

107  
2ej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**ASPECTOS ODONTOLÓGICOS DE LA  
TECNICA DE REBASE**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :**

**ALEJANDRO GARCIA GARCIA**

1 9 8 7



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO

Historia y Aspectos del Rebase

CAPITULO SEGUNDO

La Metodología del Rebase

CAPITULO TERCERO

Técnicas -de Rebase

CAPITULO CUARTO

Procedimientos de Laboratorio y Terminado

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

-----

El rebase se practica odontológicamente desde los principios del siglo pasado. Se utilizaba entonces para hacerlo, un material primitivo como el caucho, pero al transcurrir del tiempo fueron evolucionando tanto el procedimiento para realizar el rebase como el material empleado para el mismo; esta evolución condujo hasta el empleo de las resinas acrílicas.

En la práctica con pacientes ha sido poco usual la aplicación de las técnicas de rebase, debido a la minuciosidad que requiere. Por otra parte, el problema del rebase trasciende a una mayor probabilidad de error, ya que puede llegar a alterar las relaciones intermaxilares correctas, entre otras cosas.

Sin embargo, a pesar de las circunstancias antedichas, se aplica esta técnica por factores de tipo económico-social del paciente.

Existen dos técnicas principales para el rebase, a boca abierta y a boca cerrada, dentro de las cuales hay diversas variantes, diversas metodologías, todas con sus ventajas y desventajas, pero llevando todas al mismo propósito de realizar el rebase o rebasado.

El estudio de estas técnicas constituye la materia de esta tesis.

## CAPITULO PRIMERO

### HISTORIA Y ASPECTOS DEL REBASE

### Historia del Rebase

La posibilidad del rebasado directo, puesta en práctica por el ingeniero Giuséppe Angelo Fonzi a principios del siglo pasado, mediante el forrado de la superficie de asiento de las dentaduras con una capa de caucho crudo (Guerini, 1925), fué una especie de ideal soñado que pareció cumplirse al fin al aparecer las resinas acrílicas.

En su primera etapa se ensayaron con escaso éxito, como materiales para rebasado directo, resinas acrílicas plastificadas con disolventes volátiles. Estas resultaron a menudo irritantes, y además, se debilitaban y deformaban las bases al ser atacadas por el disolvente. (Beall y Caul, 1946)...(1).

Las dentaduras que se hacían antiguamente de Vulcanita (caucho), se adaptaban mejor y duraban más que las que se preparan en la actualidad; pero el problema era que la vulcanita no poseía las características necesarias, como son estabilidad, retención y soporte...(2).

Cuando se usaba el caucho vulcanizado como material de base de las dentaduras y la porcelana era el único material existente para formar los dientes, era casi obligatorio por razones de ética, sacrificar la parte -

de la tabla cortical labial de hueso, o toda ella, de primer a primer pre  
molares...(3).

Se han realizado varios intentos para obtener un acrílico, u otro ma  
terial plástico, que se pueda agregar a la dentadura y que pueda dejarse  
endurecer en la boca. Desafortunadamente no han resultado satisfactorios  
por varias razones:

- 1) Los materiales producen a menudo quemaduras químicas en la muco-  
sa.
- 2) El rebase resultante es poroso en ocasiones, y por consiguiente,  
despide mal olor.
- 3) La estabilidad del color resultó muy baja.
- 4) Si la aplicación era defectuosa, el material no se podía quitar -  
fácilmente para corregir la aplicación...(2).

En la actualidad, la utilización de resina para bases de dentadura y  
de dientes de resina acrílica, contorneados como parte de la dentadura, -  
permite obtener una dentadura aceptable, en cuanto a estética, utilizando  
esta combinación, y se puede, además, aplicar el procedimiento de rebase-  
do, logrando retención y estabilidad.



### Rebase

Se conoce como rebase el proceso de agregar material adicional al la do tisular de una prótesis total o de una prótesis parcial removible, y tiene por objeto restablecer el ajuste entre el tejido y la base de la dentadura. Por lo general, el rebase se hace con resina acrílica... (3) y (5).

### Consideraciones Generales

El proceso comienza por realizar un examen minucioso del paciente y de las dentaduras que ya tiene, antes de comenzar el tratamiento. Para es to se requiere considerar en forma especial los siguientes aspectos:

- 1) La apariencia del paciente debe ser aceptable para él mismo, y para el dentista, es decir, si se observa al paciente de perfil, éste puede mostrar un aumento o una disminución de la dimensión vertical y verse alterada la estética.
- 2) El habla del paciente debe ser satisfactoria con la disposición dentaria que tenga. Si el paciente no puede hablar correctamente, no se podrá hacer rebase, ya que si se incrementa la dimensión vertical, podrá tener más dificultad en el habla.  
Si se ha aumentado la dimensión vertical, el paciente puede sentir dolor bajo el asiento basal de la dentadura, y si está dismi-

nuída dicha dimensión, puede mostrar disfunción de la articulación y del músculo temporo-maxilar, acompañada de una diversidad de señales y síntomas.

- 3) El límite posterior de la dentadura del maxilar superior deberá ser el correcto. El borde posterior de la dentadura maxilar superior merece especial atención; es el más débil de los bordes de esta dentadura, y por ello debe tener un ajuste adecuado para poder llevar a cabo el rebasado.
  - 4) Deberá verificarse si son adecuadas las extensiones de la base de la dentadura.
  - 5) La oclusión céntrica debe coincidir con la relación céntrica. Las relaciones horizontales son igualmente importantes; se debe verificar si los dientes mandibulares no ocluyen correctamente con los del maxilar; si hay error, debe estar dentro de tolerancia.
  - 6) Los tejidos bucales deberán encontrarse en óptimo estado de salud. Se deberá hacer una revisión completa de todas las membranas mucosas; la búsqueda irá dirigida a descubrir anomalías de color, tejido, contorno, etc., que pueda haber como manifestaciones de la alteración del ajuste.
- Debe examinarse la mucosa que soporta la prótesis para determi-

nar su espesor; si es delgada, aparecerán ulceraciones y se detectará incomodidad en las zonas de asiento de la base, pudiendo surgir problemas en el cierre palatino posterior, con lo cual es menos favorable la retención.

No son deseables los tejidos resilentes en el reborde, porque contribuyen a la inestabilidad de la prótesis. Cuando se considere que el tejido colgante es excesivo tendrá que recurrirse a un tratamiento quirúrgico.

- 7) Se deben analizar las características anatómicas de los rebordes residuales de la mandíbula y el maxilar (examen clínico y radiológico).

Como se sabe, existe una relación directa entre la estructura del reborde residual, la retención y la estabilidad de la prótesis. Cuando existen rebordes planos, es difícil lograr que la dentadura sea retentiva y estable.

La forma del reborde afecta definitivamente a la retención y a la estabilidad. La más favorable es la forma de U. Los rebordes planos y lisos dan lugar a poca estabilidad lateral, y la anchura del reborde es importante para lograr un resultado favorable. Los rebordes en forma de V conducen a poca resistencia para el desplazamiento vertical y el reborde afilado a manera de cuchillo es el

que ofrece el peor pronóstico.

El soporte óseo también es importante para el tratamiento, y no puede evaluarse con propiedad si no se recurre a radiografías... (3) y (5).

#### Indicaciones del Rebase

Se considerará que está indicada la aplicación del rebase, en los siguientes casos:

- 1) Cuando los rebordes alveolares residuales no den estabilidad, soporte y retención a las bases de las dentaduras.
- 2) Cuando la resina acrílica de la base de la dentadura sea estética o funcionalmente inaceptable (rota, fracturada, porosa, etc.).
- 3) Tratándose de dentaduras cuya construcción inicial date de tres a seis meses.
- 4) Cuando el paciente no cuente con medios económicos suficientes para la construcción de nuevas prótesis.
- 5) Cuando la construcción de nuevas dentaduras, con la consiguiente serie de visitas al consultorio, ocasione angustia física o mental, como en el caso de pacientes geriátricos o con enfermedades crónicas.
- 6) Cuando los dientes no se han desgastado, fracturado o deteriorado

en otra forma...(3), (5) y (6).

En un examen sistemático de revisión, el dentista puede descubrir\_ que una prótesis parcial removible o una prótesis total, ya no ajusta ni funciona adecuadamente; esto puede deberse a la reducción del reborde residual, condición que ocurre en una amplia gama de tiempo y ritmo, y que afecta directamente el funcionamiento de la prótesis (Plotnick y colaboradores).

La característica principal de este proceso patológico es la reducción crónica y continua del tamaño de los rebordes residuales.

Los dentistas deben confiar en la base ósea del reborde residual para dar apoyo a una prótesis parcial removible. Sin embargo, esta base ósea cambia constantemente por la reducción del reborde residual; hasta las prótesis mejor construídas dejan de ser útiles con el tiempo y requieren de atención periódica para conservar la comodidad, funcionalidad y estética...(5).

Una dentadura inmediata es una prótesis dental que se construye para

sustituir la dentición perdida y las estructuras relacionadas del maxilar, de la mandíbula o de ambos, y para inserción inmediata, una vez que se haya extraído la última pieza dental natural. La atención postoperatoria es variable. Se emplean materiales de rebase blandos, resina acrílica de auto polimerización, y materiales para el acondicionamiento de los tejidos, en un intento de conservar la armonía entre la oclusión de los dientes, el ajuste de la dentadura y los cambios tisulares...(3).

#### Factores de desarmonía relacionados con el Rebase

Hay varios factores de desarmonía relacionados con el paciente, que influyen en la realización de un rebase. De entre éstos, destacan los siguientes:

Toda perturbación del equilibrio fosfocálcico, vascular o nervioso influye en la desaparición de una buena adaptación. Tal condición puede deberse a alguno de los estados patológicos siguientes: diabetes, artritis, avitaminosis, perturbaciones endocrinas, osteoporosis, osteomalacia, senilidad, y sobre todo, a alteraciones de origen psicossomático. Todos estos factores pueden dar origen a una pérdida de peso acelerada...(4).

Hoy en día, el odontólogo está obligado a entender los cambios anató-

micos, fisiológicos y psicológicos que se presentan en las personas mayores; debe modificar su enfoque y sus procedimientos clínicos y técnicos, para que sean apropiados a las facultades y funciones en decadencia... (7).

En las personas de edad avanzada se puede observar una marcada disminución de la altura de los rebordes residuales, especialmente los de la mandíbula. En general, los rebordes residuales se retraen con mayor rapidez en las mujeres que en los hombres, y en las personas de raza blanca que en las de raza negra... (3).

La salud general disminuída, se manifiesta frecuentemente en las mucosas, las cuales muestran poca elasticidad, o flacidez; en tales condiciones no siempre son aptas para tolerar las presiones a las que se ven sometidas al actuar de soporte, aún tratándose de la mejor dentadura completa.

Otros factores a considerar son los problemas psicológicos adicionales que se presentan con frecuencia, como el aburrimiento y la soledad, los cuales deben ser tratados con espíritu humanista incorporado a la rehabilitación protodóncica.

La nutrición geriátrica es otro aspecto importante de estudio que el prostodoncista debe enfocar considerando el problema oral del envejecimiento, y esforzándose por cumplir con los requerimientos dietéticos, atendiendo a los hábitos alimenticios y a las deficiencias de los tejidos que ocasiona la edad avanzada... (7) y (8).

#### Contraindicaciones del Rebase

No debe aplicarse rebase a las dentaduras, ni debe cambiarse su base cuando existan una o más de las siguientes anomalías:

- 1) Cuando se haya presentado una resorción ósea excesiva.
- 2) Cuando existan tejidos blandos lastimados. El rebase no está indicado sino hasta que los tejidos recuperen su salud y se encuentren lo más cerca posible de su estado normal.
- 3) Cuando el paciente presente problemas en la ATM. No estará indicado el rebase sino hasta que se haya realizado el diagnóstico y tratamiento precisos de este problema.
- 4) Cuando las dentaduras tengan mala estética o relaciones maxilares no satisfactorias.
- 5) Cuando las dentaduras causan un problema importante en la fonación.
- 6) Cuando existan grandes zonas retentivas, hasta que se hayan reali-



zado la extirpación quirúrgica y la cicatrización...(3).

### Errores principales del Rebase

Los aspectos importantes que hay que cuidar en cualquier técnica para rebasar una dentadura completa, son los siguientes:

- 1) No aumentar la dimensión vertical oclusal.
- 2) Lograr contactos múltiples y parejos (máxima interdigitación cus-  
pídea) en relación céntrica.
- 3) No permitir que la dentadura superior se desplace hacia adelante durante la toma de impresión.
- 4) Asegurarse de que la relación céntrica y la oclusión céntrica - -  
sean idénticas.
- 5) Verificar que se haya establecido un sello palatino posterior pre  
ciso.
- 6) Lograr un espesor uniforme de material para la impresión final.
- 7) La base puede deformarse por la aplicación incorrecta de calor du  
rante el proceso de cocimiento.
- 8) El esqueleto es susceptible de deformarse durante las operaciones  
de laboratorio.
- 9) Posibilidad de fracturar los dientes de porcelana en el enfrasca-  
do.

- 10) Aunque la prótesis se guíe hasta su lugar con los ganchos y planos de guía al tomar la impresión, existe aún la posibilidad de modificar la oclusión en relación con los dientes de la arcada opuesta... (3) y (6).

### Preparación de los Tejidos

Hay ciertos cuidados preparatorios a considerar para aplicar el proceso de Rebase que deben mencionarse por la importancia que revisten.

- 1) Las mucosas tienen que estar libres de zonas de irritación.
- 2) El tejido hipertrófico excesivo debe ser eliminado quirúrgicamente.
- 3) En ciertos casos debe considerarse la construcción de prótesis temporales.
- 4) Es indispensable que el paciente se quite las dentaduras de la boca mientras duerme, durante varias semanas antes de comenzar el tratamiento, si es que el paciente acostumbra llevarlas puestas durante la noche. (Los prostodoncistas concuerdan, en términos generales, en que las dentaduras no deben tenerse puestas durante el sueño).
- 5) El masaje diario de los tejidos blandos es útil para estimular su irrigación sanguínea.

- 6) Debe darse al paciente asesoría nutricional, recomendándole comidas blandas de preferencia.
- 7) Debe indicarse al paciente una técnica de limpieza escrupulosa de su boca.
- 8) Uso de materiales para acondicionar el tejido. Se analiza este punto en el Capítulo Segundo.
- 9) Las dentaduras necesitan dejarse fuera de la boca un mínimo de dos o tres días antes de hacer la impresión final... (3) y (5).

La forma más fácil de eliminar la irritación ocasionada por el trauma de la dentadura, consiste en quitársela durante 5 días o más, si fuera necesario.

Si hay una destrucción pronunciada del tejido de soporte, tendrá que recurrirse a la corrección quirúrgica para eliminar el exceso de tejido hiperplástico, antes de proceder a tomar las impresiones.

En el caso de que el paciente no pueda estar sin dentadura durante el tiempo que se dedique a eliminar la irritación, se le puede colocar una prótesis temporal.

### Preparación de las Prótesis

Se eliminan de la base de la dentadura todas las zonas retentivas, de modo que puedan retirarse las prótesis del modelo, sin fracturarlo. Se acortan los bordes 1 mm para dar lugar a que el material de impresión forme un nuevo borde. La dentadura se debe desgastar alrededor de 1 mm de resina en toda su superficie interna, para que haya suficiente espacio para el nuevo material de impresión. Debe establecerse un sello palatino correcto antes de hacer la impresión final. Para esto puede utilizarse modelina en barra y resina acrílica de autopolimerización...(3).

## CAPITULO SEGUNDO

### LA METODOLOGIA DEL REBASE

### El problema del Rebase

El problema principal de los procedimientos de rebase radica en la posibilidad de alterar las relaciones intermaxilares correctas...(2).

Cuando se realiza el rebasado de una prótesis con base a extensión distal, el principal riesgo es que, a menos que se utilice una técnica a boca abierta cuidando la relación original de la prótesis colada con los dientes de soporte, los retenedores indirectos pueden no quedar asentados al tomar la impresión funcional. Como cualquier hundimiento de la base puede influir en la oclusión, la reubicación del armazón en su posición original con los retenedores indirectos asentados puede causar una oclusión elevada. Por este motivo, debe preverse el reajuste de la oclusión cuando se utilice el método de rebasado a boca abierta...(8).

Otro riesgo del procedimiento de rebasado es la posibilidad de error que existe durante el reproccado de la base de resina acrílica. El rebasado de una base de esta resina da lugar, con frecuencia, a un aumento de la dimensión vertical.

Es fácil comprender que el rebase de una prótesis implica todos los problemas de confeccionar prótesis nuevas, además de la restricción que

tiene el odontólogo, en cuanto a que no puede remover y recolocar los - -  
dientes con tanta facilidad como cuando se trata de una dentadura nueva.

El complejo diagnóstico de las condiciones por corregir, hace que es  
tos procedimientos no sean tan simples como pudieran creer muchos pacien-  
tes y odontólogos. Una vez determinados los cambios que se requieren, tie  
ne que recurrirse a procedimientos que permitan al odontólogo realizar -  
las correcciones.

Cuando se emplea el rebase, es imperativo establecer correctamente -  
las relaciones de la mandíbula, por lo que es conveniente terminar una -  
dentadura antes de empezar la otra, trabajando primero con la superior...  
(3).

Como puede verse, la técnica del rebase tiene sus complicaciones y -  
peculiaridades. Sin embargo, la realidad socioeconómica obliga a aplicar -  
esta técnica con bastante frecuencia.

### Impresión de Rebases

Se persiguen dos objetivos al registrar la impresión de un rebase. -  
Uno es llenar el espacio existente entre la base de la prótesis y las es-

estructuras de soporte, ocasionado por la resorción del proceso residual; el otro objetivo consiste en extender la base hasta sus límites adecuados, considerando la comodidad del paciente. Para lograr este último, deben redondearse, alisarse y pulirse todos los bordes de la prótesis terminada, además de extenderlos correctamente, con el fin de que los tejidos móviles suaves de los bordes puedan funcionar alrededor de éstos, y sobre ellos sin irritar o ejercer fuerzas desplazantes contra la prótesis.

Deben eliminarse todas las retenciones, como las que se encuentran en la zona del proceso milohioideo, que puedan interferir con la operación de enfrascado. Deben eliminarse los bordes periféricos de la base para observar si la extensión es insuficiente, y si tal es el caso, deben corregirse con modelina. Si la base original no cubre por lo menos dos tercios del espacio retromolar, debe extenderse con la modelina para que cubra esta porción...(6).

Al hacer la toma de impresiones, se pueden aplicar diferentes presiones. Muchos de los que prefieren las impresiones con presión, se inclinan por el uso de técnicas de boca cerrada. Por supuesto, el paciente debe ejercer su propia fuerza masticadora sobre el material de impresión.



Impresión por medio de presión selectiva. Este procedimiento se basa en la creencia de que la mucosa de encima del reborde es más capaz de soportar la presión, mientras que la que cubre la línea media es delgada y abarca muy poco tejido de submucosa. Para aplicar esta técnica se requiere que la mucosa se encuentre firme y sana. Si existen rebordes blandos, es preferible usar impresiones de presión mínima.

Generalmente se prefieren las impresiones de boca abierta, porque el dentista puede comprobar si es correcto el ajuste del músculo.

En resumen, las impresiones para rebasado son impresiones a boca cerrada en cubeta ajustada, y se prefieren materiales de alto escurrimiento como pasta zinquenólica, silicona, mercaptano y acrílico acondicionador. Sin embargo, cuando los rebasados se hacen para prótesis que requieren el relleno de zonas atróficas y/o un remarginado importante, esta parte del trabajo se hace con más seguridad con materiales pesados (cera o modelina), complementados con una capa de material fluido...(1).

#### Materiales que se utilizan en el procedimiento de rebase

Entre los materiales que se pueden utilizar para el rebase, se encuentran los elastómeros polímeros; existen dos aplicaciones generales de

estos materiales: como acondicionadores de tejidos y como rebases elásticos; la tersura y flexibilidad que tienen estos materiales, en virtud de su composición física y química, dan la oportunidad de proteger los tejidos de soporte contra las tensiones oclusales funcionales y parafuncionales.

#### Acondicionador de Tejidos

La técnica que se describe a continuación, se refiere al uso de un material acondicionador de tejidos como un auxiliar para el acondicionamiento de tejidos traumatizados, hipertróficos o desplazados que hayan de servir de soporte a dentaduras.

El material que se utiliza es un sistema a base de tres componentes: el polímero (polvo), el monómero (líquido) y un agente plastificante líquido. Para el acondicionamiento de tejidos se recomienda usar una relación de 1 3/4 partes de polímero a una parte de monómero con la adición aproximada de 0,5 ml. de plastificante. Este último deberá agregarse al monómero líquido y mezclarse, antes de combinarlo con el polímero. En este aspecto debe atenderse lo que recomiende el fabricante; sin embargo, se ha encontrado que esta forma de proceder impide que el material se torne áspero y duro después de cuatro o cinco días de uso. Ade-

más hace al material blando, terso y liso, y prolonga su durabilidad en el uso a seis u ocho semanas, sin tornarse duro y áspero.

La mezcla se hace en un frasco de vidrio agregando lentamente el polvo al líquido y moviendo continuamente hasta que se haya incorporado la cantidad de material deseado. El material se espesa como consecuencia de su propia reacción. Estando todavía el material cremoso y fluido, se vacía dentro de la dentadura. Debe asegurarse uno de que quede cubierta toda la zona de la base de la dentadura. En el momento en que el material cese de fluir con facilidad, se inserta la dentadura en la boca del paciente. Con lentitud y firmeza se lleva la dentadura a su sitio. Se emplea la dentición antagonista como guía para la relación céntrica. Se sostienen las dentaduras en esta posición a nivel de la oclusión vertical de escada durante tres minutos. Después de esto, se pide al paciente que mueva sus labios y carrillos para dar forma y moldear los bordes del material. Se retira el excedente que pudiera encontrarse suelto en la boca del paciente. En este momento, el material habrá fraguado lo suficiente para que pueda retirarse la dentadura y recortarse el excedente de material que se haya proyectado por los aspectos labial o bucal. Esto se realiza con un cuchillo afilado, o con bisturí o tijeras. Se revisa la dentadura buscando áreas de presión, en las que la porción rosa de la dentadu-

ra sea visible a través del material. Las áreas de presión deben corregirse aplicando pequeñas cantidades del material en ellas y colocando la dentadura dentro de la boca del paciente para ser contorneada de nuevo. Una vez que se haya logrado la norma de un espesor mínimo de 1 mm o más, se cubren los bordes cortados, así como las superficies del material con una pequeña cantidad del plastificante para permitir que el acondicionador siga fluyendo y se contornee a sí mismo al recuperarse los tejidos. Esto habrá de permitir también redondear los bordes afilados y volverlos más tersos y lisos al funcionar la dentadura en la boca del paciente.

Se vuelven a colocar las dentaduras dentro de la boca para rectificar la comodidad, y se instruye al paciente en el cuidado de las mismas. Se le pide regresar al día siguiente para revisión y corrección de áreas de presión, y se repite este procedimiento cada tres o cuatro días, hasta que los tejidos traumatizados e irritados se hayan recuperado en su totalidad. El paciente no deberá comer alimentos difíciles de masticar durante las primeras ocho horas, después de la aplicación del material, ya que éste tiende a deformar al acondicionador, destruyendo lo que se había logrado.

Si las arcadas maxilar y mandibular están incluidas dentro del trata

miento, deberá tratarse una a la vez.

### Ventajas y Desventajas

La mayor virtud de los acondicionadores de tejido estriba en su versatilidad y facilidad de uso. Su mayor desventaja es que suelen ser mal - empleados. Debido a que proporcionan alivio inmediato y comodidad, existe el peligro de que los use el paciente demasiado tiempo, causando trauma- tismo a los tejidos de soporte y produciendo la situación misma que están destinados a corregir.

Su longevidad en cuanto a uso es muy limitada: se endurecen y tornan ásperos a las cuatro u ocho semanas debido a la pérdida de plastificante. Esto exige una observación cuidadosa por parte del dentista.

### Rebases elásticos

El segundo grupo de polímeros está formado por los rebases elásti- - cos. Estos materiales se procesan por calor aplicado a la base dura de - resina de la dentadura y se utilizan con la prótesis definitiva. Los in- \_ vestigadores han informado que la vida útil de estos materiales varía de \_ seis meses a cinco años, dependiendo del tipo de material empleado. Exis- te mucha controversia en cuanto a la consideración de estos materiales co

mo temporales o como permanentes. En vista de que los materiales existentes en la actualidad no se ajustan a todos los requisitos esenciales que tendría el material ideal, suelen considerarse como medios temporales para la solución inmediata de problemas específicos en las dentaduras.

Los materiales empleados para rebases elásticos han sido caucho vulcanizado, vinilo y polímero de vinilo y acrílico, polímeros de acrílico y elastómeros de silicón.

#### Utilización de los Rebases elásticos

Atrofia y resorción de los rebordes. Los pacientes con rebordes atroficos o reabsorbidos, suelen presentar zonas problemáticas que exigen protección especial. Los ejemplos de éstos son los agujeros mentonianos, las arrugas, los conductos dentarios inferiores expuestos, los rebordes óseos a manera de filo de cuchillo y los tejidos duros o blandos que recientemente han sido manipulados por el cirujano. Tales materiales parecen proporcionar una gran protección a estos tejidos.

Quando la cirugía está contraindicada. Los rebases elásticos se emplean cuando esté contraindicada la corrección quirúrgica de las zonas óseas retentivas. Cuando existan zonas retentivas bilaterales opuestas, -

como en las regiones retromilohioideas, y tuberosidad de los maxilares, el tratamiento indicado será la reducción quirúrgica. Sin embargo, muchos pacientes no aceptan la operación, otros no pueden pagarla y la salud general de algunos no permite aplicar el procedimiento. La utilización de un material flexible en la región de la retención, puede ser la solución.

El paciente con bruxismo (bricomanía). Este hábito es muy dañino para los tejidos de soporte de la boca. El frotamiento, apretamiento, y fricción de las superficies oclusales de la dentadura en forma constante, transmiten fuerzas intermitentes a la base de soporte, lo cual da como resultado irritación de las mucosas y pérdida subsecuente de hueso. Estos hábitos parecen ser muy comunes en las personas muy tensas y angustiadas. La utilización de un rebase elástico ayuda a proteger los tejidos de soporte de esta tensión excesiva.

Areas de Alivio. Los rebases elásticos se emplean para evitar la irritación y el dolor en la región del rafe palatino medio, papila incisiva, agujeros palatinos posteriores, en la espina nasal anterior y en la zona de las arrugas. Se coloca una capa de material blando sobre estas regiones para proporcionar alivio. Esto elimina la necesidad de utilizar una cámara de alivio o de compensación en la dentadura maxilar, y el desarrollo subse

cuente de tejidos hiperplásticos.

Restauración de defectos bucales congénitos o adquiridos. Los materiales elásticos se emplean en la fabricación de prótesis necesarias para la obturación y restauración de defectos congénitos y adquiridos de la boca, por enfermedad o traumatismo. La utilización de un material flexible proporciona la oportunidad de engarzar zonas retentivas necesarias para ayudar a la retención de la prótesis, sin causar traumatismos a los tejidos blandos sensibles y fácilmente irritables.

Xerostomía. En pacientes que tienen la boca seca por alguna enfermedad general, como diabetes, o un efecto secundario de medicamentos o de radiación, es muy importante proteger los tejidos bucales contra lesiones crónicas y osteorradionecrosis. La utilización de un rebase elástico es muy útil en estos casos.

Arcada desdentada opuesta a dentición natural. Por fortuna, no existen muchas arcadas opuestas a denticiones naturales. En el pasado, el tratamiento de elección era la extracción de los dientes restantes, seguida por la fabricación de un juego de dentaduras en un intento de conservar la arcada desdentada opuesta. La utilización de un rebase elástico bajo la



dentadura, ha eliminado la necesidad de la extracción de los dientes naturales y ha dado como resultado la conservación del reborde alveolar restante... (3).

#### Otros materiales que se utilizan

Entre los materiales más comunes que se emplean para la toma de impresiones para el rebasado, se encuentran la pasta cinquenólica, la silicón, los mercaptanos, la cera y la modelina.

El metacrilato de metilo, comúnmente denominado resina acrílica o acrílico, es el material que más se habrá de utilizar para la reparación de las prótesis parciales o totales, y en el rebasado directo o indirecto, siendo éste un tipo de resina autopolimerizable... (4).

## CAPITULO TERCERO

### TECNICAS DE REBASE

Existen dos técnicas principales de rebase: la de rebase a boca abierta y la de rebase a boca cerrada. En la primera se presta mayor importancia a la toma de impresiones separadas, dando atención individual al registro de las relaciones maxilares. En la técnica de rebase a boca cerrada - suele aceptarse una oclusión céntrica habitual.

#### Técnicas de Rebase a boca cerrada

##### Técnica 1.

La relación céntrica se corrige antes de hacer la impresión, utilizando modelina o cera.

La dentadura se prepara aliviando todas las zonas retentivas de 1.5 a 2 mm de la superficie tisular. Los bordes se reducen 1 ó 2 mm con excepción del borde posterior de la dentadura maxilar.

Se elimina gran parte de la porción media palatina de la dentadura maxilar para lograr visibilidad al colocar la dentadura maxilar durante la toma de la impresión.

Se recomienda la pasta para impresión a base de óxido de cinc y eugenol, como el material indicado. Durante el moldeo de los bordes y la toma

de impresión, el paciente debe cerrar con suavidad en el registro interoclusal hecho con anterioridad. La impresión de la porción expuesta de la sección palatina se hace con yeso de fraguado rápido.

#### Ventajas.

- 1) La abertura de la porción palatina permitirá un mejor ajuste de la dentadura maxilar y evitará el error de aumentar la dimensión vertical.
- 2) El registro interoclusal hecho con anterioridad, ayuda a colocar las dentaduras durante la toma de impresión y a orientarlas sobre el articulador.
- 3) La técnica de impresión de dos pasos reduce la posibilidad de mover la dentadura maxilar hacia adelante durante la toma de impresión final.

#### Desventajas.

- 1) La posibilidad de desplazar la dentadura maxilar hacia adelante aún presenta un problema importante.
- 2) El registro interoclusal de cera no constituye un registro preciso ni seguro; no se puede asegurar que el paciente pueda cerrar varias veces la boca sin la posibilidad de dañar este registro...  
(3).

## Técnica 2.

La oclusión céntrica existente se utiliza como medio para asentar las dentaduras.

La dentadura se prepara aliviando todas las zonas retentivas 1.5 a 2 mm de la superficie tisular.

Se prepara para la eliminación de una gran porción de la sección palatina de la siguiente forma: primero, deberá señalarse el perímetro del área por eliminar, haciéndose la profundización en la superficie pulida de la dentadura hasta la mitad del espesor de la base. Se hacen agujeros a 5 ó 6 mm de intervalo dentro de este surco. Se recomienda este procedimiento para la eliminación fácil de la porción palatina durante el empaque y procesado.

Se recomienda la modelina de baja fusión para el moldeo de los bordes.

El material de elección para esta técnica es la cera, la cual se reblandece colocándola en agua caliente, para que se pueda manipular y se coloca sobre la cucharilla para tomar la impresión, como por ejemplo, la cera para impresión de Kerrs (correcta-wax). La impresión se hace en dos eta

pas; la impresión de la aleta labial, y la cresta del reborde alveolar entre los caninos.

Ventajas.

La técnica para impresión de dos etapas reduce la posibilidad de un movimiento anterior grande de la dentadura maxilar.

Desventajas.

- 1) El material para impresión de cera es difícil de manejar y existe la posibilidad de distorsión.
- 2) Los errores de la oclusión céntrica existente pueden producir una impresión inadecuada...(3).

Técnica 3.

La oclusión céntrica existente se utiliza como medio para asentar las dentaduras.

La dentadura se prepara aliviando las zonas retentivas de 1.5 a 2 mm de la superficie tisular.

Se perfora la aleta labial y palatina de la dentadura. Las perfora-

ciones disminuyen la presión dentro de la dentadura durante el proceso de impresión, evitando así el desplazamiento de la dentadura maxilar.

Los bordes de la dentadura vuelven a formarse con modelina de baja - temperatura de fusión.

No se recomienda material alguno en especial.

Desventajas.

La posibilidad de desplazar la dentadura maxilar hacia adelante aún representa un problema importante...(3).

Técnica 4.

La oclusión céntrica existente se emplea para colocar la dentadura - maxilar.

Se alivian todas las zonas retentivas de 1.5 a 2 mm de la superficie tisular.

La periferia de la dentadura deberá ser acortada para crear un borde plano. Tiene que prepararse una abertura grande en la porción palatina de

la dentadura superior. Se coloca cinta adhesiva sobre las superficies bucal y labial de ambas dentaduras a 2 mm de los bordes de la misma. Con una piedra en filo de cuchillo, se hace un surco profundo en la superficie bucal y lingual de la dentadura, donde se une al material de impresión y se llena éste con cera fundida para placa de base.

Durante la toma de las impresiones se debe dejar una pequeña cantidad de material de impresión en los bordes aplanados.

Se recomienda el yeso de París o la mezcla de óxido de cinc y eugenol para la primera etapa de la toma de impresiones, y yeso de París para la segunda etapa (las porciones palatinas).

#### Ventajas.

- 1) La abertura de la porción palatina permitirá un mejor ajuste de la dentadura maxilar.
- 2) La técnica de impresión de dos pasos reduce la posibilidad de que se mueva la dentadura maxilar hacia adelante durante la toma de impresión final.

#### Desventajas.



Aunque se ha sugerido que el paciente no debe ajustar la dentadura haciendo presión sobre la misma, los errores existentes en cuanto a la oclusión céntrica pueden producir algunos puntos de presión y malos resultados de la impresión...(3).

#### Técnica 5.

Técnica para el rebase mandibular.

La relación céntrica existente se utiliza como forma para colocar la dentadura mandibular durante la impresión secundaria. La oclusión se corrige cuando se establece una nueva dimensión vertical oclusal.

La pérdida de la dimensión vertical se corrige pegando modelina reblandecida a las superficies oclusales de los dientes posteroinferiores. Se le pide al paciente que pronuncie en forma repetida la letra "m". Este registro se enfría, se recorta y se calienta ligeramente antes de volverlo a colocar en la boca. El procedimiento se repite hasta haber establecido la dimensión vertical a satisfacción del operador. A continuación se da una impresión de la porción inferior. Después de vaciar la impresión y montar la dentadura inferior en el articulador, se retira y limpia la dentadura inferior. Debe eliminarse cualquier zona retentiva. La dentadura se pe-

ga a la otra maxilar en la posición de máxima interdigitación cuspídea. - Se coloca modelina reblandecida dentro de la dentadura inferior, cerrándose el articulador contra el modelo inferior hasta que el vástago de la guía incisal haga contacto. Con este procedimiento se lleva la magnitud de la dimensión vertical indicada por el espesor de la modelina en la superficie de los dientes mandibulares, a la base de la dentadura mandibular. En esta etapa la dentadura mandibular se utiliza como portaimpresiones para hacer la impresión final.

Los materiales recomendables son la modelina en la primera etapa y la mezcla de óxido de cinc y eugenol en la segunda... (3).

#### Técnica de Sharry

La dentadura superior se debe preparar para la impresión, perforando tres agujeros pequeños en el paladar de la misma. Uno de ellos se sitúa cerca de las papilas incisivas y los otros dos cerca del reborde en el área molar. Estos sirven de salida de escape para el exceso de material de impresión (es importante tener el material suficiente en la impresión, ya que si hay demasiado, puede causar malposición de la dentadura).

La dentadura se rellena con pasta de óxido metálico y se coloca en -

la boca. Se presiona un poco hasta que disminuya el flujo del material. - En ese momento se reduce la presión y se realiza el ajuste del músculo o modelado del borde. Se deja endurecer la impresión, se quita y se examina para comprobar la exactitud. La dentadura inferior se maneja como una cubeta y no necesita salidas.

El modelo y la dentadura superior se montan en la parte de arriba - del duplicador de Hooper (en el Capítulo Cuarto se describirá). A conti- nuación se coloca una capa de yeso en forma de plataforma en los miembros de abajo del duplicador, y el miembro de arriba, con su dentadura, se cierra sobre la plataforma de yeso mojada. Los dientes tienen que penetrar - dentro de la superficie del yeso a una profundidad de unos 2 mm aproxima- damente. Cuando se endurece el yeso se forma una llave dentro de la cual - se pueden poner los dientes repetidamente para mantener una distancia fija, así como también la relación entre el modelo y las superficies oclusales. . . (Figuras 3, 4 y 5).

Cuando se ha endurecido la llave, se separan los miembros de arriba - y de abajo del duplicador. Entonces se retira la dentadura del modelo. La dentadura se limpia de todo el material de impresión y se coloca en la - llave de manera que los dientes ajusten completamente en sus posiciones -

respectivas. El cierre posterior se puede marcar en el modelo, y sustituir el miembro de arriba del duplicador. Por lo tanto, el modelo mantendrá su relación respecto a las superficies oclusales de los dientes. En esta posición, se encera la dentadura al modelo a lo largo de toda la periferia, y en los tres agujeros a través del paladar. (Como procedimiento alternativo se puede cortar el paladar de la dentadura y sustituirlo por cera bien contorneada. Esto tiende a evitar abultamiento en la zona del paladar de la dentadura). . . (Figuras 6 y 7).

Se retiran el modelo y la dentadura del montaje, se procesan y terminan. La dentadura inferior se tiene que ocluir con la superior ya terminada. . . (Figuras 8, 9 y 10).

La dimensión vertical de la oclusión se puede establecer midiendo puntos colocados en la cara del paciente. Cuando el paciente ocluye la dentadura inferior contra la superior, el asiento basal inferior se puede reconstruir con modelina para alcanzar la dimensión vertical correcta de la oclusión. Sin embargo, normalmente no es necesario hacer esto. La periferia se moldea con sumo cuidado con modelina y se prueba la retención.

Al paciente se le enseña a retraer la mandíbula y a cerrar. Si la ac

ción de retracción se hace bien, las formas de dientes anatómicos deben interdigitar razonablemente bien, suponiendo que la relación céntrica original fuese buena. Los pequeños cambios no son importantes, porque se pueden corregir por la impresión.

Se desgasta la dentadura aproximadamente 1.5 mm. También se desgasta la cresta periférica en ángulos rectos con las partes bucolabial y lingual del flanco. Se termina la dentadura haciendo la superficie ligeramente más áspera con una piedra semidura, asegurándose de que las zonas ásperas incluyan la totalidad de la periferia.

Se limpia la dentadura con agua hirviendo para eliminar todas las partículas acrílicas o vinílicas que hayan podido quedar. Se coloca un recubrimiento de separador a las zonas de yeso, y se deja secar de 5 a 7 minutos. Se barniza la parte interna de la dentadura con cualquier monómero.

Se mezcla suficiente material de rebase blando en un frasco de vidrio usando proporciones exactas de tres partes de polvo por una parte de líquido. El tiempo en que la mezcla está a punto de ser usada no debe ser menor de 20 minutos ni exceder los 30 minutos. La mezcla debe ser algo pegajosa.

Se empaca el material de rebase sobre la dentadura, se pueden utilizar las pinzas algodonerías para tomar el material. (La humedad de los dedos puede contaminarlo).

Se coloca una lámina seca de polietileno entre las dos mitades de la mufla y se vuelve a cerrar.

Se coloca la mufla en una prensa y se cierra muy suavemente, hasta obtener contacto de metal con metal. Se mantiene en la prensa de 3 a 5 minutos antes de abrirla.

Se abre la mufla, se quita la lámina de polietileno, y con un cuchillo o bisturí se recortan los sobrantes.

Se agregan 4 ó 5 porciones del material blando de rebase. Se cierran las dos mitades de la mufla sin colocar el polietileno y se coloca en la prensa para el cierre final. Se aplica presión lenta y gradual hasta obtener contacto de metal con metal, dejando la prensa bajo presión entre 10 mi y 20 minutos.

Se recorta el sobrante, se retira de la prensa y se coloca en una -

prensa de resorte para que sea polimerizada en un baño de agua controlado por medio de termostato.

La elaboración del material se puede obtener por dos métodos.

Curado rápido: Se coloca la mufla en agua a temperatura ambiente, y se eleva la temperatura a 74°C; se deja durante hora y media. Se lleva hasta la ebullición durante una hora. Se deja enfriar por sí solo durante una media hora, y después se enfría durante 20 minutos con agua corriente.

Curado durante la noche: Se coloca la mufla en agua a temperatura ambiente, se eleva la temperatura a 74°C y se deja curar por un mínimo de 12 horas. Se deja enfriar por sí solo durante 30 minutos, y después se le enfría durante 20 minutos con agua corriente.

Se abre la mufla, se retira y se separa del molde de piedra, se recortan los sobrantes y se pule en la manera usual...(9).

Rebase de dentaduras inferiores completas con base de metal

Técnica.

Se eliminan las hendiduras de la parte interna de la dentadura y se rebaja a 1 mm de metal y de resina de la base; si se necesita aumentar ligeramente la dimensión vertical, no se rebaja ni el metal ni la resina.

Con una piedra se hace rugosa la superficie de metal o de resina que va hacia el tejido. Se coloca una capa de adhesivo sobre la dentadura. Se realiza una impresión a boca cerrada con el material de elección preferido. Se corre la impresión con yeso piedra. Se obtiene una guía del vaciado y se lubrica la base ligeramente con vaselina. Se monta el vaciado en el duplicador de Hooper. Se remueve el vaciado del duplicador, se separa la dentadura y la impresión, y se bloquean las hendiduras. Se duplica el vaciado en material refractario. Se encera la base de metal. Se remueven los dientes de la dentadura y se colocan sobre la guía en el miembro superior del articulador y se restablecen los contornos bucal y lingual con cera. Se enfrasca y se hierve. Se coloca una nueva base de metal sobre el vaciado. Se rompe el molde. Se evalúa el ajuste de las superficies y los flancos al tejido. Se vuelve a remontar el vaciado en el articulador y se comprueban la relación céntrica y la dimensión vertical. Además, se ajusta la oclusión...(11).

Técnica de impresión a boca abierta



La técnica de Boucher es la única técnica que se describe en la literatura, que explica un método para rebasar las dentaduras superior e inferior al mismo tiempo. Además se hace énfasis en que en esta técnica, las impresiones se hacen en forma independiente, sin utilizar la oclusión céntrica existente. En realidad, las dentaduras se emplean como portaimpresiones para hacer las impresiones secundarias.

Relación céntrica. Utilizando ambas dentaduras como bases de registro, se registra la relación de los maxilares después de hacer las impresiones secundarias mandibular y maxilar. Se forma un sello palatino posterior en la modelina sobre la dentadura maxilar, antes de hacer cualquier cambio en el lado tisular de la dentadura. Se abre 1 mm de espacio dentro de la dentadura para el nuevo material de impresión. Los bordes se acortan 1 mm para dejar espacio para que el material de impresión forme un nuevo borde.

La dentadura inferior se prepara para la impresión de la base en la misma forma en que se prepararía un portaimpresiones para hacer una nueva dentadura. Se desgastan las superficies bucales de las aletas linguales para reducir al mínimo la presión contra el borde milohioideo, y entre los tejidos del piso de la boca y los lados bucales de las aletas linguales.

Se acorta 1 mm la aleta lingual, entre las eminencias premilohioideas. Se acorta 1 mm la aleta labial, entre las escotaduras bucales. Se hacen dos surcos en los lados bucales de las aletas linguales para facilitar la eliminación de las eminencias retromilohioideas, después de haber vaciado el molde. Se hace un mango de modelina sobre los dientes anteroinferiores, para facilitar el manejo de la dentadura cuando se lleva ésta a la boca. Se aplica tela adhesiva sobre las superficies pulidas de ambas dentaduras y sobre los dientes. Si las aletas son inadecuadas, deberán corregirse los bordes con modelina.

Se recomienda material de impresión a base de óxido de cinc y eugenol, aplicando la siguiente técnica. "Exactamente 15 segundos después de haber colocado la dentadura en la boca, se pide al paciente que haga una tracción sobre su labio superior y que abra la boca hasta sus máximas dimensiones. Estas acciones moldean el material de impresión sobre el borde de la dentadura. La dentadura superior se ponen a un lado hasta que se haya hecho la impresión inferior".

- 1) El recorte especial de la dentadura y el espacio dejado para el material de impresión, facilitarán la obtención de una impresión razonable con la técnica de impresión con presión selectiva, sin in-

terferencia oclusal.

- 2) Se hace un registro interoclusal separado utilizando impresiones ya realizadas; las bases de registro permitirán al operador concentrarse en el registro de las relaciones maxilares.
- 3) Puede verificarse el registro de relación céntrica, si se hace necesario.
- 4) El registro interoclusal que se hace con yeso de fraguado rápido, es confiable...(8).

La dentadura se coloca en la mitad de la parte inferior de la mufla, - inclinando la parte anterior de la dentadura para evitar la posible fractura del borde anterior del vaciado maestro, al sacarla de la mufla.

Se coloca un separador entre la primera capa de yeso y la siguiente, - llenando el resto de la mufla y tapando.

Hecho el hervido, se separa la mufla y se retira la dentadura, rebajando todo el material de base de los dientes posteriores.

Se coloca un sello palatino posterior en el vaciado de yeso, el cual - va a ser determinado clínicamente.

Se vuelven a colocar los dientes posteriores de la dentadura en sus posiciones, en la mufla.

Se empaca, procesa y termina en la forma usual. La dentadura rebasada se recibe del laboratorio con un vaciado de yeso.

Se remonta el vaciado al miembro superior del articulador con el registro previo del arco facial.

Para la impresión de la dentadura inferior, se carga con el material y se coloca la dentadura en la boca. Se le dice al paciente que cierre los dientes juntos y que mantenga esa posición hasta que se endurezca el material. Este procedimiento registra bien la oclusión de ambas dentaduras, e igualmente la relación de los dientes inferiores con el asiento de la mucosa.

La dentadura inferior se coloca en el duplicador de Hooper, y a continuación se maneja en la misma forma que la superior...(2).

Reconstrucción estética y procedimiento de rebase para dentaduras completas

Lo primero que se realiza es una verificación de la oclusión con cera, en relación céntrica; se reducen los puntos prematuros hasta lograr un contacto oclusal uniforme.

Se remueven los dientes anteriores de la dentadura. Se acomodan los nuevos dientes en cera y se recontornea la superficie mesial de los primeros premolares superiores y o superficies distales de los caninos, si es necesario acomodar la distancia canino-canino.

Se determina el borde posterior de la dentadura utilizando modelina, se rebaja la superficie interna aproximadamente 1 mm y se ajustan los bordes de la dentadura 2 mm antes del borde final. Se colocan retenciones en las orillas labial y bucal.

Se bordea la dentadura con hule de polisulfuro de cuerpo pesado, el cual se adhiere a las retenciones; después se coloca el de cuerpo ligero, y se completa el rebase con la mandíbula en relación céntrica.

Se transfiere el arco facial con modelina, en forma de pan, colocada en la horquilla del arco.

Se coloca material en el modelo de remontaje de la dentadura inferior o se realiza una impresión y se obtiene un modelo opuesto de la dentición de la mandíbula.

#### Procedimientos de Laboratorio

Se hace fluir una delgada hoja de cera derretida sobre la placa base en la parte bucal del reborde moldeado en silicón. Se coloca investimento de silicona sobre el paladar y el lado bucogingival de los dientes posteriores. La capa de cera previene la unión de los dos silicones y facilita la remoción del silicón y la retención del investimento antes de hervirla.

#### Procedimientos clínicos finales

Se hacen los registros de relación céntrica en el plástico de modelar y en la pasta de silicón sobresaliente, aplicando la "técnica del doble nivel".

Se articulan el vaciado inferior de remontaje y la dentadura en el molde vaciado opuesto.

Se ajusta la distancia intercondilar y se corrige la oclusión en el articulador, comprobando que haya un adecuado funcionamiento de la nueva

posición de los dientes anteriores.

#### Conclusión:

La técnica de enfrascado, utilizando este procedimiento combinado, ahorra tiempo de laboratorio, ya que permite hacer un vaciado simultáneo del - vaciado maestro y la terminación del enmuflado. El investimento de silicona facilita la remoción de los dientes posteriores de la mufla, mientras que - el yeso aporta un índice firme para lograr estabilidad durante el proceso.. (10).

#### Técnica de Rebase directo

Un rebasado directo es totalmente aceptable para la mayoría de las prótesis bucales dentosoportadas hechas con resinas, excepto cuando se desca - algo de soporte mucoso en sillas largas, o sea, entre pilares de un puente - fijo.

Cuando ya se ha desgastado el lado hístico de la base protética, se - aplica una cinta adhesiva sobre las caras pulidas, desde el borde desgasta - do hasta las caras oclusales de los dientes.

Se mezcla el polvo y el líquido en un recipiente de vidrio, de acuer -

do a las recomendaciones del fabricante. Primero se agitan las fibras rojas en el monómero, si es que no han sido ya incorporadas en el polvo, de acuerdo a las características de color de la base que se va a rebasar.

Mientras el material alcanza la consistencia deseada, se pide al paciente que se enjuague la boca con agua fría. Al mismo tiempo se humedecen las superficies de la base protética deseada, con monómero. Esto facilita la unión y asegura que la superficie no esté contaminada.

Cuando el material comienza a tomar cuerpo, pero estando aún fluido, se aplica sobre la superficie hística de la prótesis y sobre los bordes. Inmediatamente después, se coloca la prótesis en la boca del paciente, y se le pide que ocluya. Luego con la boca abierta, se manipulan los carrillos para rebatir los excesos en el borde y armonizar la unión del material en todo ésto. Si se está rebasando una prótesis inferior se hace que el paciente mueva la lengua hacia cada carrillo y contra los dientes anteriores, para determinar el borde funcional lingual. Es necesario que actúen eficazmente los retenedores directos, para evitar el desplazamiento de la prótesis mientras se lleva a cabo el modelado de los bordes. De lo contrario, deberá mantenerse la prótesis en su posición terminal con presión digital sobre las caras oclusales.



Se retira inmediatamente la prótesis de la boca, y con tijeras curvas y finas se recortan los excesos de material y todo el material que haya fluído en las caras proximales de los dientes y otros componentes del armazón protético. Mientras se realiza esta operación, se pide al paciente que vuelva a enjuagarse la boca con agua fría. Luego se reponc la prótesis en su posición final llevando los dientes a oclusión. A continuación se repiten los movimientos bordeantes con la boca abierta. En este momento o poco después, estará el material suficientemente rígido para mantener su forma fuera de la boca.

Se retira la prótesis, se lava rápidamente con agua y se seca con aire. Se aplica una capa abundante de glicerina o Tectol con un pincel, o una torunda de algodón, para prevenir la evaporación del monómero. Se deja entonces polimerizar al material, eliminando la incomodidad del paciente y el daño de los tejidos. Aunque es preferible que transcurra un lapso de 20 a 30 minutos antes de recortar y pulir, esto puede hacerse tan pronto como el material se haya endurecido. La cinta adhesiva debe ser eliminada antes del recorte, pero debe ser reubicada sobre los dientes y caras pulidas, por debajo de la unión del material nuevo con el viejo, para proteger esas superficies durante el pulido final...(5).

### Técnica de Rebase con material blando Adcor

Antes de realizar esta técnica se va a utilizar el acondicionador de tejidos en ambas dentaduras.

Una vez preparadas las dentaduras, se retiran de la boca y se obtienen modelos en las dos dentaduras empleando yeso piedra; se reviste en la mitad inferior de la mufla utilizando yeso blanco. Cuando haya fraguado el yeso, se pinta con un buen separador y se rellena la contramufla utilizando mitad de yeso blanco y mitad de yeso piedra.

Ya que haya fraguado el yeso, se calienta la mufla en agua hirviendo durante 4 ó 5 minutos, y con golpes suaves se abren sus dos mitades; si hay restos del material acondicionador de tejido, se eliminan con fresas redondas grandes.

## CAPITULO CUARTO

### PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO Y TERMINADO

Ya tomadas las impresiones, se procede a la elaboración de los modelos, los cuales se preparan siempre con yeso piedra, preferentemente después de una protección de bordes con cera, destinada a conservarlos en perfecto estado para su reproducción final. Para que tengan suficiente resistencia, se les da un espesor mínimo de 15 mm a las bases de los modelos... (8)... (Figura 1).

Antes de separar los modelos de las prótesis, se deben colocar en un duplicador, que es cualquier dispositivo que permita mantener la prótesis o su remanente en posición correcta respecto al modelo; los "duplicadores" preparados para este objeto son el Jectron Jig o el de Hooper (casa - - - Hanau); además, se pueden mantener mejor las relaciones oclusales de la mu cosa utilizando este tipo de duplicadores... (2)... (Figura 2).

También se puede utilizar un articulador, preferentemente dotado de un vástago incisal. Existe también la alternativa de preparar un duplicador simplemente con yeso, haciendo prolongaciones al zócalo, que permitan relacionar con yeso los dientes de la prótesis, siguiendo el mismo principio que en los articuladores de yeso.

Se prepara un modelo antagonista de yeso piedra, que cubra las super-

ficies oclusales y palatinas o linguales (previamente envaselinadas) de la prótesis.

El modelo superior se monta en el miembro superior del articulador, - mediante un registro con el arco facial. El modelo inferior se fija en el miembro inferior por medio del registro interoclusal de relación céntrica. Una vez fraguado el yeso, se abre el articulador y se puede separar la prótesis del modelo. Separada la prótesis del modelo, puede limpiarse ésta a fondo, puede cambiarse algún diente roto y desgastarse el acrílico para dar al nuevo material no menos de 1 mm de espesor, o cortar toda la parte palatina o lingual. Todo este trabajo se hace con piedras de grano grueso para resina acrílica.

Preparada la prótesis para recibir el acrílico de rebasado, se debe proceder al arreglo del modelo. Si es una prótesis superior, se hará la presión correspondiente para obtener el llamado "postdamming", y se pondrá el "alivio" en caso necesario. Por último, se pinta con un buen aislante.

Se prepara el acrílico autopolimerizable en cantidad suficiente. Mientras toma la consistencia adecuada para prensarlo, se humedece con monómero la superficie de la base que debe recibir nuevo acrílico. Se carga la -

base de acrílico y se cierra el duplicador hasta su cierre exacto, dejando que fluya el excedente de acrílico por los bordes.

Se pueden ajustar ahora los tornillos del duplicador, si los tiene, o bien, puede colocarse el duplicador en una prensa adecuada; también puede ajustarse con ligas elásticas fuertes, lo cual es cómodo cuando se trata de un articulador; luego se acelera el proceso sumergiendo el todo en agua a 50°C.

Otra técnica ventajosa para la calidad del acrílico y la precisión del rebasado, de acuerdo con las investigaciones de Smith, consiste en poner todo el conjunto en una olla de presión, de modo que lo cubra el agua a 40°C y mantenerlo así 10 ó 15 minutos.

Ya que se ha terminado con este procesado, se desgastan con piedras para acrílico, conservando cuidadosamente los bordes funcionales, se lijan y se pulen.

El laboratorio regresa las dentaduras con sus modelos respectivos al consultorio.

Se lavan las prótesis y se llevan a la boca del paciente. Se observa la oclusión. Aunque parezca aceptable la oclusión, siempre es necesario hacer algunas modificaciones a las superficies oclusales de los dientes... - (1).

#### Registros interoclusales para corrección oclusal

Para remontar la prótesis inferior y ajustar el articulador, se necesitan dos registros interoclusales nuevos. El primero es un conjunto de registros interoclusales protrusivos de yeso de impresión. Se le indica al paciente que protruya el maxilar inferior, y muerda con los dientes anteriores, pero al aproximarse los dientes, se le dice al paciente que detenga el movimiento de cierre y mantenga esa posición hasta que haya fraguado el yeso. Esto registra la relación de la mandíbula respecto al maxilar superior, en posición protrusiva.

Después se toma un registro interoclusal en relación céntrica. Se coloca yeso de impresión sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores inferiores. Se le indica al paciente que lleve hacia atrás el maxilar inferior y cierre con los dientes posteriores. Nuevamente se le indica al paciente que detenga el movimiento de cierre, previo contacto entre los dientes o las bases.

Una vez fraguado el yeso, pueden retirarse las prótesis de la boca. - La prótesis superior se coloca sobre su modelo de remontado en el articulador. Se bloquean los socavados de la prótesis inferior, y ésta se ubica en el registro interoclusal de relación céntrica, y se une al articulador.

Al retirarse los registros interocclusales, no debe haber contacto ni entre los dientes ni entre las bases protéticas.

Para corregir la oclusión en excursiones mandibulares excéntricas, - se ajustan las trayectorias condilares del articulador, mediante los registros interocclusales protrusivos. Al realizar ese ajuste, la platina incisiva no debe hacer contacto con la platina incisal.

En el articulador es fácil hacer correcciones una vez que se les haya observado, lo cual es difícil de ver en la boca. Los contactos oclusales - en relación céntrica se corrigen primero mediante desgaste selectivo. Para localizar los contactos oclusales se usa papel de articular.

Una vez corregida la oclusión céntrica, mediante papel de articular - se localizan contactos dentarios que interfieran en oclusiones laterales. - Esto se logra modificando la altura de las cúspides vestibulares de los



dientes superiores y las cúspides linguales de los dientes inferiores, sin alterar la oclusión céntrica.

Después de corregir la oclusión en la posición céntrica y en las posiciones laterales derecha e izquierda, se hace lo mismo con la oclusión protrusiva, de modo que se deslicen todas las oclusiones al mover el articulador de una posición oclusal a otra.

Se quitan las prótesis del articulador, se las lava, y se las coloca en la boca del paciente. Se le dice al paciente que lleve hacia atrás el maxilar inferior, y que cierre hasta que los dientes toquen apenas, y después cierre fuerte. Si los dientes hacen contacto y se deslizan, la oclusión es incorrecta. Si los dientes hacen contacto y se quedan fijos en el primer cierre, coinciden la relación céntrica y la oclusión céntrica... (8).

#### Cuidados para prótesis completas y parciales removibles después de realizar el rebase

Es esencial proporcionar al paciente información y explicaciones detalladas sobre los cuidados que deberá tener con su prótesis. Porque puede irse presentando reabsorción del hueso, y motivarlo para que siga estos

cuidados y vaya al consultorio cada seis meses para revisar el ajuste de la prótesis.

Los problemas relacionados con la higiene de la prótesis empiezan en el instante mismo de su colocación. Los alimentos se acumulan alrededor de las proyecciones del armazón de la prótesis parcial y debajo de las bases. La prótesis es bañada por una saliva rica en proteínas, de las cuales algunas son absorbidas y modificadas y acaban por formar una película. La colonización bacteriana de la película y de los alimentos conduce a depósitos de placas bacterianas que se desarrollan y maduran en todos los sitios de donde no se les desaloja. En el portador de prótesis, la placa bacteriana es causa de halitosis e inflamación gingival.

### Métodos para limpiar las dentaduras

Los métodos más comunes que se recomiendan para limpiar las dentaduras incluyen: el cepillado normal con cepillo dental de buena calidad y jabón suave, inmersión en agentes especiales disponibles en el mercado y empleo de productos caseros como hipoclorito diluido o vinagre, para quitar manchas y sarro recalcitrantes.

### Cepillado

El cepillo de dientes ha sido, y todavía sigue siendo, el elemento más importante en cualquier programa de higiene bucal y, por supuesto, también en la limpieza de las prótesis. El cepillo ideal para prótesis debe tener dos grupos de cerdas, uno que permite penetrar en la superficie interna curva de la prótesis y otro grupo dispuesto de manera de formar un cepillo rectangular para que pueda adaptarse a las superficies externa y oclusal de la prótesis. Si el paciente no se preocupa por comprar el cepillo especial para prótesis, un cepillo de dientes de cerdas de nylon de extremidades redondeadas y dispuestas en grupos múltiples, es también aceptable. Lo importante es que el paciente pueda alcanzar y limpiar todas las áreas de todas las superficies de la prótesis, inclusive la parte interna de los ganchos.

### Limpiadores químicos

En el comercio se encuentran diferentes tipos de limpiadores. Generalmente, vienen en forma de comprimidos y polvos que al ser disueltos en agua tibia, eliminan químicamente las manchas y los depósitos. Por lo general, el proceso de limpieza no toma más de 10 minutos, pero, en la mayoría de los casos, se recomienda dejar remojando la dentadura durante una noche.

### Limpiadores de Hipoclorito

Las sales de hipoclorito suelen recomendarse como desinfectantes, - - blanqueadores y desodorantes. En odontología, el hipoclorito se utiliza para ayudar a preparar los espacios de los conductos radiculares y como limpiador de dentaduras.

Aunque el hipoclorito es eficaz contra las manchas y depósitos de tabaco, comida y muchas otras, su uso no ha alcanzado mucha popularidad, debido a que presenta la desventaja de corroer las bases metálicas y las armarones de cromo de las dentaduras parciales, así como los pivotes de dientes anteriores de porcelana. Además, los hipocloritos despiden un olor ligeramente desagradable y deben manejarse con cuidado para no dañar los vestidos y las telas...(12).

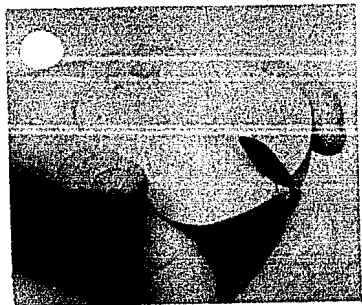
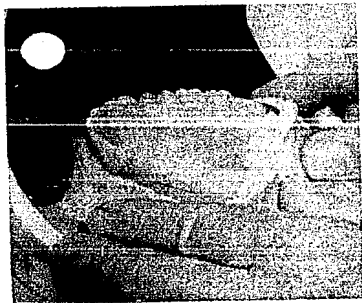


Fig. 1

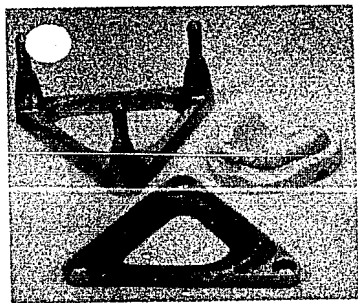
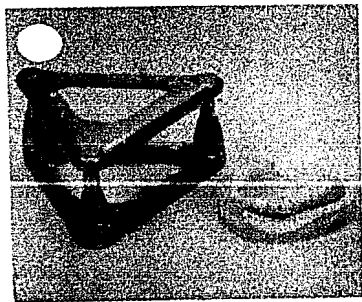
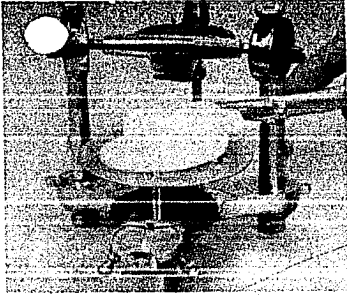
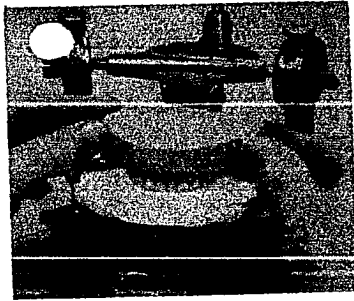


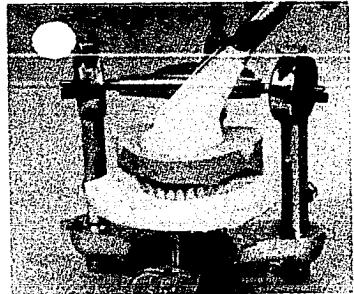
Fig. 2



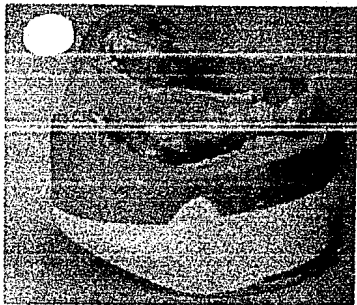
**Fig. 3**



**Fig. 4**



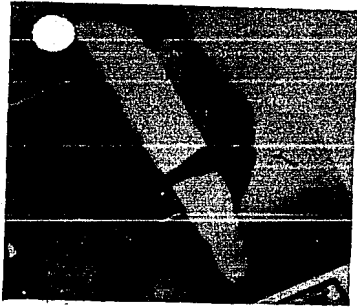
**Fig. 5**



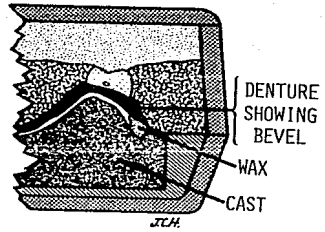
**Fig. 6**



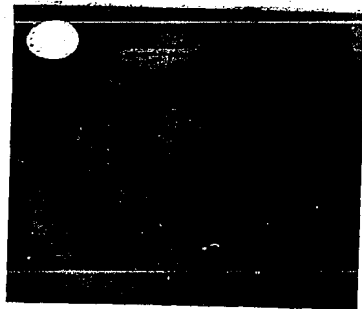
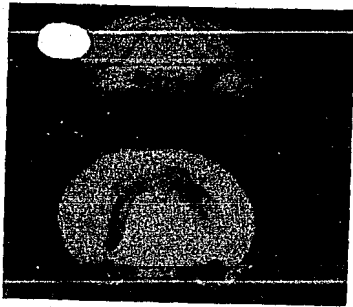
**Fig. 7**



**Fig. 8**



**Fig. 9**



**Fig. 10**



## B I B L I O G R A F I A

- (1) Saizar Pedro, *Prostodoncia Total*  
Ed. Mundi, Buenos Aires, 1972  
Rebasado, P. 443-453
  
- (2) Sharry J. John, *Prostodoncia Dental Completa*  
Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 2a. Edición, Mayo 1977  
Técnicas de Reconstrucción y Rebase, P. 323-327
  
- (3) Winkler Sheldon, *Prostodoncia Total*  
Ed. Interamericana, 1a. Edición Español, 1982  
Técnicas para Rebase y Cambio de Base, P. 446-451  
Elastómeros Polímeros para Prótesis Totales, P. 112-120  
Dentaduras totales convencionales inmediatas, P. 479 y 483
  
- (4) Ozawa Deguchy Y. José, *Prostodoncia Total*  
Ed. Textos Universitarios, Escuela Nacional de Odontología, 1973  
Rebasado de la Dentadura, P. 266  
Resinas Acrílicas, P. 106-112

- (5) Boucher J. Louis y Renner P. Robert, Rehabilitación del Desdentado -  
Parcial  
Ed. Interamericana, 1a. Edición, 1984  
Rebase, rectificación y reparaciones, P. 310-312
- (6) Miller L. Ernest, Prótesis Parcial Removible  
Ed. Interamericana, 1a. Edición, 1975  
Rebase de la Prótesis, P. 262-263
- (7) Ozawa Deguchy Y. José, "Importancia de la Biología del Envejecimien-  
to", en:  
Práctica Odontológica, México, Marzo 1985  
Vol. 6 Núm. 3, P. 8-10
- (8) Boucher O. Carl, Prótesis para el Desdentado Total  
Ed. Mundi, 7a. Edición  
Rebasado y Forrado de Prótesis Completas, P. 539-546  
Rebasado y Remontado de la Prótesis Parcial Removible, P. 405-410
- (9) Buchman M. Jack y Menekratis Ajax  
Ed. Labor  
Rebase de las Dentaduras con Material Blando Adcor, P. 69-73

- (10) Esthetic Reconstruction and Rebase Procedure for Maxillary Complete Dentures, en:  
The Journal of Prosthetic Dentistry, December 1980  
Vol. 44, Núm. 6, P. 571-573
- (11) Rebasing Metal-Based Complete Mandibular Dentures, en:  
The Journal of Prosthetic Dentistry, March 1986  
Vol. 43, Núm. 3, P. 130-132
- (12) Dennis J. Abere, Cuidados Para Prótesis Completas y Parciales Removibles Después de su Colocación, en:  
Clínicas Odontológicas de Norteamérica  
Ed. Interamericana  
Vol. 1, 1979, P. 143-145
- (13) Sowter B. John, Dental Laboratory Technology  
Ed. and Production Staff  
Prosthodontic Techniques Dentistry, P. 121, 127-130

(10) Esthetic Reconstruction and Rebase Procedure for Maxillary Complete Dentures, en:

The Journal of Prosthetic Dentistry, December 1980

Vol. 44, Núm. 6, P. 571-573

(11) Rebasing Metal-Based Complete Mandibular Dentures, en:

The Journal of Prosthetic Dentistry, March 1986

Vol. 43, Núm. 3, P. 130-132

(12) Dennis J. Abere, Cuidados Para Prótesis Completas y Parciales Removibles Después de su Colocación, en:

Clínicas Odontológicas de Norteamérica

Ed. Interamericana

Vol. 1, 1979, P. 143-145

(13) Sowter B. John, Dental Laboratory Technology

Ed. and Production Staff

Prosthodontic Techniques Dentistry, P. 121, 127-130