

Capítulo 21:

“Reparación y Rebasado en PPR”

Prof. Dr. Jorge Marín H., Prof Dr. Christián Rochefort Q. Prof. Dr. Danilo Ocaranza T., Dr. Juan Pablo Carvajal,

Introducción

El odontólogo en su práctica diaria se ve enfrentado con suma frecuencia a la atención de urgencia en pacientes que requieren una reparación de sus prótesis removible. La solución a este problema inmediato es de responsabilidad del odontólogo. El dentista debe estar capacitado para realizar este tipo de procedimiento en su clínica, en especial en aquellos casos en que el acceso al laboratorio dental signifique privar al paciente de su aparato protésico por un tiempo prolongado.

De acuerdo con el procedimiento a seguir, las reparaciones de prótesis removible se pueden clasificar en:

- A) Reparaciones que no requieren de impresión
- B) Reparaciones que necesitan de una impresión previa.

REPARACIONES QUE NO REQUIEREN DE IMPRESIÓN

Aquellos casos clínicos que no requieren de una toma de impresión son:

- 1.- Desprendimiento de una o más piezas artificiales, en que existen guías que permiten su posicionamiento exacto.
- 2.-Fractura parcial de una pieza artificial.
- 3.-Fractura total de las bases cuyos fragmentos adaptan perfectamente.
- 3.1.- En Prótesis Totales
- 3.2.- En prótesis parcial acrílica
- 4.- Rasgos de fractura parciales en los que no hay modificación en la unión.

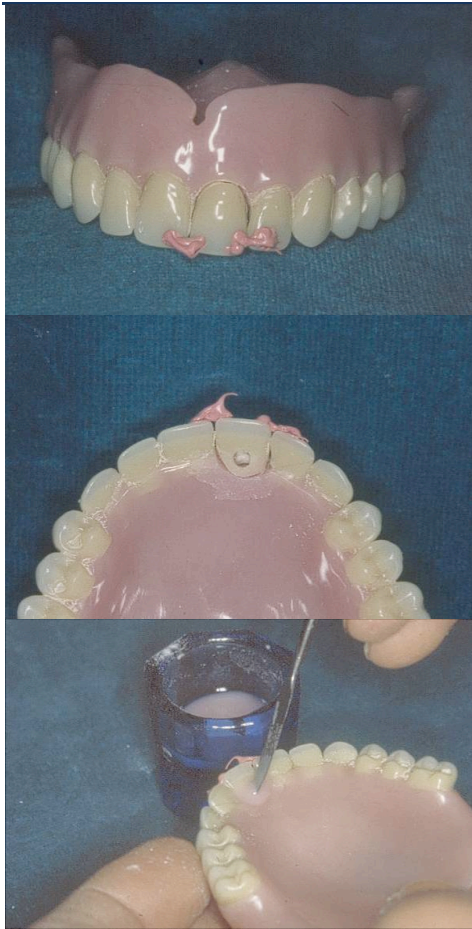
1.- Desprendimiento de una o más piezas artificiales, en que existen guías que permiten su posicionamiento exacto.



Cuando existe un desprendimiento de uno o más dientes, en que existe un óptimo ajuste con la base protésica, se realiza un desgaste retentivo en la pieza artificial y en la base acrílica correspondiente, agregando una vía de escape que permita el escurrimiento del acrílico en su etapa plástica. En este caso se prepara acrílico de autopolimerización.

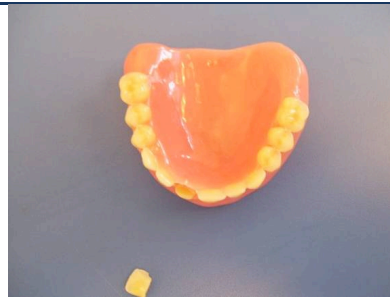


Se coloca acrílico en ambas superficies y se ubica el diente presionando en la misma posición que tenía primitivamente, eliminando los excesos de acrílico antes de su polimerización.



Luego se procede a controlar la oclusión, para afinar y pulir.

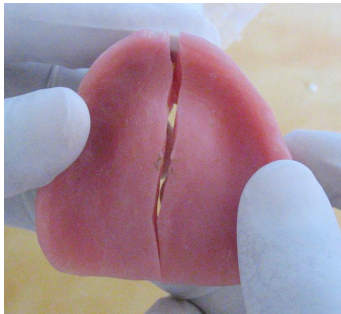
2- Fractura parcial de una pieza artificial.



La fractura parcial de una pieza artificial, se produce cuando se rompe un fragmento del diente de acrílico dejando el otro unido con la base de la prótesis. En este caso se debe efectuar el desgaste del diente fracturado unido a la base de la prótesis, acomodando así una nueva pieza artificial en posición correcta, procediendo de la misma forma que en el caso 1.



3.- Fractura total de las bases cuyos fragmentos adaptan perfectamente.



En aquellas bases con fractura total se procede a fijar las partes involucradas con compuesto de modelar, en toda la extensión de la fractura, además para mantener estable la unión se asegura con 2 vástagos de madera (fósforos) o metálicos, sobre las caras oclusales de las piezas posteriores de ambos segmentos fracturados.



Otra opción es unirlos mediante algún adhesivo que permita un íntimo contacto entre ambos segmentos de la prótesis.



Se procede a aislar la base acrílica y se confecciona una llave de yeso con el fin de tener un modelo de trabajo. Una vez fraguado se retiran las partes y se pincela con aislante.



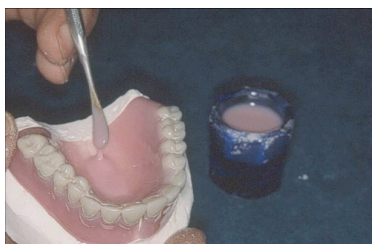
Se desgasta en profundidad la zona del rasgo de fractura terminando en bisel para tener así un mayor área de contacto con el acrílico, sin comprender el fondo de la base del acrílico para evitar desajustes posteriores de la prótesis.



Una vez fraguado elacrílico se lleva a una olla a presión. Se hace hervir por media hora para eliminar el monómero residual. Se afina y se pule adecuadamente la zona externa.



Se ubican las partes sobre el modelo aislado y se aplicaacrílico de autopolimerización fluido sobre la zona desgastada en cantidad suficiente para que los excesos sean eliminados fácilmente.



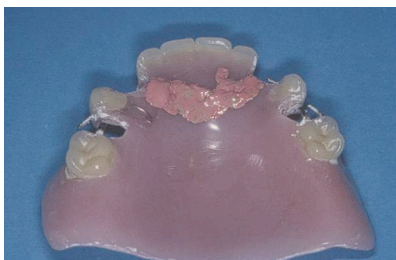
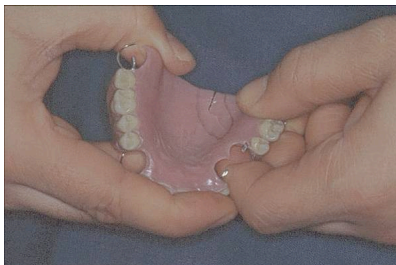
Otro caso de prótesis mandibular. En prótesis mandibulares se recomienda efectuar un canal en la baseacrílica para ubicar un refuerzo (alambre); el que va a dar mayor resistencia.





4.- Rasgos de fractura parcial de la base protésica en que no hay modificación de su unión.

En prótesis con rasgos de fractura parcial se procede a aliviar las zonas retentivas de la base acrílica, para luego confeccionar una llave de yeso en su parte interna y así proceder del mismo modo que en el caso



REPARACIONES QUE NECESITAN DE UNA IMPRESIÓN PREVIA

Casos clínicos en los que es requerida una impresión previo impresión de arrastre son:

- 1.- Fractura de una prótesis en que sus segmentos no coinciden.
- 2.- Fractura de retenedor o apoyo.
- 3.- reemplazo de una pieza pilar con indicación de extracción.
- 4.- Fractura de una pieza pilar tratada endodóticamente.
- 5.- Reemplazo de piezas inmediatas.
 - 5.1 En forma parcial (una o más piezas).
 - 5.2 Arco total (parcial a total de transición)

1.- Fractura de prótesis en que sus segmentos no coinciden.

La fractura de segmento en que sus partes no ajustan correctamente, debe ubicarse en boca el aparato protético sin el fragmento y se efectúa una impresión de arrastre con alginato,



se obtiene un modelo con la prótesis incluida. De esta manera se procede a la reparación del segmento perdido.



2.- Fractura de retenedor y o apoyo.



Para agregar retenedores fracturados y apoyos se toma impresión con la prótesis en boca o impresión de arrastre que tiene por objeto obtener un modelo de yeso que tiene por objeto obtener un modelo de yeso al cual se puede insertar y retirar la prótesis, teniendo una reproducción de las estructuras orales en una correcta ubicación, y se realiza el vaciado espaciando

previamente, una vez fraguado el yeso se procede a eliminar restos del retenedor o apoyo lo más próximo a su inicio y se hace en el acrílico una preparación lo suficientemente amplia para alojar en su interior un retenedor de alambre redondo de acero (0.8mm) contorneando con alicate sobre la pieza dentaria de yeso. Esta preparación debe tener salida hacia vestibular, por donde saldrá el brazo activo del retenedor y por palatino o lingual según se trate de prótesis superior o inferior, por donde se colocará el acrílico de reparación, teniendo cuidado tanto al hacer la reparación como al colocar el acrílico de no comprometer el plano guía de la prótesis.

Para el reemplazo del apoyo se debe utilizar alambre de media caña y el afinado y pulido se realiza de manera habitual.

3.- Reemplazo de una pieza pilar con indicación de extracción.

Las reparaciones inmediatas de estas piezas no solamente consisten en hacer su reemplazo en el sitio correspondiente de la extracción sino que debe agregarse de forma frecuente un retenedor labrado de conexión rígida o elástica a un pilar protésico.



En este caso se procede a tomar una impresión con la prótesis en boca (impresión de arrastre). Obtenido el modelo, se elimina de él la pieza dentaria objeto de exodoncia, se aísla el modelo y se diseña sobre la nueva pieza pilar un retenedor adecuado para el caso. Este retenedor será labrado en alambre redondo de acero de 0.8 mm y fijado con compuesto de modelar a la pieza pilar, mientras polimeriza el acrílico que lo sostendrá a la prótesis.



Se adapta un diente artificial apropiado para reemplazar al diente extraído, el diente artificial queda sobre la zona de alambre inmersa en elacrílico a la cual previamente se le han moldeado retenciones. Elacrílico fluido se aplica en la zona a reparar, incorporando el diente deacrílico y el retenedor correspondiente a la nueva pieza pilar.



4.- Fractura de pieza pilar tratada endodónticamente.

Cuando hay pérdida importante de la corona de una pieza pilar y la relación corono radicular no es favorable para realizar una prótesis fija unitaria, se puede proceder a mantener la raíz inmersa en el hueso, lo que favorece a la mantención en el tiempo de la altura del hueso alveolar y mantener soporte dentario.

Para esta situación existen distintas alternativas de tratamiento:

- a) Desgastar toda la corona dentaria y sellar con una sochapa (incrustación), agregando la pieza al aparato protésico
- b) Otra alternativa de tratamiento es realizar un perno tipo Sandry, brindando de esta manera soporte y retención, obviando al necesidad de crear retenedores extracoronarios a una nueva pieza pilar.

Rebasado.

El rebasado de prótesis es un procedimiento mediante el cual se readapta la base protética en su forma funcional al la zona de soporte biológico, agregando una nueva cantidad de material a dicha base.

Este procedimiento lo podemos separar en:

■ Rebasado inmediato

A) Directo.

B) Indirecto.

■ Rebasado mediato

Para realizar un rebasado deben existir las siguientes características:

-Piezas dentarias protésicas integras sin mayores desgastes.

-Bases en buen estado, estructura metálica asienta perfectamente en las estructuras dentarias naturales.

-Oclusión estable con prótesis.

-Tejidos biológicos en buen estado.

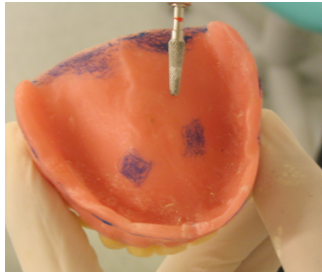
Rebasado inmediato:

El rebasado inmediato directo, se realiza directamente en boca conacrílico especial para rebasados. Es un procedimiento de emergencia y/o temporal, pues es de inferior calidad que el rebasado mediato (con ayuda de laboratorio).

En este caso lo primero que hacemos es demarcar los lugares en que dejaremos topes para que no varíe la DVO.



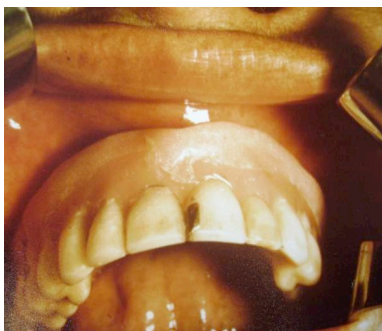
Luego se procede a espaciar la base acrílica desgastándola.



Antes que nada se coloca vaselina sólida sobre la superficie de las mucosas a rebasar.

Se prepara el acrílico para rebasado, se pincela la base con monómero.

Se lleva a boca y durante 10 segundos se pide al paciente que junte suavemente los dientes y realice movimientos funcionales (la oclusión estabilizará las prótesis).



Se retira la prótesis, se eliminan los excesos, se le pide al paciente que se enjuague; se sumerge la prótesis en agua fría, y se vuelve a insertar en boca durante 10 segundos, procedimiento que se repite durante el tiempo necesario para la polimerización del material de rebasado.

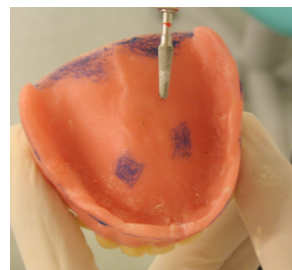
Posteriormente se pule el material pues al polimerizar queda muy poroso y se inserta en boca.



Rebasado inmediato indirecto:

Este rebasado también se realiza con acrílico de autopolimerización, pero a diferencia del anterior se realiza fuera de boca.

Primero realizamos el espaciado dejando los topes necesarios igual que el caso anterior



Posteriormente tomamos una impresión con la misma prótesis con silicona de consistencia mediana a liviana.





Se realiza un vaciado de yeso sobre esta impresión lográndose un modelo.



Luego de logrado el modelo, se retira el material de impresión de la base.



Se aísla el modelo con vaselina, se pincela la base de la prótesis con monómero y se agrega el acrílico en ella para posteriormente realizar el rebasado sobre el modelo. Nótese que la prótesis es estabilizada en esta ocasión por los topes que se ha dejado.



Por último se retira la prótesis ya rebasada del modelo y se pule.

