



Rebasado en Prótesis

Por el Doctor Héctor Brugo Bonomi

Profesor de la Facultad de Odontología de Montevideo.

Versión correspondiente a las sesiones científicas efectuadas por el autor, en la sede del CENTRO DE ODONTOLOGIA DEL URUGUAY los días 21 y 23 de Agosto de 1940.

El ajuste que procuramos en las impresiones funcionales por correcciones sucesivas, así como el fin que perseguimos, por adición de compuestos, en las prótesis ya realizadas para devolverles su estabilidad perdida, por distintas causas y que luego mencionaré, es lo que constituye el acto protético de Rebasar. Casi medio siglo del uso continuado del yeso como sustancia de impresión debió transcurrir hasta que, con el advenimiento de compuestos que por sus propiedades especiales así como un profundo estudio de la anatomía y estructura de los maxilares, nos permitiera tomar impresiones capaces, no sólo de obtener un calco fijo del área a impresionar, sino a darnos un reflejo fiel respetando zonas duras, depresibles y contornos móviles; en una palabra, una impresión anatómica y funcional (Greene 1890). De aquí es que debemos partir, haciendo un estudio comparativo a fin de tratar un tema que, encarado dentro de su valor real, científico y práctico, nos dará grandes satisfacciones en la práctica diaria: obtener en prótesis ya realizadas los tres grandes factores que concurren (y que involucran directamente a la impresión) a la eficiencia de éstas; es decir *retención, soporte y estabilidad*. No quiero sostener con esto, como lo hacen autores de reconocida autoridad (Doxtater entre ellos) el rebasado sistemático como etapa final en la construcción de una dentadura; los adelantos obtenidos en técnicas de impresiones funcionales por **Tench, Clapp, Suplee, High**, etc., así como de pocos años acá por Furney y Tuller, nos dan la base científico-práctica para la realización del rebasado del aparato protésico que hubiere perdido alguno de los factores antes enunciados y que afectan directamente la impresión; sólo causas accidentales en la faz constructiva de laboratorio (modificación de los materiales, contracción o expansión de en volumen, deformación por recalentamiento en el pulido) (modificación precoz del reborde alveolar, etc., nos decidirá a practicar el rebasado. De ninguna manera debemos desplazar técnicos de alta jerarquía; (técnicos de impresión) de ellos recogeremos la enseñanza ante el fracaso (pérdida de eficiencia de la Prótesis realizada). Hay más aún: no es el rebasado la panacea que todo lo corrige; éste subsanará todo aquello que afecte directamente a la impresión, es decir retención, soporte y estabilidad; y como no bastan los factores antes mencionados para la eficiencia de una prótesis en función de ahí que sea necesario aclarar conceptos erróneos que sólo conducen a fracasos repetidos de quienes no han hecho un estudio detenido del problema. La regularidad del proceso alveolar, la relación del uno con su oponente, (simetría o asimetría) correcto espacio entre ambos (medida vertical) relación céntrica,

articulación, oclusión, volumen y formas de los dientes, colocación de éstos sobre las crestas, son factores de suma importancia concurrentes con los que obtenemos en nuestras impresiones que nos conducen al éxito final. Para concretar debo decir que: se realizará el rebasado frente a una prótesis que su eficiencia fuera perdida por causas que involucren directamente a la impresión; así por ejemplo no podremos devolverle su eficiencia a una prótesis superior o inferior por medio del rebasado si los dientes no están colocados mecánica y anatómicamente sobre las crestas por cuanto por más ajuste que obtengamos, en función las fuerzas se desplazarán fuera de la superficie de sustentación. El rebasado se realiza en completas y en parciales. Aquí trataré el rebasado en completas en las que podemos efectuarlo *parcial* o *totalmente*: es decir corrección de una zona (vestibular derecho o izquierdo postdaming, etc.) o corrección en toda la superficie de sostén.

El rebasado parcial en prótesis completas sólo es indicado tratándose de

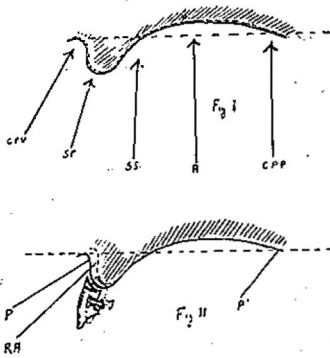


Fig. I — Corte sagital mostrando la superficie de sustentación. CPV. cierre periférico vestibular; SP. soporte principal; SS. soporte secundario; A. zona de alivio; CPP. cierre periférico posterior.

Fig. II — Corte sagital mostrando la parte de contacto de la prótesis, por modificación del reborde (reabsorción). PP'. Prótesis realizada; RA. reabsorción alveolar.

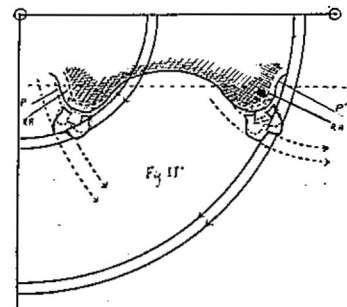
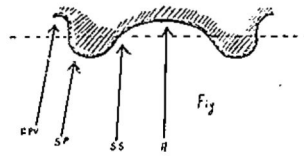


Fig. I' — Corte frontal. CPV. cierre periférico vestibular; SP. soporte principal; SS. soporte secundario; A. zona de alivio.

Fig. II' — Corte frontal. PP'. prótesis realizada; RA y RA'. reabsorción alveolar.

corregir el cierre periférico posterior puesto que tenemos asegurado el ajuste del resto de la superficie de sostén y por tratarse aquél de una zona depresible estando controlado el resto por una vasta superficie sin menoscabo de deformaciones ulteriores. No es así tratándose de corregir regiones unilaterales es decir por ejemplo de frenillo labial hasta tuberosidad. En esta zona (a rebasar) la presión sería ejercida por un compuesto que su plasticidad opondría una resistencia menor a la que ofrecería el elemento rígido (caucho, resinas, etc.) del lado opuesto. Por otra parte muy difícil es eliminar la interferencia dejada por el compuesto.

De lo anteriormente enunciado se desprende que frente a un rebasado estamos abocados de hecho a una impresión funcional para la cual contamos además de los distintos compuestos existentes en el mercado dental, de una cubeta rígida, bien delimitada (la propia prótesis) que nos permi-

tirá operar a boca cerrada (presión masticatoria normal) relación céntrica, espacio inter-alveolar correcto etc. Del estudio detenido de la anatomía y estructura de los maxilares, de las propiedades de los compuestos a usar así como de la familiaridad del operador con estos depende mucho el éxito final. Respecto de los compuestos a usar debemos distinguir claramente aquellos que por sus cualidades son incapaces de darnos un simple *relleno a tiempo fijo* o calco anatómico en estado estático (yeso) y los que reuniendo cualidades capaces de ser susceptibles de correcciones nos permitan calcar por etapas y en estado dinámico obteniendo así verdaderas impresiones funcionales; Compuestos rígidos, balsámicos y ceras. De lo expuesto anteriormente dándole al rebasado su verdadero valor y objeto que perseguimos, nos inclinaremos por estas últimas. El rebasado puede ser mediano o inmediato es decir: realizado el primero dejar la prótesis en la boca por un tiempo que puede llegar hasta cuarenta y ocho horas para luego terminarlo en el laboratorio o de lo contrario realizada la faz clínica realizarlo inmediatamente. No creo oportuno lo primero pues tratándose de compuestos rígidos (Godivas, Kerr, White, Dresch, etc.) transcurrido dicho tiempo suelen

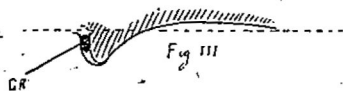


Fig. III — Corte sagital mostrando el control antero-posterior; CA. control antero-posterior.

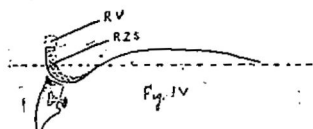


Fig. IV — Corte subginal. RV. recorte vestibular; RZS rebaje zona soporte.

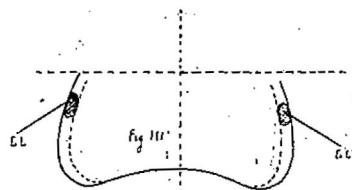


Fig. III' — Corte frontal mostrando los controles laterales. CL.CL' control lateral.

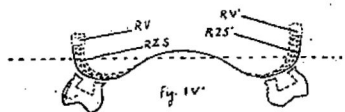


Fig. IV' — Corte frontal. RV.RV'. recorte vestibular; RZS.RZS'. rebaje zona soporte.

desprenderse partículas del compuesto ya por la ingestión de alimentos a temperatura superior al medio bucal como también por el esfuerzo masticatorio a que son sometidos. En el mercado existen compuestos balsámicos del tipo del Konformax, Rafit, etc. que sus fabricantes preconizan su uso como rebasado mediano. No es aconsejable su uso por las razones antes dichas y además por poseer éstos la propiedad de ser un poco elásticos así como de un **endurecimiento lento**. (Algunos necesitan de 12 a 24 horas para su completo endurecimiento). La propiedad de elasticidad es en detrimento de la resistencia a oponer a las distintas zonas a impresionar y lo segundo (endurecimiento lento) la ausencia de control de la fisiología muscular periférica dándose el caso muy frecuente (he tenido oportunidad de comprobarlo) de darnos reproducciones falsas. Los cementos compuestos de óxido de zinc y eugenol son **muy indicados en rellenos de Prótesis inmediatas**.

Hecha esta breve reseña sobre el rebasado (su historia, concepto que de él debemos tener así como un estudio elemental de los compuestos con que contamos para realizarlo) pasaré a detallar la técnica que sigo y que da óptimos resultados. Para ello, uso la técnica combinada de un compuesto rí-

gido (Pasta Kerr verde de baja fusión) y un compuesto balsámico (Kerr impresión Paste) de endurecimiento graduable. No siendo posible describir en este bosquejo todos los casos que se nos pueden presentar en la práctica diaria, pasaré a detallar el más corriente, que de por sí, nos dará la pauta a seguir en otros casos que se nos presenten. Lo fundamental es encararlo como una impresión funcional a boca cerrada. Es muy corriente que dentaduras completas superiores, pivoteen por su contacto exagerado en la zona media palatina (torus palatino) siendo causa de una impresión anatómica en yeso o de una reabsorción precoz de la zona principal de soporte (reborde alveolar). Fig. II y II'.

Frente a este caso procederemos del modo siguiente. Damos como correctas la delimitación, articulación, relación y oclusión céntrica etc. Es de suma importancia la centralización de la prótesis para lo cual tendremos como referencia un punto de contacto medio en la zona correspondiente al paladar óseo (zona de alivio) que no se ha modificado en su estructura para lo cual nos valemos del calco de un lápiz indeleble, controlando al mismo tiempo la articulación. Este paso nos da en forma exacta el control de altura. Luego procedemos siempre controlando la centralización de la prótesis, a los controles anterior y lateral. Colocamos una bolita de pasta Kerr roja en la región correspondiente a la parte media anterior y lateralmente

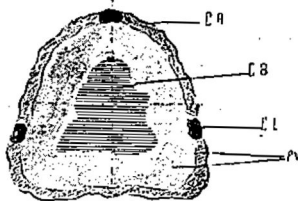


Fig. V — CA. Control antero-posterior; CL. control lateral; CB. compuesto balsámico; PV. pasta verde Kerr.

donde están las primeras molares (Fig. III y III'). Calentadas estas tres bolitas de pasta Kerr llevamos la dentadura a la boca invitando al paciente a ocluir obteniendo por este medio la seguridad de que no ha habido desplazamiento de ninguna naturaleza. Ahora procedemos a rebajar por medio de un fresón o lima todo el contorno vestibular en altura un par de milímetros, así como también en la zona que corresponde al reborde alveolar. (Figs. IV y IV' a fin de dar cabida a la pasta de impresionar. Limpiamos con un disolvente (cloroformo, Xilol, etc.) la parte previamente rebajada y adicionamos pasta verde Kerr de calor seco en toda esa superficie incluso la que corresponde al post-danning, tratando de no cubrir los controles de pasta roja. La reblandecemos por medio de una llama pequeña y fija, la atemperamos en agua que no exceda de 55° y llevamos la dentadura a la boca a presión leve tratando de contactar los controles, así como la parte central correspondiente a la zona media palatina e invitamos al paciente a ocluir. Si se ha controlado debidamente el compuesto adicionado de acuerdo con el rebaje y pérdida de contacto de la prótesis con la zona de soporte ocurrirá lo siguiente: el compuesto se habrá desplazado hacia vestibular y zona de soporte secundario sin cubrir los controles rojos antes realizados. Hacemos el recorte de los excesos vestibular y posteriormente, por el procedimiento de todos conocidos en las técnicas de impresiones funcionales procedemos a impresionar el recorrido de frenillos y músculos así como a la

delimitación del Post-danning. Hecho esto nos queda, impresionar la zona de alivio para lo cual procedemos del siguiente modo. Rebatamos por medio de un fresón o raspador el material correspondiente a la parte central que no habíamos tocado y contactaba con la zona de alivio a fin de dar cabida al nuevo compuesto así como también aliviamos la parte del Post-danning que habíamos impresionado, para dar salida al exceso de material. Preparamos el compuesto de consistencia cremosa, (el medio ambiente así como la cantidad de acelerador tiene su influencia) con una espátula cubrimos la superficie y volvemos a llevar a la boca invitando al paciente a cerrar haciendo presión. Por lo general basta dejarlo 4 o 5 minutos para que el compuesto endurezca y lo retiramos. Siendo este un compuesto fácilmente desplazable a débil presión el exceso habrá escapado posteriormente quedando perfectamente controlada la zona de alivio media. Cualquier interferencia es fácilmente corregible por adición de nuevo material.

MAXILAR INFERIOR

La contracción que sufre el caucho hace que con frecuencia las dentaduras inferiores reduzcan su eje (cerrando el arco) trayendo como consecuencia molestias y aún lesiones en la parte vestibular correspondiente a la zona de los molares así como la falta de contacto en la parte lingual.

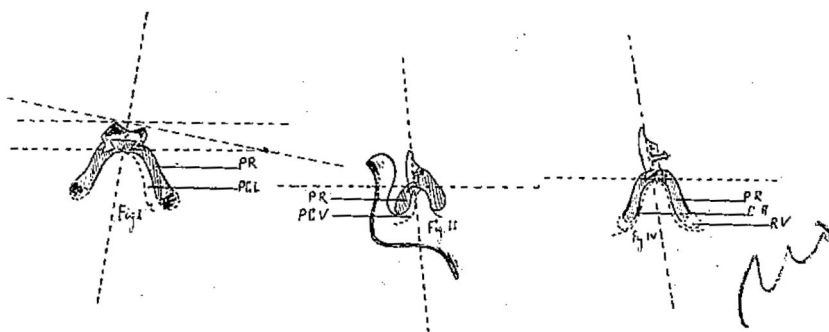


Fig. 1, II y IV — I. Corte rontal. PR. prótesis realizada; PCL. pérdida contacto lingual. II. Corte antero-posterior; PR. prótesis realizada; PCV. pérdida contacto vestibular; III. PR. prótesis realizada; CA. control antero-posterior RV. recorte vestibular.

Por otra parte la propia reabsorción, trae aparejada una serie de trastornos propios de la falta de contacto que si en las prótesis superiores es en detrimento de su estabilidad en estas se ve aumentada por la disminución de su superficie de sostén así como por la topografía del propio maxilar. Por lo tanto es muy corriente vernos abocados a un rebasado de estas, para lo cual tendremos que tener en cuenta todas las consideraciones hechas al tratar las prótesis superiores. (Enumerarlas sería repetir lo dicho). Mientras en el maxilar superior la superficie de sostén es amplia, favoreciéndonos la adhesión de la prótesis, en el maxilar inferior es muy reducida, siendo agravado el problema de sustentación por estar este limitado vestibular y lingualmente por tejidos móviles, (frenillos, músculos, piso de la boca etc.). De ahí que debemos abocarnos a un estudio prolijo a fin de obtener retención, soporte y estabilidad. Esta última es la que nos exigirá mayor atención para lograr una fijación máxima pues la misma fisiología muscular sumamente poderosa facilitará el desplazamiento del aparato, de no librar a este de la función de aquellos.

Cuando se trata de falta de adaptación con el área de soporte a consecuencia de la reabsorción ésta se realiza de la siguiente manera: pierde contacto en la zona correspondiente a lingual de premolares hacia la parte posterior (F. I) siendo vestibular en la zona correspondiente de canino a canino (F. II).

Desde luego que hablamos de prótesis de poco uso donde ha habido una reabsorción precoz no exagerada, lo suficiente para que el aparato pierda su eficiencia, no siendo posible realizar rebasado en aquellos casos donde las modificaciones del proceso óseo alveolar llegaran a cambiar fundamentalmente su estructura, puesto que por la adición de compuestos obtendríamos eficiencia en estado estático pero no en función del aparato (dientes fuera de arcadas, exceso de material, etc.). Al igual que en las prótesis superiores debemos de tener en cuenta zonas de **soporte, alivio y cierre periférico**. Debo recordar aquí lo que dijera de las impresiones superiores con yeso trayendo como consecuencia pivoteos que nos será fácil corregir por medio de este proceso. Por lo tanto frente a un rebasado de una dentadura inferior procederemos del modo siguiente. Comprobada la correcta extensión del aparato vestibular y lingualmente así como en su extremo posterior (línea marginal neutra — frenillo lingual, línea milohioidea, trián-

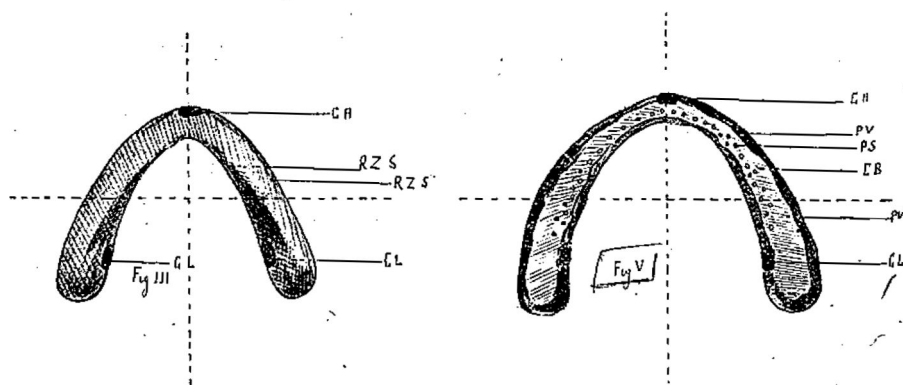


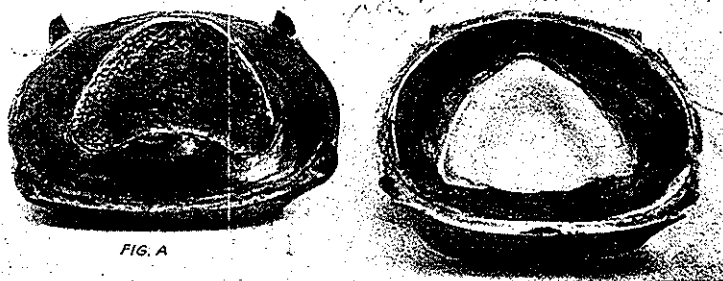
Fig. III y IV — III. Muestra los controles antero-posterior y lateral; CA. control antero-posterior; RZS-RZS'. Rebaje zona soporte; CL. control lateral. FV. Distribución de compuestos; CA. control antero-posterior; PV-PV'. pasta verde; PS. perforación scilida compuesto balsámico; CB. compuesto balsámico; CL. control lateral.

gulo recto molar) comenzaremos por **centralizar** nuestro aparato. Para ello colocaremos a manera de control tres bolitas de Pasta Kerr roja, una vestibular y dos linguales (Fig. III) por ser en estas zonas donde corrientemente hay mayor pérdida de contacto. Reblandecidas al calor ocluimos la prótesis con la superior e invitamos al paciente a cerrar la boca. De este modo evitaremos modificación de posición en sentido lateral y antero-posterior. Luego por medio de un fresón o una lima rebajamos dos milímetros del material de que está confeccionada la dentadura en todo su contorno (Fig. IV) así como también aliviemos material, en toda su extensión a excepción de los tres controles y la parte media alveolar F. III. En toda la superficie que hemos aliviado colocamos pasta Verde de Kerr tratando de que sea mayor el volúmen que corresponde en todo el contorno periférico vestibular, lingual y posterior. Por medio de una llama pequeña reblandecemos la pasta, la atemperamos en agua y ocluyéndola con la superior invitamos al paciente a cerrar la boca. — Al retirarla observaremos que la pasta ha corrido hacia vestibular y no ha llegado a contactar la cresta. Comprobamos la ausencia de pivoteos e iniciamos el recorte muscular periférico

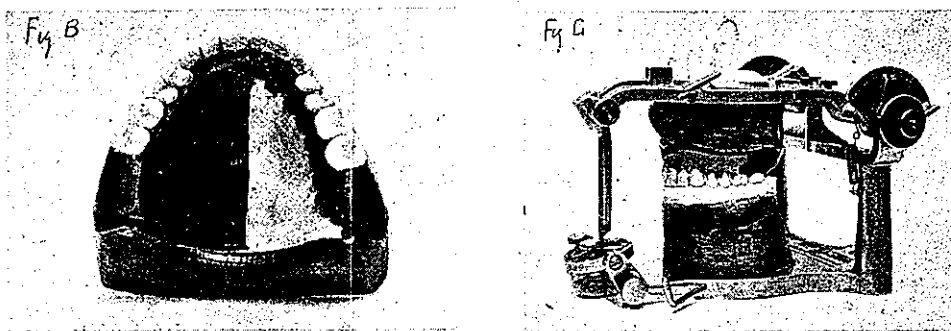
procediendo en igual forma que con la toma de una impresión funcional terminando esta etapa con el cierre periférico posterior. Recortamos pasta limbrando la zona correspondiente al reborde alveolar y con una fresa cónica mediana perforamos de adentro hacia la parte lingual según ilustra Fig. V. Amasamos compuesto balsámico Kerr. (Kerr impresión Paste) colocamos una débil capa en esa zona, llevamos a la boca e invitamos al paciente a ocluir. El compuesto rígido impedirá desplazamiento de la prótesis mientras el exceso de pasta balsámica escapará por los orificios hechos previamente. Dejamos cuatro o cinco minutos y estamos en condiciones de retirar la pieza.

LABORATORIO

Obtenido nuestro propósito, el reajuste de las prótesis, veremos como se realiza el proceso de Laboratorio, — **Prótesis confeccionadas en caucho.** Estas se pueden realizar por *adición* o por *sustitución*, y a su vez podrán ser



por sustitución parcial o total. *Adición.* Sean prótesis superiores o inferiores comenzaremos por colocarlas en una parte de la mufla con los dientes incluidos en el yeso según ilustra la Fig. A. Hacemos la contra parte en yeso piedra y una vez endurecido éste, por medio de calor seco sobre un mechero de gas a llama débil la dejamos 4 o 5 minutos a fin de reblandecer un compuesto de impresión. Es preferible esto a sumergirlas en agua caliente



pues la pasta se reblandece demasiado siendo muy dificultosa su separación del modelo y del caucho. Abrimos la mufla, eliminamos el compuesto, desengrasamos bien la superficie del material y por medio de una fresa redonda o cono invertido hacemos retenciones según ilustra Fig. A. Procedemos a empaquetar, prensamos cuidando de que las partes de la mufla ajusten perfectamente a fin de no variar el espesor y por lo tanto modificar

la altura y vulcanizamos. No es aconsejable este procedimiento de adición en las prótesis superiores; pues en las distintas etapas de raspado, limado y pulido, debido a la débil capa de caucho que resta en la Prótesis suelen aparecer vestigios del caucho viejo dándole un aspecto desagradable. En las prótesis inferiores este problema no existe dado la cantidad de material que no permita suceda lo expresado anteriormente.

Sustitución parcial: indicado en las prótesis superiores. Hacemos un boxing como si se tratara de una impresión, llenamos con yeso piedra y procedemos por medio de una fresa a recortar toda la parte correspondiente a la bóveda palatina haciendo además las retenciones necesarias, según ilustra Fig. B. Restituimos en cera con su correspondiente espesor la superficie quitada, colocamos en mufla y procedemos como en el caso antes descrito.

Sustitución total: En este caso renovamos todo el material de la prótesis. Una vez realizado el rebasado de la boca preparamos un boxing como en una impresión corriente, llenamos con yeso piedra, lo dejamos en la rama superior de un articulador con vástago incisivo (si se trata de prótesis inferiores en la rama inferior) y en un troquel de yeso cremoso incluimos las superficies oclusales e incisivas teniendo cuidado de que el vástago contacte con el plano incisivo. Fig. C. Una vez fraguado el yeso del troquel abrimos el articulador y retiramos la prótesis a rebasar. Por los métodos corrientes retiramos los dientes del caucho. Adaptamos una placa de cera en el modelo respetando toda la superficie de impresión, colocamos los dientes en posición, adicionamos cera hasta reconstruir totalmente todo el material retirado, terminamos el encerado y procedemos por los métodos conocidos a la terminación del trabajo. Si no deseamos modificar el contorno vestibular en relación tan directa con la estética facial, antes de iniciar a desarmar, la dentadura confeccionaremos troqueles en yeso para que nos sirvan de guía. También podremos usar en el lugar del articulador antes mencionado el duplicador de Hanau aparato muy práctico y sencillo.

Resinas acrílicas. — En estos compuestos (Paladon, Novo y RX39, etc.) se realiza perfectamente el rebasado por adición sin variar en nada su aspecto.

Debo dejar constancia de mi agradecimiento al estimado colega Dr. Bernardo Sureda, quien tuvo la gentileza de realizar los dibujos para este trabajo interpretando correctamente mis propósitos.