los 24 días del mes de Febrero del año dos mil veintitres.

Tutor Académico:  
Nombre: Martín Correa Rondón  
C.I.: V-6.138.509



Jurado  
Nombre: Elizabeth Villasana  
C.I.: 24300679

Jurado  
Nombre: Carolina Morales  
C.I.: 13.508.322

Fecha 24/2/23

## DEDICATORIA

Primeramente este trabajo de grado se lo dedico a Dios quien ha sido mi principal fortaleza y apoyo para seguir adelante en este camino lleno de obstáculos y momentos difíciles.

A mí padre Leonardo Velasquez, que ha sido mi apoyo fundamental en este camino.

A mí madre Maribel Briceño, por estar allí para mí siempre que lo he necesitado, por sus consejos cada vez que sentía que no podía y por su amor infinito.

A mí abuela Ursula, quien esperaba por mí cada tarde al salir de mis labores estudiantiles con la mejor de las energías para consentirme y darme aliento cada vez que lloraba del estrés que a veces causa esta maravillosa carrera.

A mis hermanas Leonela y Gabriela, por siempre ser mi apoyo incondicional y mis mejores amigas.

A mí amigo Eleazar, que durante la pandemia pasaba noches en vela junto a mí explicándome medicina interna y ayudándome cada que lo necesitaba, por darme motivación y ánimos de seguir adelante con mi sueño de ser odontóloga, sinceramente fue un gran apoyo para mí.

A mí amiga María Daniela Noguera, por brindarme su amistad, por quedarse y escucharme cuando lo he necesitado y por ser mi compañerita de tardes de cuentos.

A mí nene Tito Camero, agradezco por tenerme tanta paciencia, darme amor todos los días, porque creíste en mí y sin duda me apoyaste, guiaste y sostuviste cuando más te he necesitado a pesar de los altos y bajos.

Al sr Tony por salvarme aquella tarde a las 6:30pm que no encontraba como regresar a mi casa y se ofreció a ayudar y llevarme amablemente cuando cursaba 1er semestre y era una chica inexperta y con muchos miedos por llegar a una ciudad en donde tenía que aprender a defenderme y enfrentar nuevos retos.

A los dueños de mi residencia Zoraida y Teobaldo, por darme de su amor, brindarme amistad durante mi estadía en la residencia estudiantil, y hacerme sentir como en casa, realmente me los llevo en el corazón.

A mí tutor de trabajo de grado Od. Martín Correa por guiarnos y brindarnos de su conocimiento para lograr satisfactoriamente nuestra presentación,

A mis profesores los cuales fueron primordiales para nutrirme de conocimientos y experiencias.

A mis pacientes por enseñarme a tener paciencia, por permitirme darles una mejor sonrisa y salud, me llenaron de satisfacción infinita al final de cada consulta en este camino lleno de momentos altos y bajos.

A mí casa de estudios la Universidad José Antonio Páez y directores Od Rodrigo Pino y Od. Blasmir Giménez por siempre brindarnos de su apoyo y siempre guiarnos.

Este logro es para todos ustedes, pero también me lo dedico a mí por tener el valor de dejar atrás a personas que quería muchísimo para poder comenzar a cumplir este sueño de tener el Od delante de mí nombre, porque fui perseverante y contante ante las adversidades hasta lograrlo.

*Daniela Velásquez*

## **DEDICATORIA**

Le dedicó este trabajo principalmente a Dios por la vida y permitirme el haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, por ser mi tesoro máspreciado, amiga incondicional, mi apoyo y ejemplo a seguir en todo momento.

A mi padre por sus deseos de verme realizada como Profesional.

A mi abuelita, la cual me siento la persona más afortunada del mundo, porque desde el principio me ha dado su ayuda y apoyo dándome siempre palabras de aliento para nunca rendirme.

A mis abuelitos Víctor Parra y Nicolás López gracias por guiarme y protegerme. donde quiera que estén. Los tengo siempre presente en mi corazón y sus presencias cada día crece en mi alma y me iluminan para seguir adelante en mis proyectos.

A mi tía Laura Isolina Parra por ser siempre un apoyo incondicional y ser tan especial conmigo gracias por tus consejos enseñanzas relacionadas con la carrera que me ayudaron en todo tiempo.

A mis hermanas Laura Saraí Guevara y Esther Sinaí Guevara, por ser espíritu de ánimo y comprensión en todo momento.

*María Elisa Guevara*

## **RECONOCIMIENTO**

El principal agradecimiento a Dios quien me ha guiado y me ha dado fortaleza para seguir adelante

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

Y una mención súper especial para mi profe Martin correa mi tutor estrella agradecida por su apoyo incondicional, por su paciencia gracias por halarme las orejas cuando lo necesitaba por nunca dudar de mis capacidades y conocimientos y me llevo el regalo más bello que es su amistad.

Para mi profe Blasmir Giménez por su cariño, esfuerzo, dedicación durante todo este tiempo y su comprensión en todo momento, por impulsarme a cada día ser mejor, agradezco por sus enseñanzas la cual me ayudaron a ser mejor persona y a desenvolverme como profesional.

A mis amigas Luisana, Luisiana, Jhosleny compañeros en general con los cuales tuve la oportunidad de compartir experiencias durante la carrera por su cariño y apoyo incondicional por siempre estar unidas a pensar de los obstáculos por brindarme lo más valioso que su amistad las amo un montón.

agradezco de todo corazón a esta casa de estudio la universidad José Antonio Páez por la formación que me permitió recibir misma que hoy me convierte en una profesional de la odontología.

*María Elisa Guevara*

## ÍNDICE GENERAL

|                           | CONTENIDO                            | pp. |
|---------------------------|--------------------------------------|-----|
| Resumen Informativo ..... |                                      | xi  |
| Informative Summary.....  |                                      | xii |
| Introducción.....         |                                      | 1   |
| Capítulo                  |                                      |     |
| I                         | El Problema .....                    | 4   |
|                           | 1.1. Planteamiento del Problema..... | 4   |
|                           | 1.2. Formulación del Problema.....   | 7   |
|                           | 1.3. Objetivos.....                  | 8   |
|                           | 1.4. Justificación.....              | 8   |
|                           | 1.5. Alcance y limitaciones.....     | 9   |
| II                        | Marco Teórico .....                  | 10  |
|                           | 2.1. Antecedentes .....              | 10  |
|                           | 2.2. Bases Teóricas.....             | 14  |
|                           | 2.3. Bases Legales.....              | 35  |
| III                       | Marco Metodológico .....             | 36  |
| IV                        | Resultados.....                      | 40  |
| V                         | Conclusiones y Recomendaciones.....  | 45  |
|                           | 5.1. Conclusiones .....              | 45  |
|                           | 5.2. Recomendaciones .....           | 46  |
| Referencias .....         |                                      | 47  |
| Anexo .....               |                                      | 52  |



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**SOBREDENTADURA COMO ALTERNATIVA EN LA REHABILITACIÓN  
PROTÉSICA EN PACIENTES PARCIAL Y TOTALMENTE EDÉNTULOS**

**Autora:** Br Daniela Valentina Velásquez Briceño

Br. María Elisa Guevara Parra

**Línea de investigación:** Odontología Clínica y Correctiva

**Tutor:** Od. Martín Correa Rondón

**Fecha:** febrero, 2023

**RESUMEN INFORMATIVO**

Según la Organización Mundial de la Salud, la esperanza de vida promedio de los adultos mayores aumenta cada año, no así su calidad de vida, debido a la pérdida de piezas dentarias. En regiones como América Latina, el número de personas desdentadas, ya sea parcial o total, ha crecido progresivamente. Este grupo etario, se ha visto en la necesidad de utilizar la prótesis total o parcialmente removible. No obstante, la principal desventaja de usar prótesis removibles es que no son tan efectivas como los dientes naturales para transmitir las fuerzas masticatorias y proporcionar información sobre el nivel de presión que se está aplicando, lo que puede dar lugar a que los dientes protésicos se vuelvan propensos a la pérdida prematura de soporte. El objetivo de este trabajo se basó en investigar diferentes métodos de rehabilitación oral para pacientes parcial y totalmente edéntulos, y una opción son, las sobredentaduras. Estas prótesis dentales ayudan a mantener la estabilidad y aumentan la retención, lo cual es ideal para los pacientes que tienen poca cresta residual o que tienen problemas para adaptarse a una prótesis. Dicho estudio se enmarcó en una investigación documental, de diseño descriptivo y método bibliográfico. Como resultado se observó que las sobredentaduras, son una opción común para la restauración de prótesis tanto parcial como totalmente removibles, pues se colocan sobre los dientes naturales restantes, raíces e implantes osteointegrados. Sin embargo, existen algunas desventajas asociadas con el uso de sobredentaduras.

**Descriptor:** Sobredentadura, edéntulo, prótesis parcial removible.



VENEZUELA BOLIVARIAN REPUBLIC  
JOSÉ ANTONIO PÁEZ UNIVERSITY  
FACULTY OF HEALTH SCIENCE  
SCHOOL OF DENTISTRY



**OVERDENTURE AS AN ALTERNATIVE IN PROSTHETIC  
REHABILITATION IN PARTIALLY AND FULLY EDENTULOUS  
PATIENTS**

**Author:** Br Daniela Valentina Velásquez Briceño  
Br. María Elisa Guevara Parra

**Research line:** Clinical and Corrective Dentistry

**Tutora:** Od. Martín Correa Rondón

**Date:** feb, 2023

**INFORMATIVE SUMMARY**

According to the World Health Organization, the average life expectancy of older adults increases each year, but not their quality of life, due to the loss of teeth. In regions such as Latin America, the number of edentulous people, whether partial or total, has grown progressively. This age group has seen the need to use the totally or partially removable prosthesis. However, the main disadvantage of using removable dentures is that they are not as effective as natural teeth in transmitting chewing forces and providing information about the level of pressure being applied, which can lead to denture teeth becoming prone to premature loss of support. The objective of this work was based on investigating different methods of oral rehabilitation for partially and totally edentulous patients, and one option is overdentures. These dentures help maintain stability and increase retention, which is ideal for patients who have little residual ridge or who have trouble fitting into a denture. This study was framed in a documentary research, descriptive design and bibliographic method. As a result, it was observed that overdentures are a common option for the restoration of both partially and fully removable prostheses, since they are placed on the remaining natural teeth, roots and osseointegrated implants. However, there are some disadvantages associated with wearing overdentures.

**Descriptors:** Overdenture, edentulous, removable partial denture

## INTRODUCCIÓN

Conforme se va envejeciendo, uno de los cambios más temidos y significativos que puede sufrir nuestro cuerpo es la pérdida de dientes. La disminución de piezas dentales es la razón principal por la cual las personas de edad avanzada no mastican correctamente y por ello es posible que no ingieran suficientes nutrientes. Cuando las personas mayores pierden sus dientes, la porción del hueso de la mandíbula que los mantenía en su lugar retrocede gradualmente y no mantiene su altura anterior. Con la edad aparece una leve disminución de la saliva, que puede verse aún más reducida por el uso de algunos medicamentos. Asimismo, las encías pueden adelgazarse y comenzar a retroceder. La sequedad de la boca y la retracción de las encías aumentan la probabilidad de aparición de las caries.

Los adultos mayores que pierden alguno de sus dientes o su totalidad, producto de las caries o por problemas periodontales, ya sea en la arcada superior o en la inferior necesitan probablemente dentaduras postizas parciales o completas. Lo más recomendable para su salud bucodental es rehabilitar la zona, buscar dar solución a los pacientes por medio del uso de prótesis. La implementación de una prótesis dental estará dirigida a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone tanto la dentición natural como las estructuras periodontales.

La reparación y reposición de piezas dentales es un método de elección frente a una variada gama de posibilidades entre las cuales optar y es también una oportunidad

válida para devolver al paciente su autoestima, así como restituirlo al ámbito familiar y a la sociedad. En función a los dientes perdidos se puede optar por la implementación de prótesis parciales o prótesis completas. Lo que impera es restaurar la función masticatoria, la fonética y la estética, y por supuesto prevenir el deterioro de los dientes remanentes. El uso de la prótesis total es imprescindible para reducir la tragedia física y psíquica que se produce en el desdentado, porque permite la transición del dentado natural al artificial, sin cambios faciales ni alteraciones estéticas.

En este orden de ideas, los pacientes pueden elegir colocarse una dentadura postiza tradicional, aunque es indispensable que tomen en consideración aspectos como la masticación, que no le moleste al hablar, ni genere ruidos e incluso se salga de su sitio causando incomodidad en el paciente. Por tal motivo, es imperativo conseguir desde la sustitución de todos o de una parte de los dientes perdidos hasta lograr un aspecto natural y una mordida firme. La idea es recuperar no solo la estética sino toda la funcionalidad. La sobredentadura es una alternativa de prótesis parcial o totalmente removible que otorga una gran sujeción debido a que puede descansar sobre uno o más dientes, raíces o implantes integrados en el hueso restante, pilares que siempre brindan estabilidad y soporte.

Cuando un paciente tiene pocos dientes con mal pronóstico para restauraciones convencionales, muchas veces se decide extraerlos y hacer una restauración total. La conservación de los dientes o del resto de dientes permitirá utilizarlos como dispositivos de anclaje y retención de la prótesis. Además, gracias a estos dientes, se puede lograr mantener cierta propiedad y conservación del ligamento periodontal, rico

en puntas sensibles, que le ayudarán al paciente a lograr ajustar la fuerza masticatoria, detectar pequeños cambios de presión y alcanzar una mayor destreza en los movimientos funcionales.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del Problema**

Hoy en día uno de los principales retos de la odontología es mantener en la boca la mayor cantidad de dientes durante más tiempo, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la pérdida de dientes y el edentulismo siguen teniendo una alta prevalencia alrededor del mundo. La pérdida dentaria es un resultado complejo que refleja la historia de la enfermedad dental, su tratamiento y los determinantes sociales de la salud de los individuos a lo largo del curso de la vida. Además, tiene consecuencias en la apariencia y en la función fisiológica general. En el caso del adulto mayor, la pérdida dentaria limita las capacidades funcionales de la boca, lo cual afecta su calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud el tiempo promedio de vida de las personas adultas mayores se ha incrementado cada año. Sin embargo, la calidad de vida de esta población ha ido disminuyendo, y es precisamente debido a la pérdida de las piezas dentales, lo cual genera dolor y dificultades para la alimentación. Esta realidad es aún más patente en regiones como América Latina, donde la pérdida de dientes aumenta sustancialmente con la edad, de modo que el número de personas edéntulas dentro de estas zonas geográficas va cada día en aumento.

Ahora bien, desde la perspectiva de la rehabilitación bucal, la pérdida de las piezas dentarias naturales significa el detrimento de la vía de transmisión natural de las fuerzas masticatorias y la pérdida de la propiocepción periodontal, por lo que su función y

capacidad tendrá que ser remplazada por receptores de presión menos sensibles, ubicados en la mucosa que soporta la dentadura, en los músculos y en las articulaciones, unido a que los estímulos deben flanquear la barrera constituida por la estructura protésica, dificultando aún más la eficacia sensorial ya disminuida.

Por otra parte, en el adulto mayor principalmente, las prótesis removibles son mayoritariamente mucosoportadas, situación para la cual el hueso alveolar remanente no está fisiológicamente preparado, pues posee una estructura osteoporótica, lo que significa, una pérdida más o menos importante de su masa ósea, que transforma al hueso en un elemento más lábil, sensible a sufrir reabsorción frente a las presiones que se le ejercen (mucosoporte), situación que explica pérdidas prematuras de soporte en prótesis recientemente instaladas. En este orden de ideas, los cambios metabólicos que se producen con el envejecimiento, suelen ser evidentes. Las mucosas orales suelen adelgazarse y atrofiarse, hacerse más frágiles, con un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo. Clínicamente, ello reduce la elasticidad de los tejidos sujetos a presión. También por el factor edad, puede ocurrir una reducción del flujo salival que disminuye el poder de retención de la prótesis.

No obstante, la conciencia del tratamiento protésico entre los pacientes ha repercutido en un incremento en el número de pacientes de edad avanzada que requieren prótesis parciales para reemplazar los dientes perdidos durante el tratamiento protésico. Las prótesis completas superiores e inferiores han sido el estándar tradicional de atención para los pacientes edéntulos durante más de un siglo, con la desventaja de que en ocasiones no proporcionan la suficiente retención y se mueve constantemente dentro

de la cavidad bucal, dando como resultado incomodidad y poca funcionalidad a los pacientes portadores de éstas.

La causa principal de este desalojamiento se debe en parte a la gran reabsorción ósea que se produce debido a la ausencia de órganos dentarios que fueron extraídos anteriormente por enfermedades derivadas de la caries, periodontales, traumatismos, otros. Al avance de la edad, se agregan también, problemas inherentes, como lo es la pérdida del periodonto, ya que gracias al ligamento periodontal el paciente goza de una mayor propiocepción, beneficiando también a la distribución de fuerzas oclusales, algo de lo cual un paciente edéntulo total carece.

Un tratamiento con prótesis total no logra los resultados óptimos que un paciente busca hoy en día, mientras que una sobredentadura sobre dientes naturales le permitirá al paciente conservar la propiocepción periodontal al brindarle un mejor control neuromuscular, se contendrá de manera considerable el proceso de reabsorción ósea gradual y le otorgará una mejor estabilidad y retención protésica. Y aunque este tratamiento ha sido implementado desde hace más de cien años, por lo que dista de ser novedoso, aún se considera como una modalidad favorable de tratamiento.

La sobredentadura es un procedimiento que consiste en la colocación de una prótesis dental completa soportada sobre dientes remanentes o sobre implantes colocados previamente en el reborde residual de uno o los dos maxilares, donde mientras persistan las raíces dentarias persistirá el hueso alveolar que las rodea. Por lo que el éxito de una prótesis, radica en la retención y estabilidad que ejerza sobre el reborde residual. Es necesario considerar que los principales problemas que suelen presentarse

principalmente en las prótesis mandibulares radican en que la ausencia de dichos órganos dentarios propina una reducción considerable del hueso alveolar, lo que genera una deficiencia de retención y por lo tanto de estabilidad para una prótesis futura. Este problema es uno de los muchos que se encuentran comúnmente en personas edéntulas, ya que, a la falta de hueso alveolar hay que agregarle la movilidad lingual durante el habla y la masticación, lo que hace verdaderamente difícil y hasta imposible la función de la prótesis.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación documental, es el de dar a conocer el uso de métodos alternativos para lograr la rehabilitación oral de pacientes parcial y totalmente edéntulos que presenten problemas para el uso de los métodos convencionales. Para ello, se evaluaron las sobredentaduras como una opción de tratamiento para éstos pacientes, ya que la utilización de aditamentos en sobredentaduras aumenta la retención, la estabilidad y es de gran ayuda en pacientes con poco reborde residual o que presenten problemas de adaptación a la prótesis, disminuyendo o incluso deteniendo el grado de atrofia alveolar.

## **1.2. Formulación del Problema**

A efectos de esta investigación se buscó responder a la siguiente interrogante: ¿qué tan efectivas son las sobredentaduras como opción para rehabilitar protésicamente al paciente con problemas de adaptación con los métodos protésicos convencionales?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Evaluar la efectividad de una sobredentadura como opción de rehabilitación protésica en pacientes parcial o totalmente edéntulos.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Examinar los tipos de sobredentadura existentes para la rehabilitación protésica de pacientes parcialmente edéntulos.

Analizar cuáles son las indicaciones y contraindicaciones para la correcta realización de una sobredentadura.

Describir todos los procedimientos para la preparación de los dientes pilares que servirán de soporte para la sobredentadura.

Especificar cuáles son las técnicas que el paciente debe manejar para realizar el mantenimiento adecuado de la sobredentadura.

Determinar la efectividad y beneficios de la rehabilitación protésica en pacientes parcialmente desdentados con sobredentadura.

### **1.4. Justificación de la Investigación**

El tratamiento rehabilitador con sobredentaduras, constituye para la práctica de la odontología restauradora, un procedimiento preventivo que puede permitir la conservación de los dientes naturales, lo cual reduce la pérdida ósea de los rebordes residuales, disminuye el edentulismo parcial y total de la cavidad bucal, restablece las

funciones de todos los componentes del sistema estomatognático, mantiene el ligamento periodontal, logrando de esta manera devolver la funcionalidad, la estética, y favoreciendo el aspecto psicológico del paciente, mejorando el estado de salud bucal de la población.

### **1.5. Alcance y Limitaciones**

Este trabajo se basó en fuentes bibliográficas. Para ello se tomaron en cuenta publicaciones originales realizadas en revistas arbitradas o indexadas publicadas en un periodo no mayor a 10 años. Se realizó una búsqueda por internet utilizando las bases de datos PubMed, Scielo, Medline, Science Direct y Google Académico. Luego de la indagación se seleccionó la información relevante y necesaria relacionada con el problema de investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación**

Los antecedentes reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones. En este orden de ideas, se revisaron las investigaciones más recientes relacionadas con el tema central de la investigación en orden cronológico descendente.

Pozo et al (2022), que lleva por título “Sobredentaduras una opción terapéutica mejor que las dentaduras tradicionales”, artículo publicado en la Revista Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador en la edición julio-diciembre de 2022. Para estos investigadores el edentulismo constituye un problema que afecta la calidad de vida de las personas y es causado por muchos factores, siendo los más comunes la avanzada edad, enfermedad periodontal, fracasos endodónticos o fracturas dentarias. Sin embargo, existen tratamientos rehabilitadores como las dentaduras y sobredentaduras que buscan restablecer la estética y el funcionamiento del sistema estomatognático. Se procuró recopilar información sobre tratamientos rehabilitadores para edentulismo total a fin de comparar su efectividad clínica mediante la aplicación en pacientes. Se presentaron dos casos clínicos: paciente A de sexo femenino, de 65 años, quien acude a la consulta del centro odontológico de la UDLA presentando edentulismo total de las arcadas superior e inferior. Paciente B, de 65 años, de sexo masculino, el cual presenta edentulismo total en la arcada superior. El

tratamiento propuesto fue rehabilitación estética y funcional con prótesis total convencional en el caso A y sobredentadura superior e inferior en el caso B. Los tratamientos clínicos realizados devolvieron la funcionalidad y la armonía de la cavidad oral de manera exitosa, logrando la comodidad y satisfacción de los pacientes <sup>18</sup>. Este trabajo se vincula con esa investigación ya que demuestra que tanto las prótesis convencionales como las sobredentaduras cumplen a cabalidad con lograr la rehabilitación oral de los pacientes.

Rodríguez-Hernández et al., (2020), titulado “Solución con calidad y reducción de tiempo clínico en prótesis bucal. Reporte de un caso”, publicado en la revista Duazary, adscrita a la Universidad del Magdalena, Colombia. En esta investigación, los autores determinaron que, en ocasiones, a los pacientes que precisan rehabilitaciones extensas se les dificulta el tratamiento por el tiempo y por visitas repetidas a la institución de salud. Reportaron un caso clínico con estas características, que presentaba considerable pérdida ósea en todos los dientes remanentes por lesiones periodontales graves y caries dental, necesitado de extracciones dentarias múltiples mediante cirugía bucal y rehabilitación protésica total de forma inmediata, pues disponía de limitado tiempo para tratarse. Al paciente no le era posible rehabilitar con implantes dentarios bajo estas condiciones, de manera que se le indicó prótesis inmediata, agrupando etapas del tratamiento, para disminuir el tiempo del procedimiento habitual sin descuidar la calidad. Se logró un trabajo acorde a las exigencias estético-funcionales del paciente agrupando los pasos de la cirugía bucal y la confección e instalación de prótesis inmediata en tiempo reducido.

Castillo y Miranda (2020), denominado “Sobredentadura. A propósito de tres pacientes”, publicado en la revista Investigaciones Medicoquirúrgicas, órgano oficial del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ), La Habana, Cuba. Este estudio determina que, si bien la sobredentadura es un tratamiento protésico removible total o parcial, como terapéutica no es nueva, pero es una alternativa vigente por los beneficios que se obtienen, fundamentalmente la conservación de los dientes remanentes y con ello la cresta del hueso alveolar. Se muestran entonces los resultados en tres pacientes edéntulos parciales, clínicamente complejos, atendidos en el servicio de prótesis estomatológicas del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas en el año 2019. A los tres pacientes se les confeccionaron historias clínicas, estudios complementarios, realizando el diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y consentimiento informado. Los tres pacientes fueron rehabilitados estética y funcionalmente. Como conclusión se pone en evidencia la vigencia de este tratamiento, como respuesta alternativa en la atención al paciente desdentado parcial basado en la premisa, de que el mejor sostén para las fuerzas oclusales lo constituyen las raíces de los dientes.

Verma et al (2019), titulada “Telescopic overdenture for oral rehabilitation of partially edentulous patient” (Sobredentadura telescópica para rehabilitación oral de pacientes parcialmente edéntulos) publicada en el Indian Journal of Dental Research (IJDR). Es este trabajo se ha descrito un informe de un caso clínico que describe la rehabilitación de un paciente que presentaba arcadas parcialmente edéntulas y dientes pilares comprometidos. El objetivo de este estudio fue restaurar la función y la estética y

mejorar el estado psicológico del paciente mediante la fabricación de una prótesis removible fija utilizando los dientes pilares existentes como sobredentadura telescópica.

Santana-Delgado et al (2019), denominado “Sobredentadura parcial en adulto mayor con bruxismo”, investigación publicada en *Mediciego*, publicación trimestral de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Cuba. El objetivo de esta investigación fue presentar el caso de un paciente adulto mayor diagnosticado de bruxismo excéntrico, con gran pérdida de sustancia dentaria, rehabilitado mediante el empleo de sobredentadura parcial como opción válida de rehabilitación oral. El paciente, masculino, de 70 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus tipo 2, fue remitido desde los servicios básicos estomatológicos a la consulta multidisciplinaria de prótesis de la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila, para definir el tratamiento rehabilitador adecuado a su caso. Ante los riesgos quirúrgicos que presentó, se optó por preservar todos los dientes en boca y la realización de tratamientos pulporradiculares para soportar una sobredentadura parcial removible. Actualmente porta sus prótesis de forma satisfactoria y su calidad de vida ha mejorado. Como conclusión y debido a la pérdida considerable de sustancia dentaria provocada por el bruxismo, la mejor opción en el caso de este paciente fue el tratamiento conservador y el empleo de una sobredentadura parcial removible. Esto permitió mejorar la calidad de vida del afectado y se demostró que es una opción válida de rehabilitación oral.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **Definición de sobredentadura**

Una sobredentadura es una prótesis parcial o total removible que recubre y se apoya en uno o más dientes remanentes, raíces y/o implantes osteointegrados. A ello se debería añadir, que estos pilares aportan siempre estabilidad y de forma parcial o total soporte y/o retención. En la práctica se trata de una prótesis mixta: es decir, es una prótesis total o parcial removible cuya base de resina cubre los implantes dentales osteointegrados. Por consiguiente, se denomina sobredentaduras, o prótesis híbridas a las prótesis totales con apoyos de dientes o de implantes. Se dejan restos aislados de raíces o colocan implantes en los maxilares y se construyen prótesis totales sobre ellos.

Cuando un paciente tiene pocos dientes remanentes con mal pronóstico para restauraciones convencionales, con mucha frecuencia se decide su exodoncia y la elaboración de una prótesis total. La conservación de dientes o restos dentarios, permitirá emplearlos como dispositivos de anclaje y retención de la prótesis. Por otra parte, el hueso alveolar, está en función a los dientes, al perder éstos, se produce una reabsorción ósea gradual irreversible. En la sobredentadura, manteniendo los restos radiculares y cargándolos verticalmente se puede disminuir este fenómeno.

Además, a través de la conservación de estos dientes se puede mantener una cierta propiocepción, a través de la conservación del ligamento periodontal, rico en terminaciones sensitivas con lo que el paciente podrá regular las fuerzas masticatorias, detectar pequeños cambios de presión y una mayor finura de movimientos funcionales. Los inconvenientes estarán en la mantención de higiene y alteraciones periodontales

por acumulación de placa y detritus, así como por la incidencia de cargas oblicuas u horizontales. Por otra parte, las sobredentaduras están confeccionadas con unas resinas especiales para prótesis, con dientes de acrílico y con un refuerzo metálico de cromo y cobalto en su base. Esta estructura permite obtener una dentadura postiza resistente y que no se rompe con facilidad.

### **Tipos de sobredentadura existentes para la rehabilitación protésica de pacientes parcialmente edéntulos**

La sobredentadura está indicada en casos de pacientes con ausencia de piezas dentales, tanto superiores como inferiores que requieren una prótesis estable. En general, se pueden dividir en sobredentaduras según el medio de soporte de la prótesis: en sobredentaduras soportada por dientes naturales y sobredentaduras implanto soportadas y según el tipo de prótesis: en sobredentaduras totales y sobredentaduras parciales removibles.

#### **1. Según el medio de soporte**

- Soportada por dientes naturales: se pueden dividir en dos grupos las sobredentaduras sin medios retentivos y sobredentaduras con medios retentivos.
- Sin medios retentivos: la sobredentadura ira apoyada sobre dientes naturales sin tratamiento endodóntico que se han ido abrasionando poco a poco, suelen necesitar poca reducción para darles la forma conoide adecuada. Es una técnica conservadora y simple también puede darse el uso de dientes con tratamiento de endodoncia en este

caso se deja el diente 1 ó 2 mm por encima del borde libre de la encía. Cuando se mide desde el hombro del implante hasta el borde incisal, el espacio necesario para este tipo rehabilitación es de aproximadamente 1,2 a 1,4mm. Se realiza tratamiento endodóntico y periodontal y se cierra el conducto con obturación de amalgama ionómero o resina.

- Cuando la raíz se deja al nivel del borde libre de la encía, se trata igual que el anterior, y la raíz se cubre con capuchones colados cortos en metal que lleva un poco de espiga dentro del canal radicular. Si se usan capuchones metálicos cubiertos por una estructura de cromo-cobalto se incorporan a la sobredentadura.

## **2. Con medios retentivos**

Este tipo de sobredentadura consta de aditamentos que brindaran mayor retención a la prótesis estos pueden ir ajustados por fricción de la base de la dentadura a los dientes pilares o mediante fijación mecánica de la base de los pilares por medio de ataches de tipo parte macho (ubicable en la raíz) y parte hembra (en la parte protética) o tipo barras. En el último caso, se consigue mayor retención y estabilidad de la prótesis, pero lógicamente es mayor la complejidad clínica y de laboratorio, así como mayor costo.

## **3. Soportada por implantes**

Si los dientes conservados de la dentición preedéntula no son adecuados como pilares dentales, debe considerarse la colocación de implantes dentales. La construcción de dentaduras totales completas, en épocas anteriores, era el único tratamiento que se podía ofrecer a los pacientes edéntulos, hasta que se introdujo la variedad de implantes

subperiósteos y endoóseos. Definitivamente fue un avance de oseointegración como una opción para el tratamiento de pacientes edéntulos, quienes escogen prótesis fijas implantadas, en su necesidad de aumentar la estabilidad y retención de las prótesis completas. La mayoría de los pacientes tienen dificultad para adaptarse a una dentadura total superior, recomendada e indicada en algunos casos. Estos se clasifican:

Sin medios retentivos:

- Implantes soportados: Cuando la cantidad de implantes es de cuatro o más y su ubicación en los maxilares sea adecuada. Este tipo de prótesis permite disminuir las extensiones de los flancos, posee una excelente estabilidad y retención, transmitiendo la carga a través de los implantes, disminuyendo la pérdida ósea.

Con medios retentivos:

- Implantes retenidos: Utilizan algún medio de retención fijado a los implantes que evitan que las mismas se desplacen de su sitio.

#### **4. Según el tipo de prótesis**

##### **Sobredentaduras parciales removibles**

Está indicada para aquellos casos en los que los pacientes tienen piezas faltantes contiguas. Este tipo de sobredentadura sustituye a los llamados puentes. En pacientes desdentados parciales ocurre frecuentemente que la retención de uno o más dientes con deficiente soporte periodontal sea importante para mejorar el soporte, la retención o la estabilidad de una prótesis parcial removible en esos casos se habla de una sobredentadura parcial removible.

Según McDermott y Grasso (1990) cuando se va a tener algunos dientes para ser usados en sobre dentaduras debe seguirse la clasificación para desdentados parciales de Kennedy como si fuera a extraer el diente y el número del diente conservado para sobredentadura. Las exigencias endodónticas y periodontales para la conservación de los dientes pilares destinados una sobredentadura parcial removible son las mismas que para una sobredentadura total, la distribución de dientes variara por situaciones mecánicas.

Los sistemas de clasificación para las dentaduras parciales removibles las agrupan generalmente por el tipo y la calidad del soporte disponible a partir de las estructuras bucales y de manera histórica se vinculan con los intentos por sistematizar los ganchos y las estructuras metálicas. La mayoría de los odontólogos domina el sistema de Kennedy para clasificar las dentaduras parciales removibles, Sin embargo, para las sobredentaduras parciales removibles no hay en la actualidad algún método para anotar la presencia y posición de los soportes de la sobredentadura.

### **Sobredentadura total**

Se denominan sobredentaduras total a la sobredentadura que cuenta con apoyos de dientes o de implantes. Puede reemplazar una arcada completa, ya sea superior, inferior o ambas. A nivel de la fibromucosa se dejan restos aislados de raíces o colocan implantes en los maxilares y se construyen prótesis totales sobre ellos.

## **Indicaciones para la correcta realización de una Sobredentadura**

El tratamiento con una sobredentadura estará indicado en las siguientes situaciones:

- Presencia de dientes remanentes que no soportarían ser pilares de una restauración convencional en prótesis fija o removible, pero que están en buenas condiciones como para no extraerlos y ser considerados como retenedores de una sobredentadura.
- Pacientes en los que se prevea que la adaptación de una prótesis completa será problemática, la conservación de algún pilar proporcionara a este paciente mayor comodidad y seguridad.
- Pacientes que se niegan a la extracción de remanentes dentarios para la realización de una prótesis total convencional, el uso de una sobredentadura demora el paso hacia el uso de prótesis completas.
- Cuando el paciente presenta una arcada casi edéntula y el antagonista presenta todos los dientes o una edentación parcial, la mantención de los dientes pilares lograra evitar el desarrollo del síndrome de Kelly.
- Cuando el paciente siendo firme candidato a una prótesis completa presenta algún diente en esa arcada que pueda ser aprovechado para mantener el hueso alveolar y aportar estabilidad, aunque no intervenga directamente su retención.
- Situaciones de extremo desgaste dentario, este habría causado una retracción pulpar con lo cual se evitaría el tratamiento endodóntico de estas piezas, el realizar una sobredentadura sería una forma económica y sencilla de rehabilitar al paciente, ya que para realizar prótesis fija sería necesario recurrir a la endodoncia.

- En caso de defectos maxilofaciales, congénitos o adquiridos que afectan paladar o suelo de boca, (como por ejemplo el paladar fisurado), la sobredentadura permitirá reponer las estructuras perdidas.
- En situaciones de alteraciones congénitas que conllevan la presencia de un número reducido de dientes permanentes (ejemplo displacia ectodérmica anhidroica).
- En situaciones de alteraciones congénitas o adquiridas que afecten la estructura dental (ejemplo. amelogénesis imperfecta).

### **Contraindicaciones sobre el Uso de las Sobredentaduras**

Las sobredentaduras están contraindicadas cuando los pacientes pueden ser tratados con otros tipos de restauraciones que le brinden mejores ventajas. También están contraindicadas cuando el estado periodontal, endodóntico o la posición del pilar, impidan su conservación y mantenimiento y comprometan el factor estético y la adecuada construcción de la sobredentadura. Winkler- Wongthai, (1984) afirman que las sobredentaduras no están indicadas cuando existen dientes remanentes que pueden servir como pilares adecuados para restauraciones fijas o dentaduras parciales removibles.

### **Movilidad Dentaria**

Cuando las piezas dentarias presenten un grado de movilidad muy marcada no serán de utilidad para la confección de una sobredentadura, puesto que no ayudarán en la retención y estabilidad de la misma. Por tanto, será una contraindicación en piezas que

se encuentren en este estado. En muchas situaciones se revierte esa movilidad al cortar la porción coronaria por lo cual es una contra indicación relativa.

### **Inclinación Radicular Excesiva**

La angulación de los dientes también juega un papel importante. Las fuerzas oclusales están distribuidas más efectivamente cuando están dirigidas por todo lo largo del eje axial de los soportes. En condiciones normales la inclinación labial extrema de los caninos imposibilita su uso a favor de los premolares o incisivos para permitir una vía mejorada de inserción y un soporte más natural del labio.

### **Espacio Interoclusal Reducido**

Siempre hay que valorar el espacio interoclusal disponible ya que permitirá saber no solo si es factible el tratamiento con sobredentadura, sino que además será la referencia para elegir el tipo de anclaje siempre y cuanto espacio haya para él. Cuando el espacio interoclusal es insuficiente para acomodar la porción coronal de la raíz retenida y la prótesis subyacente; la situación se torna crítica, en especial cuando se usan dispositivos de retención.

Morgano y Crum, (1991) contraindican las sobredentaduras cuando hay un inadecuado espacio interoclusal o intermaxilar; esto ocurre cuando el hueso alveolar y los dientes ha sobre-erupcionado, disminuyéndose así el espacio interoclusal o intermaxilar, caso en el cual ni aún con la sobrerreducción misma de los dientes de soporte se puedan colocar los dientes artificiales en la dimensión vertical fisiológica de oclusión. Estos

espacios deben ser evaluados cuidadosamente durante las etapas de diagnóstico y de planificación del tratamiento.

### **Retenciones Vestibulares Profundas**

La vía de inserción de la prótesis ha de ser compatible con la correspondiente a las retenciones vestibulares, a menos que se pudieran eliminar quirúrgicamente las retenciones de los rebordes.

### **Mala Higiene**

Se produce cuando no se logra que el paciente adquiera la motivación necesaria para mantener un alto nivel de higiene oral. Aunque no se considera una contradicción absoluta, ya que siempre se puede mejorar a través de la enseñanza de medidas higiénicas y de la motivación del paciente.

### **Conservación de remanentes dentarios y características que debe cumplir**

Las principales ventajas que brinda la conservación de remanentes dentarios son:

#### **1. Mantenimiento de la altura del hueso alveolar**

Diversos estudios señalan que la reabsorción ósea es acentuada durante los primeros años, luego de extraídas las piezas dentarias, y afirman que la reabsorción en la mandíbula es 4 veces mayor que en el maxilar. Otros estudios demostraron que las sobredentaduras disminuyen en el 50 % la reabsorción ósea durante el primer año luego

de las extracciones. Por otra parte, se comparó la pérdida ósea entre pacientes con prótesis convencionales y sobredentaduras. Por ejemplo, en pacientes con prótesis total superior y sobredentadura inferior, al cabo de 5 años, la mandíbula se había reabsorbido 0,6 mm y el maxilar 1,8 mm. Las raíces que se conservan mantienen a su vez el hueso a su alrededor, y si hay varias, también puede permanecer sin reabsorberse el hueso situado entre ellas. Al conservar el hueso alveolar se produce menos trauma a los tejidos remanentes, aumentando se el soporte, la retención y la estabilidad protética.

## **2. Conservación de la propiocepcion periodontal**

La mucosa oral sobre la que se apoyan las dentaduras completas tiene mucho menos sensibilidad a las fuerzas oclusales que las terminaciones nerviosas (mecanorreceptores) del ligamento periodontal de los dientes naturales. Por este motivo, al conservar las raíces, sobre todo la de los caninos, que es la pieza con mayor representación neuronal en el sistema nervioso central, se observan las ventajas siguientes: se regula con más eficacia la fuerza masticatoria, se diferencian cambios de presión más pequeños y aumenta la eficacia masticatoria muscular. Las terminaciones nerviosas propioceptivas actúan de señal de alarma ante las sobrecargas, y así evitan la reabsorción ósea.

## **3. Mejor control neuromuscular y distribución de fuerzas funcionales**

El mejor control neuromuscular y la distribución de fuerzas funcionales se logra mantener en los pacientes que optan por la utilización de una sobredentadura gracias a

que las fuerza oclusales actúan sobre los dientes en el acto masticatorio estimulan receptores del ligamento periodontal que llevan la información al núcleo sensitivo principal del trigémino o al mesencefálico, pudiendo alcanzar el núcleo motor o masticador por vías directas o indirectas. Estas últimas hacen relevos en áreas como el tálamo, cerebelo y corteza. También hay estímulos desde la Articulación Temporomandibular (ATM), músculos y hasta por el aparato auditivo, por ejemplo, cuando mordemos el pedacito de hueso contenido en un trozo de carne el ruido producido hace detener las fuerzas que estábamos usando para triturar la carne, por aumento de presión sobre los ligamentos periodontales, lo cual genera una reacción muscular (la contracción isotónica se hace isométrica) producto del sonido al quebrarse el hueso. La inhibición del cierre (reflejo flexor) sería la respuesta a una coordinación de esos estímulos sensitivos con los núcleos masticadores mismos que a su vez regulan la musculatura, y previenen que los dientes que ocluyen lesionen tejidos blandos (lengua o carrillos) esos núcleos motores reciben estímulos del complejo hipogloso.

El contacto dentario durante la masticación o deglución proporciona un flujo constante de información a los núcleos del tallo encefálico y esa fina regulación neuronal de la posición mandibular queda demostrada en la posición altamente reproducible en el articulador. Cuando los dientes contactan en esa posición intercuspil por acción del cierre mandibular, se produce un flujo de impulsos aferentes desde la membrana periodontal que se va incrementando a medida que progresan los contactos, buscando inhibir los músculos elevadores y activar los depresores para favorecer la apertura bucal.

Estos contienen pocos husos musculares, por ello los propioceptores periodontales servirían de retroalimentación para el reflejo de apertura cuando son estimulados pudiendo participar en este reflejo defensivo los órganos tendinosos de Golgi (OTG). Este mecanismo de protección al cual pareciera que se presentan más sensibles los dientes anteriores y sus membranas periodontales, se encuentra alterado en actividades parafuncionales como el bruxismo por adaptación receptora. El cerebelo no inicia ningún movimiento mandibular masticatorio, pero puede participar en la coordinación o sinergismo de los músculos inherentes. La influencia puede ser no decisiva en pacientes con lesiones cerebelosas (temblor intencional), que pueden masticar en forma aceptable, pero llega a ser decisiva en pacientes con trastornos cerebelosos (asinergia y adiadococinesis) que no pueden masticar.

La masticación puede comenzar voluntariamente por activación de motoneuronas superiores presentes en corteza, luego podrá continuar en forma involuntaria bajo control de vías subcorticales inferiores sin que se produzcan contactos dentarios, los cuales aparecen en las fases finales del ciclo masticatorio previos a la deglución. La decisión de deglutir dependerá de factores como consistencia del alimento (finura), intensidad de sabor y grado de lubricación conseguida. Los labios se cierran sellando la cavidad oral, los dientes se ubican en máxima intercuspidación estabilizando la mandíbula y se efectúa la deglución. Los contactos dentarios que estimulan los receptores periodontales en una deglución normal podrían desempeñar un papel importante en la determinación del número de golpes masticatorios necesarios antes que se produzca la deglución del bolo alimenticio.

### **Mejor Estética**

Las cualidades estéticas de la sobredentadura proporcionan más amplitud en el concepto del diseño de la prótesis. Otra de las ventajas que presenta este tratamiento, es que, al mantener los remanentes radiculares, existe una preservación de los rasgos faciales y tonicidad muscular labial, brindándole de esta manera al paciente un aspecto más acorde a su edad.

### **Colaboración del Estado Psicológico del Paciente**

Los pacientes, con frecuencia, son reticentes a la extracción de las últimas piezas dentarias, aunque éstas se hallen en un estado desfavorable. La idea de no tener un solo diente propio les suele aterrar. La sobredentadura en este sentido, es el mejor tratamiento en pacientes que no están preparados psicológicamente para perder sus últimas piezas dentarias, evitando de esta manera, la sensación de quedarse completamente desdentado. Otorgándole así al paciente un estado psicológico de seguridad y confianza, personal y socialmente.

### **Procedimientos para la preparación de los dientes pilares que servirán de soporte para la sobredentadura**

Depende de una serie de factores, entre ellos los siguientes:

## **1. Morfología del Diente**

En el maxilar superior se usan de mayor a menor frecuencia, como pilares de las sobredentaduras; caninos, incisivos centrales, segundos premolares y primeros molares. Se usan más los caninos, porque suelen ser los últimos que se pierden; biológicamente son los que tienen las raíces más largas y, por lo tanto, más terminaciones nerviosas.

En la mandíbula, y también de más a menos, tenemos: caninos, primeros o segundos premolares, primeros molares y a veces los incisivos. Aquí, morfológicamente los caninos y premolares son los que tienen las raíces más largas. Los incisivos se usan muy poco debido a su raíz débil y a su estrechez mesiodistal. Los molares inferiores deben usarse siempre que se pueda, ya sea hemiseccionados para aprovechar la raíz en mejor estado, o bien todo el molar con ambas raíces, pero aquí el problema puede presentarse en la bifurcación.

Los caninos maxilares y mandibulares son los pilares más usados debido a su posición estratégica, unen los segmentos anteriores y posteriores y protegen de sobrecarga y reabsorción al segmento anterior. En el caso de que falte algún canino, los incisivos centrales ayudan a desarrollar la misma función. Es preferible utilizar los caninos como pilares debido a que:

- Normalmente son los dientes más duraderos de la arcada dental.
- Están localizados en una situación estratégica.
- La raíz es larga y tiene una forma ovalada que asegura una buena retención en el maxilar. El tratamiento endodóntico es relativamente sencillo.

Los segundos premolares superiores son, después de los caninos, los más indicados como pilares de este tipo de aparatos, por las siguientes razones:

- Su posición en la arcada.
- Están ubicados a la mitad, entre la cortical bucal y palatina, y suelen tener buen soporte óseo, y ser unirradiculares, lo cual evita problemas de bifurcaciones.

### **Soporte alveolar**

Para seleccionar un diente como pilar debe explorarse tanto clínica como radiográficamente. Clínicamente hay que usar la sonda periodontal para detectar la presencia y profundidad de bolsas periodontales. Comprobar la movilidad, aunque ésta mejorará después de reducir la corona, pero si hay un movimiento de 2 mm o más no deben ser escogidas como pilares. Radiográficamente, lo más importante es comprobar la morfología de la raíz. Así, raíces cónicas y cortas ofrecen poca fijación al hueso alveolar y escasa resistencia a las fuerzas de rotación.

### **Inclinación axial**

La inclinación del pilar es importante principalmente por dos razones, la carga funcional del aparato se transmite a la raíz pilar en el sentido de su eje axial, lo cual favorece su mantenimiento. La inclinación de la raíz y de la cámara pulpar es importante si vamos a usar algún sistema de ataches que necesite preparación intrarradicular, y ésta debe ser paralela entre varios pilares.

### **Localización en la arcada y número de pilares**

Un principio importante al elegir los pilares dentales es la consecución de la estabilidad de la sobredentadura. Esto se logra distribuyendo los pilares dentales de forma simétrica en el maxilar, dentro de la propia arcada dental, o entre los maxilares superior e inferior. Para conseguir una distribución simétrica de los pilares dentales, debe dividirse el maxilar en cuatro zonas. Dependiendo del número de dientes adecuados presentes, deben aplicarse las siguientes reglas al considerar la distribución de los pilares dentales:

- El objetivo debe ser conservar al menos un pilar dental por cuadrante.
- Si se decide conservar más de un pilar por cuadrante, es preferible que no sean dientes adyacentes.

En el maxilar, el número ideal de pilares es de cuatro: dos caninos y dos segundos premolares. Lo ideal es que los pilares no sean dientes vecinos, pues así al paciente le es más fácil mantenerlos sanos con la higiene casera. Para la mandíbula podemos hacer las mismas consideraciones clínicas, con algunas excepciones. Aquí es muy positivo conservar alguna raíz de los molares. Si se conservan los caninos, es mejor eliminar los incisivos, ya que los caninos conservan el hueso que hay entre ellos. En el caso de la mandíbula, dos molares o dos segundos premolares, junto a los dos caninos, es el número ideal de pilares.

Cuatro pilares distribuidos de forma bilateral en la arcada dental proporcionan los mejores resultados, ya que esta situación ofrece la máxima estabilidad para la sobredentadura.

Tres pilares son adecuados para una sobredentadura, siempre que estén distribuidos en dos cuadrantes y muy separados entre sí.

Dos pilares dentro de la arcada dental suelen ser sencillos de conseguir, pero esta situación podría ser desfavorable si estos están demasiado separados o juntos entre sí.

Un pilar está contraindicado ya que favorecerá a una mayor reabsorción alveolar.

### **Técnicas que se debe manejar para realizar el mantenimiento adecuado de la sobredentadura**

El mantenimiento de la sobredentadura sobre dientes implicará tanto a los dientes pilares como a la prótesis, controles periódicos al paciente cada 6-12 meses. Mientras que el primer año se debe evaluar al paciente cada 6-8 meses para el control de la dentadura y si es necesario rebasar la prótesis. Si la sobredentadura es inferior necesitará controles más mediatos pues la reabsorción se dará más gradualmente que con una prótesis superior. En cada cita de revisión se valorará el estado el estado de los pilares con aparatos de ultrasonido y se limpiará la sobredentadura de cálculo presente. Los anclajes ya sean axiales o barra, van perdiendo fuerza retentiva tanto por desgaste como por desajuste, ello obliga a reactivaciones periódicas, y a cambiar las hembras si el caso lo amerita.

Entendiendo que la sobredentadura tiene un método de enganche macho y hembra que permite una mejor sujeción, y que facilita además que el paciente pueda quitársela sin ayuda. Gracias a este sistema, el paciente podrá anclar perfectamente su prótesis a los implantes, que deberán ser un mínimo de dos y un máximo de cuatro. La

sobredentadura encaja sobre la barra que son los dos tipos de sistemas que existen, y asegura su posición correcta al presionar con los dedos, hasta escuchar el sonido que indica que ha encajado.

Es fundamental la mantención de una correcta adaptación de bases a la mucosa sobre todo en la mandíbula ya que con el tiempo el espacio entre hembra y macho se va perdiendo debido a la reabsorción, en estos casos no es aconsejable cambiar la hembra si no solo realizar un rebasado pues lo importante es la adaptación de la prótesis sobre la mucosa adyacente. Se cambiará la hembra en caso de que el paciente se queje que la prótesis se afloja muy rápidamente esto se dará ya que la hembra ha sido situada en una posición muy oclusal respecto al macho y como consecuencia de ello no se adaptara correctamente la prótesis y con el acto masticatorio se ira desactivando progresivamente el anclaje. (esto solo en el uso de anclajes en bola). En el caso de la barra si no se ha dejado espacio por debajo de ella y se apoyan las aletas de caballito sobre las bases previamente se ira desactivando la barra con necesidad de ser calibrada nuevamente debe existir un espacio entre la parte superior de la barra y la base de soporte por el técnico.

## **Instauración de fase de mantenimiento periodontal**

### **1. Control de la placa bacteriana en los pilares y en la mucosa**

Ettinger (1996) valoró a lo largo de 12 años el acumulo de placa bacteriana en pilares de sobredentaduras tanto maxilares como mandibulares teniendo como resultado el mayor acumulo de placa bacterianas en los pilares mandibulares ya que los maxilares

son más fáciles de limpiar y se encuentran alejados de los conductos salivares. Cuando se valoró cálculo y placa se vieron más afectados los pilares inferiores, pero cuando se valoró solamente el acumulo de placa no se hallaron diferencias estadísticamente insignificantes entre ambas arcadas.

## **2. Higiene adecuada de la boca y prótesis, técnicas que debe manejar el paciente**

La higiene de la boca y de la prótesis debe hacerse después de cada comida, y especialmente en profundidad, antes de acostarse, porque durante el sueño se produce menos saliva, con lo que disminuye el efecto protector de ésta frente a la caries y la enfermedad periodontal. La caries puede ser un problema significativo en los soportes de la sobredentadura, así como la caries puede desarrollarse a corto plazo después de la inserción de la prótesis. Cuando el riesgo de caries sea mayor se recomendará la autoaplicación diaria o semanal de gel fluorado en la zona de los pilares. También son importantes los enjuagatorios con soluciones que contengan clorhexidina o su combinación con flúor y xilitol. Periódicamente pueden ser necesarios raspajes y alisados de los pilares para mantener el estado de salud periodontal.

- Limpieza del elemento fijo: se realizará mediante un cepillado horizontal con cepillo de cerda suave, alrededor de los dientes, y de las raíces y elementos de sujeción cementados a las mismas. Si hay barras, es conveniente utilizar cinta o seda dental entre ellas y la encía.

- Limpieza de la parte removible: la parte removible se debe limpiar fuera de la boca, al menos una vez al día en profundidad. 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 es el cepillado con abundante jabón luego de cada comida. Existen limpiadores químicos, especialmente peróxidos alcalinos recomendados por el odontólogo para colaborar con la higiene. Conviene quitar las prótesis para dormir, para que los tejidos descansen diariamente unas horas de la presión a que pudieran verse sometidos. A su vez, mientras duerme, se deben conservar las prótesis en un medio húmedo, es preferible, en un vaso con agua, a la que se puede añadir pastillas desinfectantes comercializadas para ese fin.

### **2.3. Bases Legales**

Este tipo de investigación es la que se realiza, como su nombre lo indica, apoyándose en fuentes de carácter documental, esto es, en documentos de cualquier especie. Ahora bien, la investigación científica es, generalmente, un proceso en el que participan varias personas, es cada vez más escasa la publicación de resultados de investigación por parte de un solo autor. Esto hace que los productos de investigación, particularmente el artículo científico, encajen dentro del concepto de obra en colaboración, entendida como aquella que es producida con la participación de dos o más personas naturales, cuyos aportes individuales no pueden ser separados. Es por ello que debe destacarse la protección legal que ampara a este tipo de obras, en el ámbito venezolano mediante la Ley sobre Derechos de Autor, promulgada en 1993 por el Congreso de la República y publicada en la Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria del 1 de octubre de 1993. Para efectos de esta investigación, los artículos 1 y 2 son elocuentes:

Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley protegen los derechos de los autores sobre todas las obras del ingenio de carácter creador, ya sean de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino.

Artículo 2.- Se consideran comprendidas entre las obras del ingenio a que se refiere el artículo anterior, especialmente las siguientes: los libros, folletos y otros escritos literarios, artísticos y científicos.

De igual forma, y dado el hecho de que la gran mayoría de los artículos se produjeron en el extranjero, se toma en consideración el Convenio de Berna, que fue adoptado en 1886, y que trata de la protección de las obras y los derechos de los autores a nivel mundial. Ofrece a los creadores como los autores, músicos, poetas, pintores, entre otros, los medios para controlar quién usa sus obras, cómo y en qué condiciones. Se esgrime el artículo 5° del mencionado Convenio (Derechos garantizados fuera del país de origen: 1 y 2; en el país de origen: 3):

1. Los autores gozarán en lo que concierne a las obras protegidas en virtud del presente Convenio, en los países de la Unión que no sean el país de origen de la obra, de los Derechos que las leyes respectivas conceden en la actualidad o concedan en lo sucesivo a los nacionales, así como de los Derechos especialmente establecidos por el presente Convenio.

2. El goce y el ejercicio de estos Derechos no estarán subordinados a ninguna formalidad y ambos son independientes de la existencia de protección en el país de origen de la obra. Por lo demás, sin perjuicio de las estipulaciones del presente Convenio, la extensión de la protección, así como los medios procesales acordados al

autor para la defensa de sus Derechos se regirán exclusivamente por la legislación del país en que se reclama la protección.

3. La protección en el país de origen se regirá por la legislación nacional. Sin embargo, aun cuando el autor no sea nacional del país de origen de la obra protegida por el presente Convenio, tendrá en ese país los mismos Derechos que los autores nacionales.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

El marco metodológico está referido al conjunto de procedimientos lógicos, tecno-operacionales, implícitos en todo proceso de investigación, con el objeto de ponerlos de manifiesto y sistematizarlos; a propósito de permitir descubrir y analizar los supuestos del estudio y de reconstruir los datos.

#### **3.2. Nivel de Profundidad de la Investigación**

El presente estudio se basó en la investigación documental. Según Baena (1985), es una técnica que consiste en la selección y compilación de información a través de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos, bibliotecas, bibliotecas de periódicos, centro de documentación e información. Por su parte, Garza (1988), señala que la investigación documental se caracteriza por el uso predominante de registros gráficos y sonoros como fuente de información (...), registros en forma manuscrita e impresos.

La investigación documental consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que parten de otros conocimientos e informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de manera selectiva, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio. Es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios; a partir de los

obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos.

### **3.3. Diseño de la Investigación**

El diseño del actual trabajo es el de una investigación descriptiva, que no es más que un conjunto de observaciones que se realizan en torno a un determinado tema, y que conllevan a la puntualización de rasgos referentes al fenómeno en observación. La misma comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente.

### **3.4. Procedimiento metodológico**

#### **3.4.1. Método de Búsqueda de Información**

Se realizó una búsqueda por internet en las bases de datos PubMed, Scielo, Science Direct y Google Académico, en inglés y en español, utilizando como palabras claves: calidad de vida, pacientes edéntulos y prótesis totales. Para seleccionar los artículos a ser procesados se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

### **3.4.2. Criterios de Inclusión y Exclusión**

Criterios de inclusión:

Se define como criterios de inclusión a todas las características particulares que debe tener un documento u objeto de estudio para que sea parte de la investigación. En el caso de esta investigación, los criterios de inclusión a ser considerados fueron:

- Artículos de investigación o de revisión publicados en las bases de datos más conocidas especializadas en el área de salud, como PubMed, Scielo, Medline, Science Direct y en Google Académico.
- Que estén avalados por publicaciones arbitradas, que son aquellas en donde cada artículo, antes de su publicación, debe ser examinado al menos por dos académicos conocidos como árbitros.
- Artículos de investigación o de revisión publicados en las bases de datos más conocidas especializadas en el área de salud, como PubMed, Scielo, Medline, Science Direct y en Google Académico.
- Que estén avalados por publicaciones arbitradas, que son aquellas en donde cada artículo, antes de su publicación, debe ser examinado al menos por dos académicos conocidos como árbitros.
- Que presenten un resumen; criterio que identifica los trabajos científicos de los que no lo son.
- Que contengan datos del tema base de acuerdo a los indicadores de búsqueda.
- Haber sido publicado en el periodo comprendido entre el 2017 y el 2022.

### Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión son las condiciones o características que presentan las fuentes de información que pueden alterar o modificar los resultados, que en consecuencia los hacen no elegibles para el estudio. Los criterios de exclusión de la presente investigación fueron:

- No estar en el rango de publicación entre el 2015 y el 2021.
- Artículos no relacionados con la temática en investigación.
- Artículos de opinión y no de revistas científicas.
- Investigaciones duplicadas o sin resumen.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS CRÍTICO**

#### **4.1. Análisis y Presentación de Resultados**

En esta revisión bibliográfica se analizaron diferentes estudios relativos a las prótesis denominadas sobredentadura. Un tratamiento protésico removible total o parcial, nada nuevo como terapéutica, pero es una alternativa vigente por los beneficios que se obtienen, fundamentalmente, la conservación de los dientes remanentes y con ello la cresta del hueso alveolar y sus diferentes usos. Además, se revisaron casos clínicos donde el uso de éstos dispositivos ayudó a los pacientes a mejorar el estado de sus prótesis y restaurar el soporte, la retención y la estabilidad.

Cabe señalar que, en todas las técnicas descritas en esta revisión bibliográfica, la misma es sensible a diversas condiciones, ya sean relacionadas con la condición periodontal, la condición de la parte tratada, la condición de la pulpa, entre otros; las cuales, si se detectan, se manejan mal o se ignoran, el pronóstico del tratamiento puede no ser el ideal. Por ello, cualquier tratamiento debe realizarse siguiendo las instrucciones de higiene y se debe informar al paciente para que pueda cuidar la prótesis; ya que el mayor enemigo al que se puede enfrentar el odontólogo después del tratamiento, es que el paciente no siga adecuadamente la técnica de higiene pautada, o peor aún, que el odontólogo sea incapaz de lograr cambios positivos y duraderos en los pacientes.

A principios de la década de 1980, investigadores de la Universidad de Toronto probaron la viabilidad del uso de sobredentaduras retenidas por implantes como puente

entre la segunda etapa quirúrgica y la colocación de una prótesis fija soportada por implantes. Las reacciones de los pacientes a estas prótesis provisionales retenidas por implantes, que se usaban ocasionalmente durante un período prolongado de tiempo, mostraron que sus problemas de mal ajuste con las prótesis totales convencionales se resolvieron.

Al igual que con cualquier procedimiento en odontología, existen ventajas y desventajas en el uso de una restauración tipo sobredentadura. Las principales ventajas son: que representa una solución eficaz para aquellos pacientes edéntulos, ya sea de forma parcial o total, ya que disminuye la reabsorción del proceso alveolar; aumenta la fuerza masticatoria; brinda comodidad al hablar y mejor oclusión, es un tratamiento recomendado para recuperar el aspecto natural de los dientes, toda su funcionalidad y permiten ser removidas de forma rápida, por lo que su higiene puede llegar a ser muy fácil y efectiva.

Además, cuando se combina con implantes, puede requerir una menor cantidad de los mismos para soportar la prótesis (en comparación con la rehabilitación con prótesis fijas), un mejor sondeo periimplantario para el seguimiento, menos tensión en los pilares, una posibilidad de reparación más fácil que con prótesis fijas, Además, aumenta la autoestima porque este tipo de prótesis le permite al paciente ser más extrovertido en sus interacciones sociales. Según algunos autores, la sobredentadura sobre el implante mejora la retención, la estabilidad y la capacidad masticatoria.

Por otra parte, existen requisitos básicos para poder fabricar y almacenar eficientemente una prótesis maxilar en la boca del paciente, que incluye el número de implantes, el espacio de oclusión mínimo requerido para mantener el sistema, la elección de los tipos de componentes; entre otros, los cuales están directamente relacionados con la transferencia de las cargas oclusales.

Dado que los componentes utilizados deben ocupar el espacio debajo de los dientes artificiales montados en la prótesis, un espacio interoclusal adecuado, es una de las condiciones esenciales para que el tratamiento con prótesis tipo sobredentadura sea exitoso. Si esta área es insuficiente, se puede utilizar o no un sistema de retención. El espacio necesario para este tipo de rehabilitación es de aproximadamente 1,2 a 1,4mm cuando se mide desde el hombro del implante hasta el borde incisal. Como resultado, este espacio debe contener tanto el sistema de fijación como el material oclusal. Si un componente es demasiado grande o el espacio protésico es demasiado pequeño o reducido, puede causar que la prótesis esté demasiado contorneada, tenga una dimensión vertical excesiva y se rompan los dientes próximos a los aditamentos, porque la resina es demasiado delgada, lo cual hace que pierda componentes, se rompa la prótesis en sí, y finalmente, ocasione insatisfacción en el paciente.

El uso de raíces dentales como pilares proporciona al paciente una serie de beneficios funcionales, biológicos y psicológicos. También preservará mejor el hueso alveolar y la actividad propioceptiva del ligamento periodontal, minimizando el trauma a las otras estructuras. La capacidad de las raíces de traducir la fuerza compresiva del diente de apoyo en fuerza de torsión hacia lo que es el hueso, a través del ligamento periodontal,

así como las cargas oclusales que se generan durante la masticación, irán a parar a los dientes artificiales, a la base de la resinaacrílica y a las raíces de sostén, y luego a la mucosa que recubre el proceso residual, es el mecanismo utilizado para la conservación del hueso alveolar mediante la retención de las raíces.

Aunque las raíces se conserven sólo por un breve período de tiempo, varios autores sostienen que las raíces de los dientes contribuyen a la preservación de la integridad de la cresta alveolar y ayudan al paciente a aprender a usar la prótesis. El hecho de que la reabsorción del reborde alveolar sea crónica, progresiva, acumulativa e irreversible la convierte en una de las afecciones orales más dañinas. Para mejorar la relación entre la corona y la raíz y limitar la rotación sobre el eje longitudinal, se reducen los dientes de la sobredentadura. Las fuerzas oclusales que se transmiten a lo largo de los ejes longitudinales son las más ventajosas para el bienestar del ligamento periodontal.

A pesar de las propiedades deseables de las prótesis, en la literatura se describen varias desventajas: reemplazo de piezas generalmente hechas de materiales de caucho o nailon, reabsorción ósea continua, la comida en algunos casos afecta la base de la prótesis, lo que a menudo causa molestias al paciente. Los pequeños movimientos inherentes al sistema pueden resultar extremadamente incómodos para algunos pacientes; dado que no es fijo y requiere suficiente espacio oclusal para acomodar el sistema de retención, se requiere una altura mínima para que encaje correctamente debajo de la base de la dentadura. Aunque las sobredentaduras tienen una alta tasa de éxito, pueden ocurrir algunos fracasos, como una ligera pérdida ósea en el área del implante, lo cual es frustrante tanto para los pacientes como para los profesionales de

la odontología. A esto se suma el aumento de los costos en comparación con las prótesis parciales tradicionales y, en algunos casos, se puede encontrar, pacientes que no están satisfechos con sus prótesis parciales después del tratamiento.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

Las sobredentaduras son un tipo de prótesis parcial removible que se usa para reemplazar dientes perdidos, por lo que representa una solución para recuperar varias piezas dentales contiguas o la arcada completa que ha perdido el paciente. Estas prótesis se mantienen fijas una vez colocadas, pero tienen la ventaja de que los pacientes pueden removerlas para facilitar la higiene y el cuidado de los implantes osteointegrados. Las sobredentaduras ofrecen mayor soporte a la prótesis, reduciendo los movimientos en los diferentes planos. Sin embargo, requieren un máximo de colaboración por parte del paciente en cuanto a higiene oral y destreza para su uso.

Las sobredentaduras son una opción común para la restauración de prótesis parciales removibles. Estas prótesis se usan para reemplazar una o más piezas dentales perdidas. De igual manera se colocan sobre los dientes naturales restantes para proporcionar una base para la prótesis. Esta opción de restauración puede ser una solución útil para los pacientes. Además, se pueden ajustar con mayor facilidad que los puentes fijos y proporcionan una base estable para la prótesis. Esto significa que la prótesis se ajustará mejor y será más segura para el paciente. Por otra parte, pueden ayudar a prevenir la pérdida de los dientes restantes, ya que los dientes naturales se mantienen unidos entre sí. Sin embargo, hay algunas desventajas asociadas con el uso de sobredentaduras. Por ejemplo, el uso de estas prótesis puede ser considerado por los pacientes más costoso

que otros tipos de prótesis parciales. Por otra parte, el manejo de la misma puede ser un poco incómodo para algunas personas, especialmente si hay problemas con el encaje. Por último, este tipo de rehabilitación puede aumentar la susceptibilidad a las caries, por lo que es importante seguir una buena higiene bucal. En conclusión, las sobredentaduras ofrecen muchas ventajas, pero también hay algunas desventajas a tener en cuenta antes de optar por este tipo de prótesis parcial removible.

## **5.2. Recomendaciones**

- Concientizar sobre las ventajas evidentes del uso de sobredentadura como una alternativa para la conservación y estética que mejora la calidad de vida en los adultos mayores.
- Informar a algunos profesionales de la salud, para que éticamente, recomienden ésta alternativa de rehabilitación bucal protésica con sobredentaduras a través de consultas internas con Especialistas en Prótesis, que puedan ofrecer tratamientos duraderos y saludables sobre todo a los ancianos.
- Que en nuestra importante casa de estudios la Universidad José Antonio Páez, se le dé continuidad a éste tipo de estudio desde el punto de vista clínico con estudios de casos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 6ta ed. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme; 2012.
2. Sánchez A, López P. Sobredentaduras, una opción terapéutica. Reporte de un caso clínico. Rev ADM [en línea].2000 [citado 12 de febrero de 2023]; 57(6):231-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=9830>
3. Baena G. Instrumento de Investigación: Manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales. 4ª ed. México: Editores Mexicanos Unidos; 1985.
4. Balestrini M. Como se elabora el proyecto de investigación: (Para los Estudios formulativos o Exploratorios, Descriptivos, Diagnósticos, Evaluativos, Formulación de Hipótesis Causales, Experimentales y los Proyectos Factibles). Caracas: Consultores Asociados BL; 2006.
5. Baran I, Nalçacı R. Self-reported denture hygiene habits and oral tissue conditions of complete denture wearers. Arch Gerontol Geriatr [en línea].2009[citado 12 de febrero de 2023]; 2009;49(2):237-241. Doi: 10.1016/j.archger.2008.08.010.
6. Barreto A, Carvalho R, Antenucci R, Verri A, Verri F, Saliba M. Sobredentadura mandibular: opción de tratamiento rehabilitador. Actaodontológica venezolana [en línea]. 2017 [citado 12 de febrero de 2023]; 55(1):39-40. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2017/1/art-20/#:~:text=Algunos%20estudios%20sugieren%20que%20la,pacientes%20portadores%20de%20pr%C3%B3tesis%20totales.>
7. Berger C, Arnold C, Stalder A, Weber A, Abou-Ayash S, Schimmel M. Root-retained overdentures: Survival of abutment teeth with J Oral Rehabil [en línea]. 2020 [citado 12 de febrero de 2023]; 47(10):1254-1263. Doi: 10.1111/joor.13060.
8. Bouhy A, Rompen E, Lamy M, Legros C, Lecloux G, Lambert F. Maxillary implant overdenture retained by four unsplinted attachments and opposed by a natural or fixed dentition: One-year clinical outcomes. Clin Oral Implants Res [en línea]. 2020 [citado 12 de febrero de 2023]; Aug;31(8):747-767. doi: 10.1111/clr.13623.
9. Cárdenas J. Sobredentaduras [Trabajo de grado]. Lima (PE): Universidad Peruana Cayetano; 2007. Disponible en: <https://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/JACKELYNCARDENASCHAVEZ.pdf>

10. Hernández Y, Limonta L, Corona M. Tratamiento protésico con sobredentadura en un anciano. MEDISAN [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero 2023]; 26 (4):4065. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4065>
11. Castillo R, Miranda L. Sobredentadura. A propósito de tres pacientes. Investigaciones Medicoquirúrgicas [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero 2023]; 12(2): 1-14. Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/611>
12. Chhabra A, Chhabra N, Jain A, Kabi D. Overdenture Prostheses with metal copings: A retrospective Analysis of survival and prosthodontic complications. J Prosthodont. 2019.
13. De Liz R, Vidal R, Frasca L, Rivaldo E, Gavião M, Van der Bilt A. Satisfaction level and masticatory performance of patient rehabilitated with implant-supported overdentures. Revista Odonto Ciência [Internet]. 2009 [citado 12 de febrero 2023]; 24(2):109-115. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/277030119\\_Satisfaction\\_level\\_and\\_masticatory\\_performance\\_of\\_patient\\_rehabilitated\\_with\\_implant-supported\\_overdentures](https://www.researchgate.net/publication/277030119_Satisfaction_level_and_masticatory_performance_of_patient_rehabilitated_with_implant-supported_overdentures)
14. De Sena E. Sobredentaduras parciales removibles. Acta odontológico venezolano [Internet]. 1998 [citado 12 de febrero 2023]; 36(2):107-6. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1998/2/art-8/>
15. Ettinger R, Jakobson J. Periodontal considerations in an overdenture population. Int J Prosthodont [Internet]. 1998 [citado 12 de febrero 2023]; 9(3):230-238. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8957857/>
16. Fonollosa Pla J. Influencia del monómero residual, el diseño y la falta de ajuste de las prótesis dentales con soporte mucoso, en las lesiones de la mucosaoral [Tesis doctoral]. Barcelona (ES): Universitat Autònoma de Barcelona; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/671700>
17. Garza A. Manual de técnicas de investigación documental. México: El Colegio de Mexico;1988.
18. Gélvez M, Velosa Porras J, Pérez B. Efecto de las fuerzas oclusales sobre el periodonto analizado por elementos finitos. [Internet]. 2016 [citado 12 de febrero de 2023];35(74): 85-92. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo35-74.efop>
19. Granda L, Arroyo E, Pérez L. Modelos educativos para la capacitación en pacientes que presentan sobredentadura [Internet]. Revista Conrado, 2020[citado 12 de febrero de 2023];16(S1): 297-303. Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/1555>

20. Gretchen H, Ogra A, Rodríguez R, Berenguer G. Pacientes tratados con sobredentadura e implantología con carga inmediata. *Órgano Científico Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba* [Internet]. 2018 [citado 12 de febrero de 2023]; 57(267): 5-12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2018/abr18267c.pdf>
21. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Méndez S, Mendoza C. *Metodología de la investigación*. 6ta ed. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
22. Huenchuan S. *Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva Regional y de Derechos Humanos*. México: Cepal; 2019. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf)
23. Hurtado de Barrera J, Barrera M. *Metodología de la investigación holística*. Caracas: Instituto Universitario de Tecnología Caripito: Servicios y Proyecciones para América Latina; 2000.
24. Júnior A, Antenucci R, Almeida E, Rocha E, Silva E. El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. *Acta odontológica venezolana* [Internet]. 2008 [citado 12 de febrero de 2023]; 46(3):375-80. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aov/article/view/4342](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/4342)
25. Karabuda C, Yaltrk M, Bayraktar M. A Clinical Comparison of Prosthetic Complications of Implant-Supported Overdentures with Different Attachment Systems. *Implant Dentistry* [Internet]. 2008 [citado 12 de febrero de 2023]; 17(1):74-81. Doi: 10.1097/ID.0b013e318166d88b.
26. Lauzardo G, Muguercia D, Gutiérrez M, Áreas O, Quintana M. La sobredentadura, una opción válida en Estomatología. *Revista cubana de estomatología*. [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2023]; 40(3):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-750720030003\\_00004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-750720030003_00004&lng=es).
27. León A, Pinto G, Ospina I, de Ita CD. Rehabilitación bucal utilizando sobredentadura inferior y placa total superior. *Odontología actual* [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2023]; 8(105):52-56. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=80212>
28. Ley sobre Derechos de Autor, promulgada en 1993 por el Congreso de la República y publicada en la Gaceta Oficial N° 4.638.
29. Loredó M, Hernández A. Elementos retentivos en sobredentaduras. Reporte de un caso clínico. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*. 2001;58(1):10-15.

30. Mallat E, Mallat E. Prótesis parcial removible y sobredentaduras. Madrid: Elsevier; 2004.
31. Matas J, Rochefort C. ¿Quién es el adulto mayor? Rev Fac Odontol Univ Chile. 1995; 1(1): 27-30.
32. McDermott S, Grasso J. Sobredentaduras parciales removibles. Clínicas Odontológicas de Norte América. 1990; 4(1):571-590.
33. Mercouriadis A, Rollier N, Tada S, McKenna G, Igarashi K, Schimmel M. Loss of natural abutment teeth with cast copings retaining overdenture: a systematic review and meta-analysis. J Prothodont Res. 2018;62(4):407-415.
34. Morgano S, Crum R. Prostodoncia fija y removible. Tylman's. Teoría y práctica en prostodoncia fija. 8va ed. Caracas, Venezuela: Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericana; 1991.
35. Nina A, Suarez C, Terceros L, Zelaya A. Rehabilitación protésica mediante sobredentadura, soportada con remanentes radiculares, por muñones con medios retentivos en paciente mujer de 58 años [Tesis de grado]. Cochabamba (BO): Universidad Mayor de San Simón; 2015. Disponible en: <https://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/handle/123456789/6335>
36. Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. Convenio de Berna para la Protección de las Obras Literarias y Artísticas: acta de Paris del 24 de julio de 1971 y enmendada el 28 de septiembre de 1979. Ginebra: OMPI; 1998.
37. Petersen P. Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, WorldHealth Organization. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2009 [citado 12 de febrero de 2023]; 37(1):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19046331/>
38. Petersen P, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2023]; 33(2):81-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15725170/>
39. Pozo I, Lascano Á, Guaila G, Charro H, Vivas V, Villacrés M. Sobredentaduras una opción terapéutica mejor que las dentaduras tradicionales. Reporte de caso. Revista Odontología. [Internet]. 2022 [citado 12 de febrero de 2023]; 24(2):57-64. Doi: <https://doi.org/10.29166/odontologia.vol24.n2.2022-e3942>

40. Rodríguez J, Soto L, Pol E, Hernández C, Pérez M, Pérez M. Solución con calidad y reducción de tiempo clínico en prótesis bucal. Reporte de un caso. Duazary. [Internet]. 2020 [citado 12 de febrero de 2023]; disponible en: [https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/360417\(4\):89-95](https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/360417(4):89-95). Disponible en:
41. Romero F, Paredes B, Cruz R. Sobredentadura total dentosoportada: Alternativa terapéutica para disminuir las extracciones dentales, la reabsorción ósea causada por edentulismo total y el uso de prótesis total convencional [Trabajo de grado]. Ambato (EC): Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2021. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/13241>
42. Santana R, Fernández O, Pérez V. Sobredentadura parcial en adulto mayor con bruxismo. Rev Médica Electrónica de Ciego de Ávila [Internet]. 2019 [citado 12 de febrero de 2023]; 25(2). Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1000>
43. Stalder A, Belger C, Buser R, Wittneben J, Schimmel M, Abou S. Biological and technical complications in root cap- retained overdentures after 3-15 years in situ: a retrospective clinical study. Clin Oral Investg. [Internet]. 2021 [citado 12 de febrero de 2023]; Clin Oral Investg. 2021; 25 (4): 2325-2333. Doi: 10.1007/s00784-020- 03555-3.
44. Tamayo y Tamayo M. El proceso de la investigación científica (incluye evaluación y administración de proyectos de investigación). México D.F.(México): Limusa Noriega Editores; 2012.
45. Verma M, Mutneja P, Gupta R, Gill S. Telescopic overdenture for oral rehabilitation of partially edentulous patient. Indian J Dent Res. [Internet]. 2019 [citado 12 de febrero de 2023]; 30(3):468-471. Doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_69\_17.
46. Winkler S, Wongthai P. Sobredentaduras. Clínicas Odontológicas de Norte América. 1984; 2(1):343-353.

## **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

## FICHA BIBLIOGRÁFICA

### Artículos consultados

Entre los artículos consultados para este estudio se cuentan los siguientes:

Tabla de ficha bibliográfica

| Título   | Autor(es)  | Año  |
|--|--|------|
| Sobredentaduras una opción terapéutica mejor que las dentaduras tradicionales  | Pozo I, Lascanob A, Guaila G, Charro H, Vivase V, Villacrés M.                         | 2022 |
| Tratamiento protésico con sobredentadura en un anciano   | Trupman Y, Limonta L, Corona M.  | 2022 |
| Biological and technical complications in root cap-retained overdentures after 3-15 years in situ: a retrospective clinical study  | Stalder A, Belger C, Buser R, Wittneben J Schimmel M, Abou S.                          | 2021 |
| Sobredentadura total dentosoportada: alternativa terapéutica para disminuir las extracciones dentales, la reabsorción ósea causada por edentulismo total y el uso de prótesis total convencional | Romero Fernández, Ariel José; Paredes Balseca, Jenny Carolina; Cruz Razo, José Antonio | 2021 |
| Solución con calidad y reducción de tiempo clínico en prótesis bucal. Reporte de un caso   | Rodríguez J, Soto L, Pol-Rodríguez E, Hernández C, Pérez M, Pérez M.                   | 2020 |
| Root-retained overdentures: Survival of abutment teeth with precision attachments on root caps depends on overdenture design.  | Henriette C, Arnold C, Katrin A, Weber A, Abou S, Schimmel M.                          | 2020 |
| Sobredentadura. A propósito de tres pacientes  | Castillo R, Rosix I, Miranda L.  | 2020 |
| Modelos educativos para la capacitación en pacientes que presentan sobredentadura  | Granda L, Arroyo E, Pérez L.   | 2020 |
| Maxillary implant overdenture retained by four unsplinted attachments and opposed by a natural or fixed dentition: One-year clinical outcomes  | Bouhy A, Rompen E, Legros C, Lecloux G, Lambert F.                                     | 2020 |
| La sobredentadura, una opción válida en Estomatología  | Lauzardo G, Muguercia D, Gutiérrez M, Áreas O, Quintana M.                             | 2020 |
| Telescopic overdenture for oral rehabilitation of partially edentulous patient   | Verma M, Mutneja P, Gupta R, Gill S.   | 2019 |
| Sobredentadura parcial en adulto mayor con bruxismo  | Santana R, Fernández O, Pérez V.   | 2019 |
| Overdenture Prostheses with Metal Copings: A Retrospective Analysis of Survival and Prosthodontic Complications  | Chhabra A, Chhabra N, Jain A, Kabi D.  | 2019 |
| Pacientes tratados con sobredentadura e implantología con carga inmediata  | Herrera G, Ogra M, Rodríguez H, Berenguer J.   | 2018 |
| Loss of natural abutment teeth with cast copings retaining overdentures: a systematic review and meta-analysis   | Mercouriadis A, Rollier N, Tada S, McKenna G, Igarashi K, Schimmel M.                  | 2018 |