

REBASADO DE SOBREDENTADURAS

Dres. SUSUMO NISIZAKI,*
ADOLFO TASSANI

Palabras clave:

Sobredentadura - Rebasado - Ataches imanes - Magnetodentadura - Futuro.

INTRODUCCION

El rebasado de prótesis removibles parciales, totales y sobredentaduras, es una de las maniobras clínicas y de laboratorio corrientes en lo que respecta a tratamientos odontológicos en general. Incluso si se pusiera un poco más de atención en los controles periódicos debería ser una indicación más reiterada aún.

Tal vez este error o exclusión relativa de los planes de tratamiento se deba fundamentalmente a la falta de definición en sus funciones y objetivos.

Conocido es que la pérdida de relación entre la superficie de impresión de la prótesis y el soporte protético osteo-fibromucoso es de etiología multifactorial, que se debe saber diagnosticar para hacer del rebasado no una maniobra clínica rutinaria sino un verdadero tratamiento integral.

De este modo, dentro del nuevo plan de tratamiento se incluirán por ejemplo: corrección de dieta (1), tratamiento medicamentoso y quirúrgico, extensión de base, ajuste oclusal, retiro nocturno de las próte-

sis, mejora de higiene bucal (2), etc., además del rebasado en sí.

Así encarado el tratamiento, el rebasado no es un simple relleno de material del espacio real creado entre soporte y prótesis, sino que cumple una finalidad específica con objetivos también definidos:

a) Devolver al ajuste bucal perdido para controlar la acción iatrogénica, pues a un mayor desajuste le seguirá una mayor resorción ósea del reborde alveolar. De este modo se cumple con una función preventiva (3). Además en el caso de que existan dientes pilares de una prótesis parcial removible o de una sobredentadura, el rebasado de las sillas controlará o disminuirá la sobrecarga sobre esos dientes pilares.

b) Devolver la eficacia masticatoria de las prótesis, comprobada por muchos autores (4).

c) Hacer las prótesis más confortables. El mayor ajuste, la mayor estabilidad y retención, innegablemente redundarán en confort, junto con la mayor capacidad para triturar alimentos así como su degustación.

d) Estéticamente también se puede mejorar, pues un "hundimiento" importante de la prótesis, hace que el paciente parezca desdentado.

e) Devolver una función oclusal adecuada, así como también evitar la migración de dientes naturales antagonistas.

Tal vez los aspectos preventivos y el control de la iatrogenia sean los más relevantes. Aunque en definitiva nos estamos

* Prof. Adjunto de Clínica de Prótesis

** Ex Adjunto de Clínica de Prótesis

preocupando no sólo por su superficie de asiento, sino también por sus antagonistas, su educación dietética e higiene y por su salud general.

TRATAMIENTOS PREVIOS AL REBASADO

En casi ningún caso se podrá efectuar el rebasado como maniobra clínica inmediata, sino que deberán acondicionarse ambas partes, la boca y la prótesis (5).

Rutinariamente se debe poner atención en la condición de salud del tejido de soporte dento-mucoso. Recuperada la condición de salud esperada (previo diagnóstico) de los tejidos duros del diente, del periodonto y la fibromucosa, más la consideración del tejido óseo, como anteriormente se indicó, recién se está en condiciones bucales de rebasado.

La experiencia indica que uno de los errores más prevalentes es la toma de impresión para el rebasado con el tejido de soporte mucoso en estado inflamatorio. Esto no significaría más que una solución parcial al problema.

Lo correcto sería entonces, primero establecer el diagnóstico de cuál es la razón de ese edema, eliminar el o los factores etiológicos y sistemáticamente rebasar en boca en forma directa con materiales acondicionadores de tejidos. Maniobra clínica que se repetirá tantas veces como sea necesario y con la técnica adecuada, hasta lograr que ese objetivo intermedio, que es la recuperación de la salud de los tejidos, se lleve a cabo.

Es recién en estas circunstancias que se podrá continuar con el paso siguiente, que es la impresión para el rebasado por técnica indirecta (clínica y de laboratorio).

Como precaución fundamental, hay que tomar siempre la impresión a presión de mordida o a boca cerrada.

Además será necesario preparar la prótesis para rebasar, cosa que admite innumerables posibilidades según el caso clínico. En términos generales se deberá:

a) Ajustar la oclusión lo mejor posible, tanto de la prótesis como del antagonista; ésto se hará por desgaste selectivo o por agregado o suplemento en la superficie oclusal, o en ambas si es necesario.

b) Eliminar zonas retentivas de la prótesis.

c) Estabilizar la base protética (con topes de compuesto de modelar por ejemplo); ésto a veces se tendrá que realizar previo al ajuste oclusal.

d) Recuperar la dimensión vertical. Es corriente que antes de rebasar se deba incrementar la dimensión vertical perdida y aún ajustar la oclusión máxima al mismo tiempo. El aumento de dimensión vertical se hará agregando material de bajo índice de corrimiento en la superficie de impresión. Puede ser con compuesto de modelar, siliconas pesadas, etc. Recién entonces se hará el cierre periférico y seguidamente la impresión a presión de mordida con el material seleccionado para el caso.

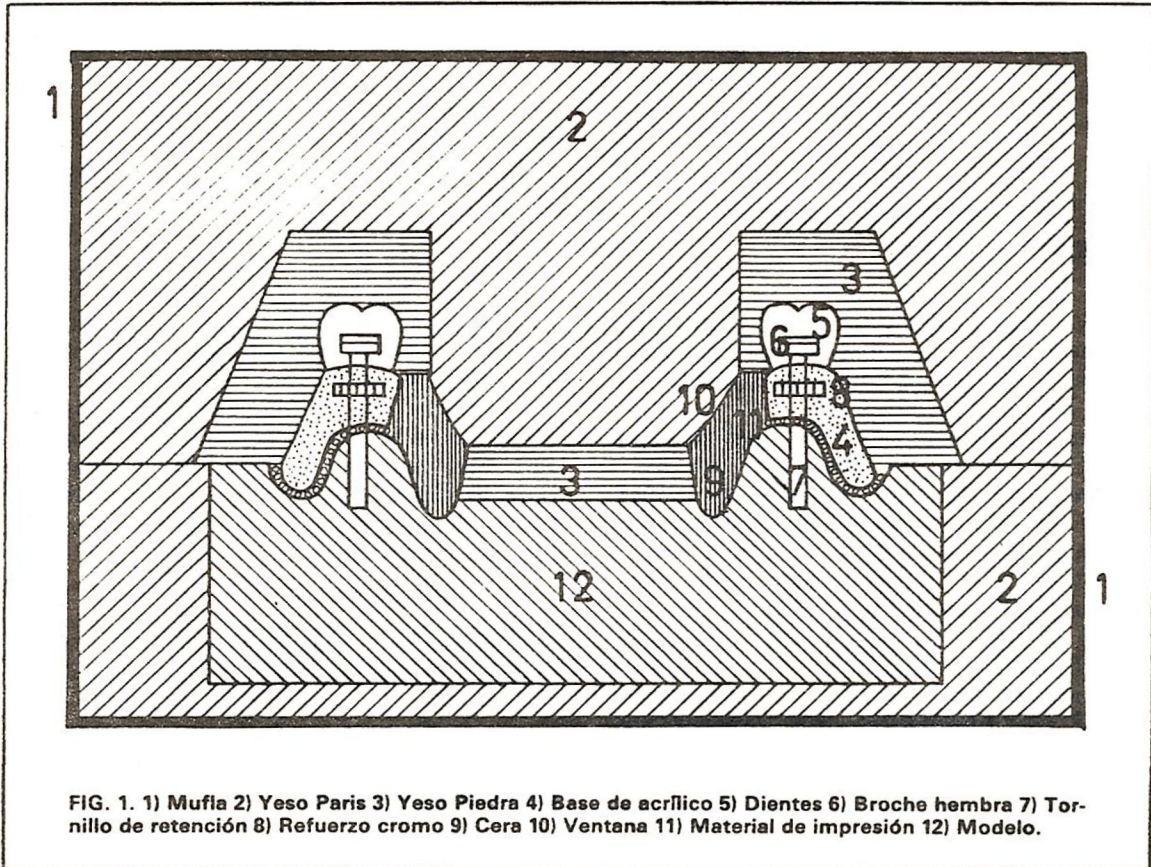
TECNICAS DE REBASADO PARA SOBREDENTADURAS

Con ataches de precisión y semiprecisión

Igual que la gran mayoría de los autores, somos partidarios de los rebasados en acrílico termocurable. Podríamos optar por acrílico autocurable sólo cuando estén limitados a zonas poco extensas y bien específicas del soporte, o como rebasado transitorio antes de pasar al definitivo (6).

Para efectuar el rebasado con acrílico termocurable será necesario tomar sistemáticamente una impresión que usará como continente a la propia prótesis que se va a ajustar, en lugar de una cubeta individual de acrílico. La impresión se puede tomar con cualquiera de los materiales clásicos para rebasados, como pastas zinquenólicas o silicona, previa preparación del terreno protésico y de la prótesis.

Una vez tomada la impresión, se deberán tomar distintas precauciones según el tipo de broches o ataches que se hayan usado para la sobreprótesis. Si se usaron broches de teflón o nylon, se podrán rellenar las hembras con yeso extraduro o cemento, con sumo cuidado para evitar que al prensar, el acrílico se introduzca dentro de las cavidades. También se puede usar la parte activa de una fresa de acero en desuso, gastándola hasta que calce perfectamente en la



caja de la hembra; esto evitará que penetre el acrílico al cargarlo.

Si se usaron broches de precisión (prefabricados) se deberán bloquear las cajas de las hembras. Igual que con los de teflón, se pueden rellenar con yeso o cemento, o bien desarmar las cajas retirando los elementos constitutivos de éstas, manteniendo sólo la parte incluida en el acrílico, bloqueando el interior con los tornillos que vienen en los avíos, para cargar en mufla. En estos casos es necesario obtener un modelo donde se tendrá la absoluta seguridad de la posición de las cajas de las hembras y de la totalidad de la prótesis. En estas situaciones lo ideal es cargar la prótesis por el sistema de casilla.

Se deben tener en cuenta dos posibilidades distintas, que la sobreprótesis tenga en su interior algún elemento de refuerzo como ser un esqueleto de cromo-cobalto, o bien que no tenga nada. Preferentemente usamos un esqueleto metálico para darle solidez a la prótesis y evitar las líneas de debilidad o fractura que significan la presencia de los broches o ataches en la masa del acrílico.

TECNICAS DE REBASADO DE LABORATORIO

Rebasado a cielo abierto

Se entiende por cielo abierto a los métodos tradicionales, tipo completa convencional, donde el modelo queda en la parte o base de la mufla, mientras que la prótesis permanece en la contraparte (7). Esta técnica, tiene el inconveniente de poder producir cambios a nivel de dimensión vertical de oclusión. Pero lo más grave en el caso de que se trate de una sobredentadura con ataches o broches de precisión o semiprecisión, es la posible pérdida de la relación entre el macho y la hembra.

Exige una técnica de laboratorio muy minuciosa y el uso de muflas en excelentes condiciones de trabajo, como asimismo prensas de gran rendimiento no sólo para el prensado del acrílico, sino también para el mantenimiento de la presión continua dentro de la mufla durante el proceso de polimerización del acrílico.

Si se usa este método, es aconsejable de todos modos hacer primero el modelo

de trabajo y luego hacer una llave oclusal de control ya sea con un articulador o con una platina de remonta en un articulador, para poder hacer los controles y la evaluación después de curado el acrílico.

Rebasado a cielo cerrado.

La técnica a cielo cerrado o de casilla, donde el modelo y la prótesis queden en la parte totalmente cubierta por yeso piedra, con una abertura o ventana por donde se cargará el acrílico. Esto tiene la gran ventaja de evitar posibles errores o cambios en la dimensión vertical de oclusión y el posible cambio de posición de las hembras con respecto al macho, lo que significaría un problema muy serio. Quedan pues reducidos los problemas a los normales cambios dimensionales del acrílico durante el proceso de curado.

Pero esta técnica es mucho más engorrosa pues requiere el recambio de prácticamente todo el acrílico de base y de uno de los flancos por lo menos. Esto significa que debemos hacer un modelo y contramodelo, o llave oclusal para poder recortar el acrílico actual y encerar para poder cargar el acrílico en la mufla, a través de uno de los flancos, usando de preferencia el lingual o palatino ya que sobre ese flanco se puede ejercer mejor el efecto de encajona-

miento en el momento de prensar el acrílico.

Como se puede apreciar en la figura 1, donde se ve la mufla cerrada con todos sus componentes, pronta para ser puesta en agua caliente para proceder a su apertura y proseguir con el retiro y lavado de la cera así como del material de impresión. Este último es el más difícil de retirar por la falta de espacio entre el acrílico y la superficie del modelo.

Es más conveniente en algunos casos, eliminar parte del material de impresión y del sellado periférico, previo a la colocación del modelo en mufla, sustituyéndolos por cera, que sí permite un fácil retiro con agua caliente. Por eso es que se aconseja desgastar una cantidad mayor de acrílico en la parte interna de la prótesis, para que quede un espesor tal de material de impresión que facilite su remoción.

Una vez abierta la mufla (fig. 2 y 3), lavada y secada, se procederá a la aplicación de separador de acrílico, que no siempre se consigue hacerlo de forma adecuada, sobre todo en el flanco vestibular del modelo. A veces es preferible no colocar separador, para evitar el riesgo de que no se una correctamente el acrílico de rebase con el de la prótesis, aunque esto signifique más trabajo en la limpieza y terminación.

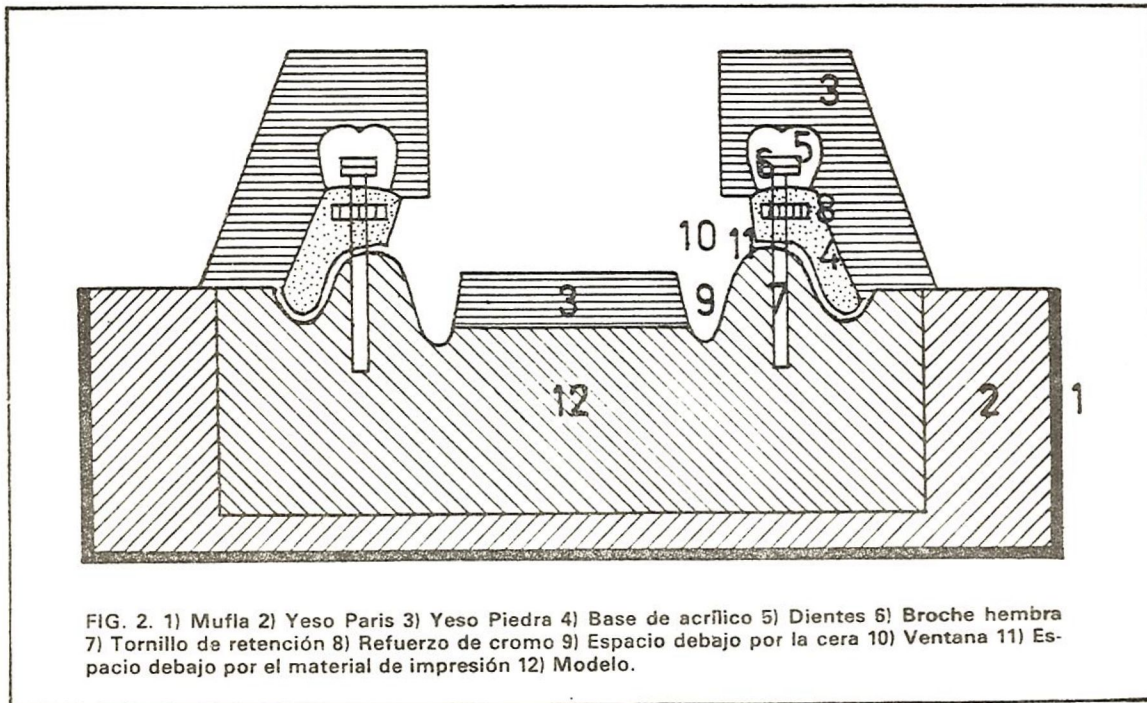


FIG. 2. 1) Mufla 2) Yeso Paris 3) Yeso Piedra 4) Base de acrílico 5) Dientes 6) Broche hembra 7) Tornillo de retención 8) Refuerzo de cromo 9) Espacio debajo por la cera 10) Ventana 11) Espacio debajo por el material de impresión 12) Modelo.

En esta técnica hay que asegurar bien la posición de las hembras, de los ataches o broches, teniendo que hacerse el cargado del acrílico bajo gran presión y con suma rapidez. También deben realizarse las prensadas con sumo cuidado para evitar la aparición de porosidad.

Con esta técnica en la gran mayoría de los casos no es necesario hacer tantos ajustes oclusales, ya que hay menos alteraciones a ese nivel.

La terminación de estos rebasados no tiene diferencias con la de los rebasados convencionales, salvo limpiar en forma apropiada la caja de la hembra si le hemos colocado algún elemento preservador como yeso, por ejemplo. Con la recuperación del modelo de la mufla o parte de él, se podrá hacer la remonta y controles funcionales en el articulador. Lo mismo si hemos hecho su montaje con la platina de remonta o con las llaves oclusales apropiadas.

En conclusión, se propone como método más seguro y efectivo para los rebasados de sobreprótesis el de la casilla o cielo cerrado, reconociendo sin embargo que es más complicado y que lleva más tiempo de laboratorio.

Rebasado con duplicadores

Existen entre los distintos procedimientos para rebasar, algunos más aceptables,

con acrílico de autopolimerización pero curados a presión (25 libras a 40° C durante 30 minutos).

Se puede emplear duplicadores de tipo HOOPER (*), o Dispositivos para rebasados (**), para sobredentaduras (8). Para estos procedimientos se deberán seguir las mismas precauciones antes mencionadas.

Rebasado de sobredentaduras magnéticas

Una vez recuperada la salud de los tejidos, es aconsejable tomar una impresión de diagnóstico a presión de mordida, con pasta indicadora de presión, con silicona liviana o incluso con alginato, para observar no sólo el grado de desajuste en los distintos sectores sino fundamentalmente para ver la relación entre los pilares y los imanes.

Se pueden dar distintas situaciones:

A) El caso más simple es que los mini-magnetos guarden su relación de contacto adecuado y por lo tanto no haya interposición de material de diagnóstico (fig. 4).

B) Otra situación puede ser que haya una capa de material de impresión interpuesto entre todos los imanes y los pilares (fig. 5).

C) Puede darse una situación intermedia en la que al tomar la impresión de diagnóstico a presión de mordida, queden algu-

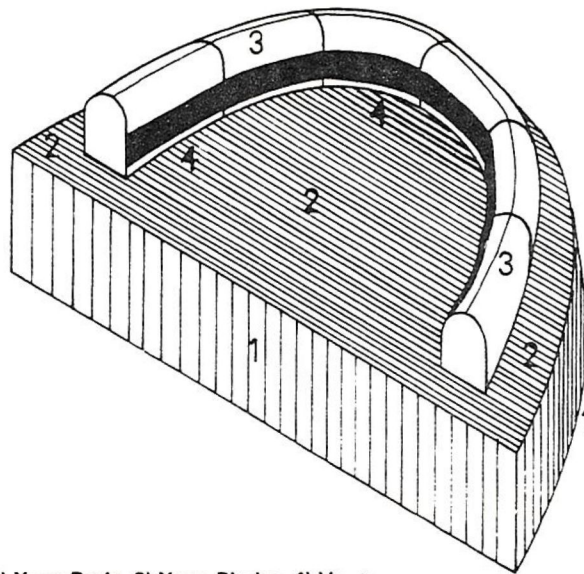
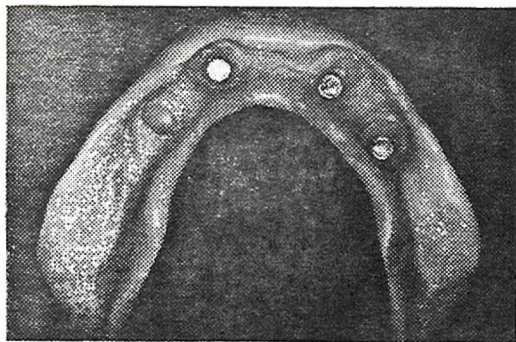
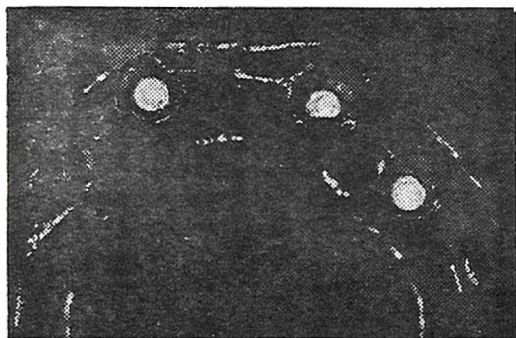


FIG. 3 - 1) Mufla 2) Yeso Paris. 3) Yeso Piedra. 4) Ventana

FIG. 4



A - Sobredentadura Completa Inferior con 3 imanes.

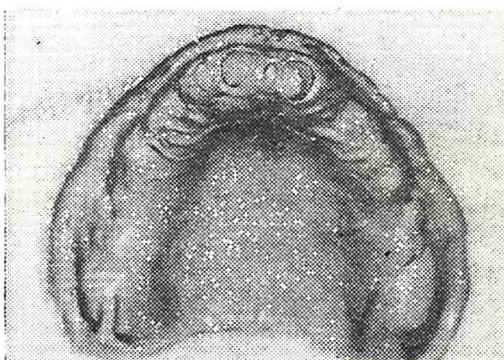


B - Sobredentadura Completa Inferior con rebasado total. Los imanes están visibles, esto asegura contacto íntimo con el metal del diente pilar.

FIG. 5



A - Sobredentadura Completa Superior con 2 mini-magnetos.



B - Sobredentadura con imanes rebasada. Los magnetos están cubiertos por material de impresión.

nos magnetos en contacto íntimo con su pilar y otros queden separados por material de impresión.

TECNICAS CONVENCIONALES

Solamente en aquellos casos en los que los imanes mantienen correcta relación con los pilares (situación A), se admiten como solución, las técnicas convencionales.

El procedimiento sería entonces: eliminar zonas retentivas de la prótesis, realizar un nuevo cierre periférico y tomar impresión a presión de mordida con silicona fluida, pasta zinquenólica o incluso con acondicionador de tejido (9). Se debe volver a rectificar en este momento si los imanes quedaron bien descubiertos. Recién en-

tonces se pondrá en mufla. Como precaución fundamental, cierre perfecto de la mufla en el último prensado. Para salvar dicho inconveniente y para mayor seguridad se recomendaría la técnica de "casilla" como ya se describió.

Para las otras situaciones (B y C) se recomendará la siguiente técnica:

1) Retirar los imanes de la prótesis y ahuecar bien.

2) Realizar el rebasado a presión de mordida como se detalló anteriormente, en la parte clínica (eliminar retenciones y luego efectuar cierre periférico e impresión).

3) Vaciado de la impresión y puesta en mufla.

4) Abrir la mufla, retirar material de impresión.

5) Pegar los imanes con resina fluida (cianoacrilato) sobre el modelo, en los pilares correspondientes (fig. 6).

6) Cargar conacrílico, preferentemente que tenga "bonding" con metal y terminar.

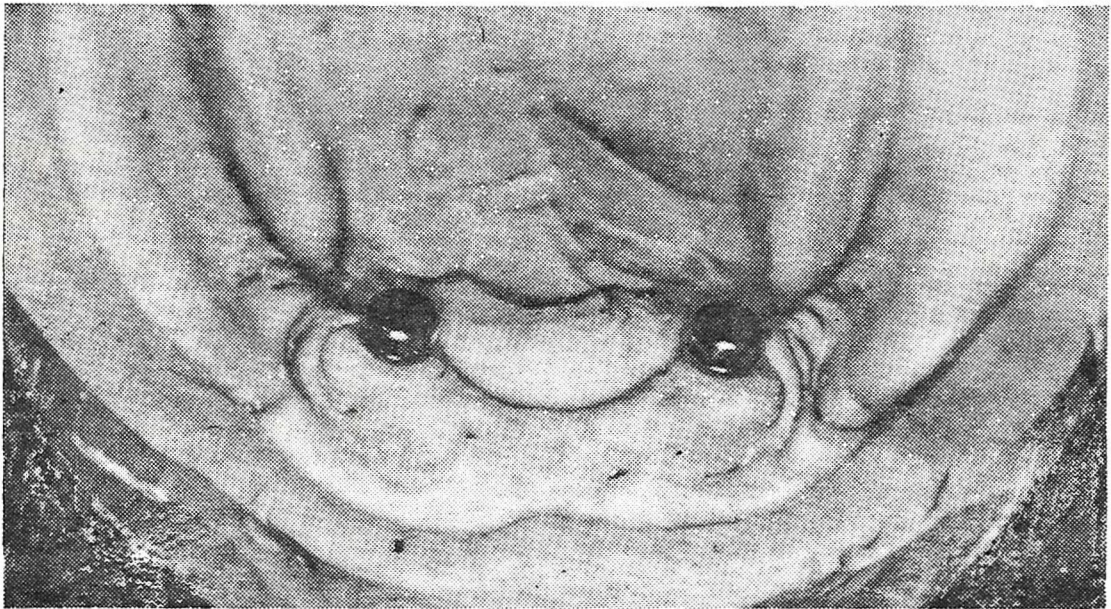
(*) Teledyne Dental Products Co. Buffalo N.Y.

(**) Relining de Honmedica Inc. Chicago, Ill.)

FIG. 6



A - Modelo en mufla



B - Modelo con los imanes pegados con cianoacrilato.

Se propondría esta técnica como la más segura y de uso sistematizado para todos los casos. Aunque algunos autores aconsejan colocar los magnetos en boca con acrílico de autopolimerización.

En estos momentos también hay en el mercado internacional algunos acrílicos de autopolimerización con bonding al metal.

Rebasado en el futuro

No se puede finalizar este tema sin manifestar lo que ocurrirá en el futuro próximo en forma generalizada con respecto al rebasado.

Se emplearán resinas de fotocurado. Una vez que estén en condiciones la boca y

la prótesis, se tomarán las impresiones con resinas especiales a presión de mordida, igual que con cualquier material de impresión. Pero la polimerización se hará fuera de boca con lámpara para fotocurado.

Este es un procedimiento que ya se está realizando pero aún no es una técnica estandarizada (Triad; Eporex-R).

La practicidad, que sea una maniobra sólo clínica y por lo tanto se eviten los errores de todo procedimiento en varias etapas, la hará la técnica de elección en el futuro.

RESUMEN

El rebasado de prótesis removibles es una maniobra clínica corriente, pero debería de serlo aún más. Lo que ocurre es que durante el control periódico no se hace el examen clínico correspondiente con fines de diagnóstico para ver si es necesario el rebasado y por lo tanto tampoco se indica el mantenimiento. Para solucionar este problema se tendrían que conocer más cuáles son los objetivos del rebasado. Dentro de ellos se destacan: devolver el ajuste a los tejidos de soporte, restituir la eficacia masticatoria, hacer las prótesis más confortables, mejorar la estética, devolver una función oclusal adecuada, etc.

Se plantean distintos procedimientos sobre cómo efectuar el rebasado y se aconseja la técnica de elección. También se hace referencia acerca de cómo se hará la técnica de rebasado en el futuro en forma rutinaria.

SUMMARY

Rebasing of removable dentures is a usual procedure, but it has to be even more practiced. It happens that during the recall in many cases the dentist doesn't check that point to see if rebasing is necessary or not,

so maintenance of dentures are incomplete. To solve this problem the objectives of rebasing must be well known. Some of them have to be mentioned: revert its adjustment to the support tissue as well as its occlusal function; restore the decreased masticatory efficiency; make dentures more confortables; improve esthetics, etc.

Different procedures for relining and selecting the best technique are shown.

Also how rebasing will be made in the future, as routinary technique is developed.

BIBLIOGRAFIA

- (1) MASSLER, M.: "Influencia de la dieta en los tejidos que soportan las dentaduras". Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Vol. 2 1984. Madrid, España. Interamericana. Pag. 207-17.
- (2) NISIZAKI, S.: "Medidas higiénicas en prótesis completa". Revista Odontología Uruguaya XXXIII (1): 29-36, 1988.
- (3) MAEDA, Y. et al.: "Rebase and Stress Distribution in Maxillary Complete Denture Patients". J. Osaka Univ. Dent. Sch., Vol. 26, 113-122, 1986.
- (4) LIEBER, W. y NISIZAKI, S.: "Rebasado en prótesis completa". Anales de Facultad de Odontología. 17(20): 29-32. 1979.
- (5) WINKLER, S.: "Prostodoncia total". México Interamericana 1982. Pag. 446-55.
- (6) BUNCH, J. et al.: "Evaluation of Hard Direct Reline Resins". J. of Prosth. Dent. Vol 57 (4): 512-519, 1987.
- (7) BOUCHER, L.J. y RENNER, R.P.: "Rehabilitación del desdentado parcial". México. Interamericana 1984, Pag. 308-37.
- (8) RUDD, MORROW, EISSMAN: "Dental Laboratory Procedures (Removable Partial Dentures)". Vol. 3, St. Louis U.S.A. The C.V. Mosby Co. 1981 Pag. 400-26.
- (9) JAVID, N.S. et al.: "Three Dimensional Analysis of Maxillary Denture Displacement During Reline Impression Procedure". J. of Prosth. Dent. Vol. 54(2): 232-237, 1985.