

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad De Ciencias De La Salud

Escuela Profesional De Odontología



UPLA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

REBASE DIRECTO EN DENTADURAS COMPLETAS

Para Optar : El Título Profesional de Cirujano Dentista
Autor : Bach. CABREJO TARRILLO CESAR
Asesor : Mg. TRAVESAÑO ARTEAGA, OSCAR RAUL
Línea de Investigación
Institucional : Salud y Gestión de la salud
Fecha de Inicio y
Culminación : Del 01 al 31 de agosto 2023

Huancayo – Perú
2024

DEDICATORIA

Primeramente, gracias a Dios por darme fortaleza en los momentos difíciles para continuar la carrera de odontología, a mis padres por el apoyo desinteresado en especial a mi madre que desde el cielo me alumbra, a mi hijo por ser mi motor y motivo gracias por su cariño y amor.

Cesar.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Peruana Los Andes, a la facultad de Ciencias de la Salud, en la Escuela Profesional de Odontología por la oportunidad de convertirme en un profesional de la salud. Agradezco a mis docentes por sus consejos, enseñanza y dedicación, gracias por compartir todos sus conocimientos y habilidades, lo cual espero usarlo durante el ejercicio de mi carrera.

Cesar.

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 00262-FCS -2024

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que el **Trabajo de Suficiencia Profesional** Titulado:

REBASE DIRECTO EN DENTADURAS COMPLETAS

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. CABREJO TARRILLO CESAR**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela profesional : **ODONTOLOGÍA**
Asesor (a) : **MG. TRAVESAÑO ARTEAGA, OSCAR RAUL**

Fue analizado con fecha **05/08/2024** con **44 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.	<input checked="" type="checkbox"/>
Excluye Citas.	<input checked="" type="checkbox"/>
Excluye Cadenas hasta 20 palabras.	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro criterio (especificar)	<input type="checkbox"/>

El documento presenta un porcentaje de similitud de **8** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 05 de agosto de 2024.



DR. SEVERO SIMEON CALDERON SAMANIEGO
Jefe (e)
Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

CONTENIDO

	Págs.
Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Contenido	4
Contenido de Figuras.....	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	9
1.2 Justificación	9
1.3 Objetivos	10
CAPÍTULO II	
2. Marco Teórico.....	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Bases teóricas	15
2.3 Bases Conceptuales	21
2.4 Metodología.....	23
CAPÍTULO III	
3. DESARROLLO DEL CASO CLINICO	24
3.1 Historia Clínica	24
3.2 Examen clínico general.....	24
3.3 Examen Estomatológico	25
3.4 Diagnostico.....	25
3.5 Formulación del Plan de tratamiento general.....	26
3.6 Plan de control y mantenimiento.....	31
CAPÍTULO IV	
ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	32

CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES.....	33

CAPÍTULO VI	
RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	35
ANEXOS.....	38

CONTENIDO DE FIGURAS

Paginas

- Figura 1. Fotografías del paciente frontal y lateral
- Figura 2. Fotografía de Evaluación y diagnóstico del paciente
- Figura 3 Fotografía de radiografía panorámica
- Figura 4. Fotografía de preparación del paciente
- Figura 5. Fotografía de evaluación de la prótesis
- Figura 6. Fotografía de preparación de la prótesis
- Figura 7. Fotografía del material e instrumental
- Figura 8. Fotografía de aislado superficie pulido
- Figura 9. Fotografía de preparación del material
- Figura 10. Fotografía del cargado de la prótesis
- Figura 11. Fotografía de llevado a boca
- Figura 12. Fotografía de cierre en céntrica
- Figura 13. Fotografía de ajustes oclusales pulido
- Figura 14. Fotografía de control y mordida
- Figura 15. Fotografía de prótesis total rebasada en el paciente

RESUMEN

Después de la instalación de prótesis dentales, pueden aparecer síntomas de desajuste, mucosas inflamadas y molestias, que rara vez son estas verdaderas reacciones alérgicas. La sobrecarga mecánica puede provocar la formación de zonas de presión. La forma de la mandíbula o maxila puede cambiar debido a procesos de transformación y degradación. Como resultado, se deteriora el ajuste y la precisión de las prótesis; el paciente se queja de acúmulo de alimentos, inestabilidad y en algunos casos dolor, Las bases de las prótesis mal ajustadas deben adaptarse a las nuevas condiciones de los rebordes alveolares, mediante el rebase en dentaduras completas, las que pueden ser directas o indirectas¹. Objetivo: Determinar si la técnica de rebase directo es favorable en dentaduras completas. Métodos: Informe de trabajo de suficiencia profesional, descriptivo de tipo práctico, con análisis bibliográfico. Aportes: La pérdida total de dientes debe considerarse una enfermedad, incluido el deterioro funcional. Desde el punto de vista de la salud del paciente edéntulo, es fundamental restaurar la función de la boca, donde la prótesis reemplaza la dimensión vertical, evita molestias en los oídos, restaura la estética a los usuarios de la prótesis completa. El rebase se realiza principalmente en ocasiones, de resorción ósea y trastornos adaptativos. se debe observar toda la prótesis, la magnitud de la mordida y la correspondiente medida vertical. Conclusiones: El paciente fue rehabilitado con prótesis total mediante técnica directa de rebase superior e inferior, lo que mejoró mucho su estética y función masticatoria. El tratamiento efectivo fue posible al observar los procedimientos de rebase de una dentadura completa, considerando la pérdida de hueso mandibular, especialmente en las áreas de los molares.

Palabras clave: Prótesis total –Rebase- Técnica directa

ABSTRACT

After the installation of dental prostheses, symptoms of maladjustment, swollen mucous membranes and discomfort may appear. These are rarely true allergic reactions. Mechanical overload can lead to the formation of pressure zones. The shape of the mandible or maxilla may change due to transformation and degradation processes. As a result, the fit and accuracy of the prosthesis deteriorates and the patient complains of food accumulation, instability and in some cases pain. The bases of ill-fitting prostheses must be adapted to the new conditions of the alveolar ridges, by relining in complete dentures, which can be direct or indirect

Objective: To determine if the direct relining technique is favorable in complete dentures

Methods: Professional sufficiency work report, descriptive of practical type, with bibliographic analysis.

Contributions: Total tooth loss should be considered a disease, including functional impairment. From the point of view of the edentulous patient's health, it is essential to restore the function of the mouth, where the prosthesis replaces the vertical dimension, avoids discomfort in the ears, restores aesthetics to the users of the complete prosthesis. Relining is performed mainly in cases of bone resorption and adaptive disorders. The entire prosthesis, the size of the bite and the corresponding vertical measurement should be observed.

Conclusions: The patient was rehabilitated with a total prosthesis using the direct upper and lower reline technique, which greatly improved his esthetics and masticatory function. Effective treatment was possible by observing the relining procedures of a complete denture, considering the bone resorption observed in the mandible, especially in the molar areas.

Keywords: Total prosthesis -Rebase -Direct technique.

INTRODUCCIÓN

Los métodos de rebasado para postizos o dentaduras completas es una cuestión muy importante, su uso suele ser muy común en la consulta dental, puede considerarse simple, pero tiene cierto grado de complejidad. Por definición, el rebasado se puede decir como un procedimiento que permite ajustar o restaurar las bases de las prótesis sobre los tejidos residuales. Cuyo proceso requiere principios muy cuidadosos, por lo que es muy evidente que un rebase mal realizado, acrecienta los defectos, en vez de solucionar los que ya existen. La técnica y el material de elección para realizar el rebase, dependerá del operador y del paciente, requisitos necesarios para estabilizar y mantener la función de la prótesis. Se recomienda dicho rebase solo si existe una falta de coincidencia significativa o incongruencia entre la estructura de soporte y la base de la dentadura, si la dentadura es mantenida en perfecto estado y no ha alcanzado ni caducado en su vida útil, y las condiciones de la dentadura son óptimas ².

CAPITULO I

1.PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

Debido al grave problema actual de no conocer o no utilizar ciertas técnicas, debido a que el rebasado es un procedimiento antiguo, la mayoría de nuevos dentistas y dentistas con mayor experiencia efectúan rebasados de manera inapropiada en prótesis removibles, lo que resulta en problemas de masticación. Nuestras prótesis provocan: cambios, desniveles laceraciones de los tejidos bucales de los pacientes. El objetivo de la rehabilitación oral de estos individuos es preservar y mantener el buen estado de los tejidos orales y la cresta ósea, y restaurar la mordida y la función estéticamente. Pero debemos mencionar que la destrucción del hueso de los alveolos es un mecanismo lento, permanente y no reversible, el cual si no lo controlamos al momento, puede provocar un desajuste con la base acrílica del postizo, incomodidad por la aparición de magnitudes laterales adversas. También puede promover la concentración de fuerzas en ciertas áreas de la cresta, acelerando el proceso de reabsorción ósea².

1.2 Justificación

Justificación teórica: El uso adecuado de las prótesis totales es importante para devolver la función masticatoria perdida en el paciente, para lo cual estas deben estar bien adaptadas a la mucosa de los maxilares, si esto no fuera así, ingresarían restos alimenticios por debajo de las prótesis causando molestias y dolor al paciente.⁶ Esto permitirá en los profesionales obtener nuevos conocimientos para el tratamiento de prótesis mal adaptadas y los pacientes portadores de prótesis pueden beneficiarse de este tratamiento que es menos costoso que la confección de uno nuevo. Además, proporcionará información útil a

diversos investigadores y profesionales de odontología, y así realizar servicios efectivos, preventivos y reparadores de calidad.

Justificación Práctica: Este trabajo de suficiencia nos permitirá conocer y desarrollar los pasos para realizar el rebasado de prótesis mal adaptadas con la técnica directa. Esto ayudara a los usuarios de prótesis para recuperen su actividad masticatoria, fonética y estética; pues los costos económicos serán menores a la confección de una nueva prótesis, este procedimiento justifica el desarrollo de nuestro trabajo de suficiencia. El tratamiento de esta afección permite generar en los pacientes una mejora en sus estándares de calidad de vida individual, así como social, como producto de los tratamientos y atenciones del Cirujano Dentista.

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Realizar el rebasado de una prótesis dental completa superior e inferior desadaptada empleando la técnica de rebase directo, para restablecer la funcionalidad de la prótesis completa y mejorar la masticación en el paciente.

1.3.2. Objetivos específicos

- Desarrollar la técnica de rebase directo, empleando un protocolo adecuado con acrílico de rebase auto-polimerizable en una prótesis desadaptada.
- Describir los beneficios de los materiales utilizados en la técnica de rebase directo, en una prótesis desadaptada por el uso.
- Analizar las ventajas y desventajas de la técnica de rebase directo en una prótesis dental completa desadaptada por el uso.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

a) Antecedentes Internacionales

García L. (2018)²; en su estudio realizado en Ecuador al que denomino “Revisión de literatura entre técnicas directas e indirectas en el rebase de prótesis completa removible”². Cuyo propósito fue: Esclarecer qué técnicas y materiales se utilizan para rebasar una prótesis completa removible en diferentes técnicas. Investigación no experimental, documental. método histórico llevado a cabo revisando literatura odontológica de los últimos 5-10 años, examinando fuentes primarias y secundarias, lo que le permitió identificar las diferencias entre las técnicas de rebasado de prótesis total las indirectas y directas Resultados: El rebase debe realizarse solo si los cambios protésicos o alteraciones son únicas, es decir, solo si requiere corrección reparación. Conclusiones: Se demostró que las sustancias empleadas para el rebasado dental flexibles pueden usarse para rebasar prótesis removibles parciales o completas con buenos resultados clínicos cuando están correctamente indicados en el tiempo.

Alfahdawi I. (2018)³. Investigación realizada en Irak, tuvo como título “Los rebordes residuales cambian de forma y se reducen de tamaño debido a la reabsorción del hueso alveolar”³. Propósito: investigar los cambios en el espesor de las bases de las prótesis totales y el espacio de descanso interoclusal, recubrir el lado del tejido de una prótesis con material nuevo, produciendo así una adaptación precisa a la zona de

fundación de la prótesis. Materiales y métodos: El nuevo material polimetilmetacrilato (Classico Dental Products, Sao Paulo, SP, Brasil) se usa con un diluyente: una proporción de 1:3 (por volumen) se mezcla y se aplica a la superficie de ajuste de la dentadura. La dentadura se inserta, luego se le dice que haga oclusión suavemente la dentadura para asegurarse de que la oclusión no se vea alterada por el procedimiento. A continuación, se puede realizar el moldeado de bordes. El material de acrílico producido por este método (polimetilmetacrilato y diluyente) es resiliente no rígido. Resultados: Demuestra que las dentaduras revestidas con este material son más cómodas y adecuadas para el paciente. Conclusiones: El rebasado directo consume menos tiempo y las prótesis revestidas con este material son más cómodas y adecuadas para el paciente, por lo tanto, se puede utilizar como rebase.

Jemli, S. et al. (2021) ⁴, En su artículo de investigación realizada en Túnez, al que denominaron “Rebasing as a Problem-Solving in Complete Dentures; dicha publicación intenta cubrir la mayoría de las indicaciones comunes de rebase de prótesis completa junto con una descripción simple de los pasos clínicos y de laboratorio que cualquier profesional puede seguir para tener éxito en el reemplazo de la base de la prótesis. El objetivo principal es restablecer la adaptación adecuada de la base de la dentadura al área de apoyo y preservar las relaciones mandibulares originales. Esta técnica está principalmente indicada en el caso de una inestabilidad protésica estática inmediata o tardía inducida por reabsorción fisiológica o patológica. El abordaje es igual a la impresión final con la obligación de tener una oclusión bien balanceada con un plano oclusal correcto, una relación céntrica válida con la dimensión vertical correcta. Conclusión Una visita regular anual de control o cita de ajuste es fundamental como una de las fases más clínicas de la confección de la dentadura para garantizar el cuidado del paciente y preservar la salud bucal. Por lo

tanto, los chequeos son importantes para detectar cualquier variación de los diferentes parámetros o cualquier problema que pueda resolverse haciendo pequeños ajustes si es necesario. De lo contrario, es razonable considerar algunos factores propios de los pacientes (individuales), como la edad, el género, el estado médico o psicológico que impiden el éxito del tratamiento, y no solo una falla de diseño real o un problema tisular.

b) Antecedentes Nacionales

Rosas M. (2019)⁵; En su investigación, cuyo objetivo fue: “Describir y analizar los componentes y propiedades de los materiales de rebase que optimizan la rehabilitación con prótesis completa”⁵. Investigación descriptiva, práctica. Conclusiones: Las prótesis dentales cambian con el uso y con el tiempo, aunque no cambie el aparato protésico, ocurren modificaciones a nivel de los tejidos de soporte, debemos educar al individuo involucrándolo en citas constantes, monitoreando estas modificaciones y actualizando la aparatología protésica rebasándolos o rehaciéndolos completamente. Los materiales que acondicionan los tejidos y los insumos para el rebasado momentáneo son alternativas que mejoran la salubridad del tejido mucoso subyacente a la prótesis, pero sus defectos y degradación en un corto período de tiempo indican el deterioro estructural tridimensionalmente de la prótesis. Para elegir el material ideal de rebasado y obtener los resultados deseados en la rehabilitación dental, debemos considerar: la vida útil del material, las propiedades físicas, el uso de la dentadura postiza en el paciente.

Peralta F. (2017)⁶; investigación realizada en Lima con el objetivo de: “Describir la necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) de Julio a Setiembre en el año 2015”⁶. Investigación fue cuantitativa, descriptiva,

prospectiva, transversal y observacional. La muestra considerada fue de 151 pacientes entre 18 y 60 años de edad que acudieron. Análisis descriptivo de la necesidad y situación de prótesis dentales según el tipo de prótesis. Como resultados podemos mencionar que más del 50 por ciento (53%) requieren utilizar cierta clase de elemento protético; la más requerida fue la PPR en la maxila con 20.5% y en la mandíbula el 27.8%. Del total, el 12.6% eran portadores de prótesis, la más utilizada fue la Prótesis Fija con 6% en la maxila y 2% en la mandíbula. Concluye manifestando que existe un alto requerimiento de elaboración de elementos protéticos en los adultos mayores que asisten a la “Clínica Dental Docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el año 2015”⁶.

Jiménez Y. (2019)⁷; en su tesis cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el tiempo de uso de la prótesis y el tamaño del reborde residual en pacientes geriátricos en los Consultorios Preclínicos y Clínicas Odontológicas de la Universidad del Señor de Sipán”⁷. El estudio realizado fue cuantitativo, retrospectivo y transversal, en el que se evaluó la asociación del lapso total de empleo del postizo y el volumen del reborde residual en 220 individuos tratados, a través de seguimiento clínico e información sobre la prótesis completa; La información obtenida se escribió en el formulario de recolección. Se halló una asociación entre el lapso total de empleo del postizo y el volumen del reborde residual. De la misma manera, todo el período de uso de la prótesis es de 6-10 años más, es predominante en mujeres de 65-74 años. Conclusiones: Existe una relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño del reborde residual. Resultó que el porcentaje más alto del tiempo total de uso de una prótesis es de 6 a 10 años, el sexo femenino ocupaba una posición dominante.

2.2 Bases teóricas

Edentulismo

El edentulismo es la ausencia o pérdida total o parcial de dientes y puede ser congénito o adquirido. Esto puede tener un impacto significativo en la salud oral y general y en la calidad de vida, incluido el sabor de los alimentos y la nutrición. Se ha confirmado una relación especial entre la pérdida de piezas con el aumento de la edad y la existencia de algunas piezas que sobreviven más que otras. Se ha planteado la hipótesis de que la pérdida de dientes varía según el arco y que los maxilares se pierden antes que las mandíbulas. También se verificó que hay otra diferencia dentro del mismo arco, con los arcos posteriores desapareciendo más rápido que los delanteros⁸.

El edentulismo (ausencia de todos los elementos dentarios) y la avulsión de estos se reportan como indicadores negativos de la salud oral y la calidad de vida en adultos mayores. Según Marcenés y colaboradores, la pérdida dental severa ocupa el puesto 36 entre 100 enfermedades crónicas que afectan la esperanza de vida, lo que refleja la importancia de esta enfermedad. Uno de los desafíos de la odontología, Organización Mundial de la Salud, Federación Dental Mundial, y el objetivo de la Asociación Internacional de Investigación Dental hasta 2020 es mantener el máximo número de dientes en la boca, reducir el número de personas desdentadas y aumentar el número de personas con dentición natural funcional⁹.

Prótesis Total o dentadura completas

“Aparato protésico removible que reemplaza artificialmente la totalidad de los dientes en un paciente edéntulo completo de uno o ambos arcos dentales”¹⁰.

Rebase

“Proceso por el cual rellenamos las bases de la prótesis con elementos para rebasado temporario con el objetivo de completar el área ubicado entre la mucosa bucal y la base del postizo sin modificar la ubicación de las piezas dentales ni la relación de oclusión de los postizos”¹⁰.

Guías para el rebasado¹⁰

1. En prótesis rápidas, 3-6 meses después de la fabricación inicial.
2. Si los bordes remanentes están reabsorbidos y las bases dentarias están mal adaptadas a ellos.
3. La fabricación de nuevas prótesis junto con las recepciones posteriores puede causar estrés físico o mental para las personas mayores o las que padecen enfermedades crónicas.

Debemos evaluar lo siguiente¹⁰:

1. “La dimensión oclusal vertical debe ser satisfactoria”¹⁰.
- 2 “La oclusión central debe ser igual a su relación central; Puede haber un error, pero solo si es tan pequeño que se puede arreglar fácilmente”¹⁰.
3. “La apariencia del paciente debe ser aceptable tanto para el paciente como para el dentista. El tamaño, la forma, el color y la ubicación de los dientes artificiales deben ser satisfactorios”¹⁰.
- 4.” El tejido bucal debe estar sano y saludable”¹⁰.
5. “El borde posterior de la prótesis de mandíbula debe ser correcto”¹⁰.
6. “Las extensiones básicas de la dentadura deben ser suficientes”¹⁰.

7. “Las extensiones de la base de la prótesis deben permitir la distribución de las fuerzas de mordida sobre el área más amplia posible”¹⁰.

8. “La distancia entre los dientes debe ser correcta”¹⁰.

9. “El habla debe ser satisfactoria para la alineación dental actual”¹⁰.

10. “No debe haber condiciones anormales en los tejidos duros o blandos que interfieran con la técnica”¹⁰.

Contraindicaciones¹⁰

Las dentaduras postizas no deben rebasarse si se presenta uno o más de los siguientes problemas¹⁰:

1. Si se presenta una reabsorción excesiva.

2. “Si el tejido está dañado. No se debe cubrir hasta que los tejidos hayan vuelto a su estado normal tanto como sea posible”¹⁰.

3. “Si el paciente tiene problemas con la articulación temporomandibular. El rebasado y la cobertura están contraindicados hasta que se obtenga un diagnóstico y tratamiento precisos”¹⁰.

4. Si la estética de las prótesis es mala o las proporciones de los maxilares no son satisfactorias.

5. Cuando las prótesis provoquen graves problemas al hablar.

6. En presencia de defectos óseos graves hasta su extirpación quirúrgica y cicatrización tisular.

Cuidados a tener presente

1. No incrementar la dimensión oclusal vertical DVO.

2. Debe haber varios contactos planos en la relación central.
3. Evitar que la prótesis de mandíbula se valla para adelante durante la toma de impresión.
4. Verifique que la proporción central y la oclusión central sean iguales.
5. Asegúrese de que se establezca un sellado palatino posterior adecuado.
6. El material de impresión final debe utilizarse en el mismo espesor.

Rebase directo

“Es un procedimiento que permite ajustar la base de una prótesis a los tejidos que prestan asiento, mediante la interposición de un material que pasa a formar parte de la base”¹¹.

“Las estructuras que soportan una prótesis cambian como resultado de los grados variables de la reabsorción del reborde residual”¹¹.

Clasificación del rebase¹¹

Por su extensión: Totales y Parciales

Por el tiempo: Definitivos y Provisionales

Por su técnica: Directo o en un tiempo y el Indirecto o en dos tiempos

Rebasado directo

1. Ventajas ¹¹

Paciente sigue utilizando la prótesis

Menor costo

Técnica sencilla

No utiliza laboratorio

2. Desventajas¹¹

Fallos no se pueden corregir

Material menor calidad

Reacciones alérgicas

Procedimientos de rebase directo

- A) Examen clínico
- B) Preparación del paciente
- C) Evaluación de la prótesis
- D) Preparación de la prótesis
- E) Material e instrumental
- F) Aislado superficie pulida
- G) Preparación del material
- H) Cargado de la prótesis
- I) Llevado a boca
- J) Cierre de la boca en oclusión habitual.
- K) Ajuste oclusales pulido

Características de un rebasado blando constante¹²

- ✓ No producir irritación de la mucosa bucal.

- ✓ No debe despegarse de la base del postizo.
- ✓ Debe ser plástica, rígida, poseer alta elasticidad y muy buena duración.
- ✓ Presentar una buena resiliencia.
- ✓ “Además, el rebase debería exhibir superficies lisas y fáciles de pulir con una elaboración simple, así como una óptima adaptación al color de la prótesis, que éste sea duradero”¹².

Indicaciones

- ✓ “Soporte o adhesión insuficiente de la prótesis”¹².
- ✓ “Reborde gingival blando, úlcera por fricción, así como tratamientos de la mucosa o de la mandíbula”¹².

Consecuencias de un rebase duro permanente

- ✓ “Todo tipo de sustitución dental de soporte tisular requiere periódicamente de un control posterior”¹².
- ✓ “Las incongruencias ocasionadas por la reabsorción y modelación del hueso y la base de prótesis promueven a largo plazo a un mal ajuste y soporte de la prótesis”¹².
- ✓ “así como sobrecargas en los dientes pilares existentes. También se producen ulceraciones”¹².
- ✓ “El resultado son daños periodontales, disfunciones masticatorias, modificaciones por dolor de la masticación e insatisfacción general de los pacientes con su prótesis. Los rebases, que tienen el objetivo de igualar dichas incongruencias, son indispensables para el éxito de la prótesis a largo plazo”¹².

Requerimientos

- ✓ “Para casos de mala adaptación de la base protésica al reborde óseo – mucoso donde asienta”¹².
- ✓ “Sirve tanto para prótesis parciales o totales”¹².
- ✓ “Corrección de flancos de la prótesis con recorte muscular para lo cual no se necesitan grandes reconstrucciones de las partes marginales de la prótesis”¹².

2.3 Bases Conceptuales

- **Cambios en la Anatomía Oral:** La anatomía oral de los pacientes puede cambiar con el tiempo debido a factores como la pérdida ósea, cambios en los tejidos blandos y otras condiciones bucales. El rebase directo aborda estos cambios para mantener un ajuste adecuado de la dentadura completa.
- **Mejora del Ajuste y Estabilidad:** El objetivo principal del rebase directo es mejorar el ajuste y la estabilidad de la dentadura completa. Esto contribuye a una mayor comodidad para el paciente al hablar, comer y realizar otras actividades diarias.
- **Preservación de la Salud Oral:** El rebase directo contribuye a la preservación de la salud oral al reducir la presión indebida sobre los tejidos blandos y las estructuras óseas. Esto ayuda a prevenir la irritación, úlceras y otros problemas asociados con una prótesis mal ajustada.
- **Mantenimiento de la Función Masticatoria:** Al mejorar el ajuste de la dentadura completa, el rebase directo contribuye al mantenimiento de una función masticatoria adecuada. Esto es esencial para la nutrición y la calidad de vida del paciente.
- **Conservación del Soporte Facial:** La pérdida de dientes y la reabsorción ósea pueden afectar el soporte facial. El rebase directo ayuda a conservar este soporte al adaptarse a los cambios en la estructura facial del paciente.
- **Adaptabilidad a Cambios en los Tejidos Blandos:** Dado que los tejidos blandos de la boca pueden experimentar cambios con el tiempo, el rebase directo permite la

adaptación de la dentadura completa a estos cambios sin la necesidad de una nueva prótesis.

- **Proceso Conservador:** En comparación con la fabricación de una nueva prótesis, el rebase directo es un procedimiento más conservador y menos invasivo. A menudo, implica ajustar la base existente en lugar de reemplazar toda la prótesis.
- **Colaboración entre Profesional y Paciente:** El éxito del rebase directo implica una colaboración efectiva entre el profesional dental y el paciente. La comunicación abierta sobre los cambios en la comodidad y el ajuste de la dentadura es crucial para determinar cuándo es necesario el rebase.

2.4 Metodología

Este enfoque sigue una metodología mixta, incorporando tanto aspectos cualitativos como cuantitativos para obtener una comprensión completa del rebasado directo en dentaduras completas.

CAPITULO III

3. DESARROLLO TEMÁTICO

3.1. Contextualización y Desarrollo del estudio

Historia Clínica:

Datos de Filiación:

NOMBRE Y APELLIDOS: FRANCISCA SAAVEDRA MONTENEGRO

DNI:06923554

EDAD: 79 AÑOS

SEXO: FEMENINO

ESTADO CIVIL: SOLTERA

DOMICILIO: CALLE ARGUEDAS 151 SANTA LUSMILA 2DA ETAPA COMAS

OCUPACION: DOCENTE

FECHA DE NACIMIENTO: 10 DE OCTUBRE DE 1943

LUGAR DE PROCEDENCIA: CAJAMARCA

TELEFONO: 949719214

Anamnesis:

A. MOTIVO DE CONSULTA: “Quiero que arreglen mi postizo por que no puedo comer bien”

B. ENFERMEDAD ACTUAL:

Inicio: Paciente adulta mayor manifiesta que empezó a perder los dientes a una edad muy joven (18 años aproximadamente).

Evolución: A medida que pasaba el tiempo, perdía los otros dientes poco a poco, le realizaron prótesis parciales, pero le duraban poco tiempo por que seguía perdiendo más dientes, hasta que quedó edéntula completa, Hace aproximadamente 5 años le elaboraron prótesis totales con lo que recupero su funcionalidad de masticación.

Estado Actual: Paciente manifiesta que hace casi 3 meses empieza a tener problemas con sus postizos, empezó a acumularse restos de alimentos debajo de sus postizos y presenta problemas para masticar y hablar pues las prótesis están desadaptadas, actualmente este problema se agravo mucho más; por lo que se acerca a la consulta solicitando una solución para su problema, pues no cuenta con los medios necesarios para confeccionarse unas prótesis nuevas.

C. ANTECEDENTES

- **ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** no refiere antecedentes
- **ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):**
- **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:** No manifiesta

3.2. Evaluación clínica completa:

Paciente en Aparente Buen Estado General, nutrición, hidratación y LOTE; con 112/70 mm Hg de Presión arterial, con Pulso de 62 pulsaciones x minuto, 36.5°C de temperatura y Frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto.

PIEL Y ANEXOS

- Piel: Buena turgencia y con buena humectación
- Tejido subcutáneo: Buena distribución
- Pelo: Color Castaño pintado, presencia de canas, buena implantación y distribución.
- Unas: Rosadas normales, presencia de lúnula, llenado capilar 2 seg.

3.3 Examen estomatológico elemental:

A.- EVALUACIÓN ODONTOLÓGICO EXTRA ORAL:

Paciente Normocéfalo, normofacial; con ojos, oídos y nariz sin presencia de alguna alteración; a la evaluación del ATM y los Ganglios linfáticos cervicales no presenta anomalías.

B.- EVALUACIÓN ODONTOLÓGICO INTRAORAL

Paciente presenta labios delgados competentes, carrillos con presencia de línea alba, presencia de rugas palatinas normales en el paladar duro, úvula central sin anomalías, amígdalas palatinas sin inflamación, normoglosia y piso de boca sin anomalías.



Figura 1 y 2 Fotografías del paciente frontal y lateral

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

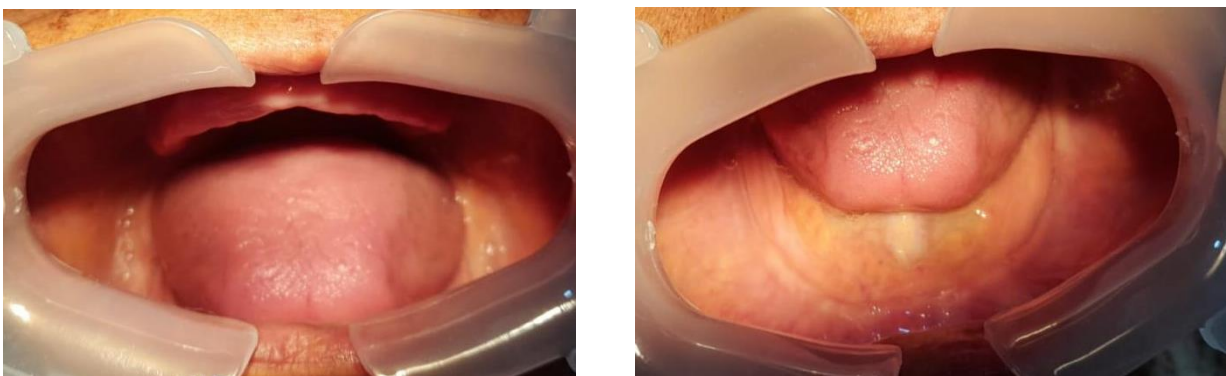


Figura 3 y 4 Imágenes oclusales superior e inferior

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

3.4. Diagnóstico y pronóstico

Diagnóstico Presuntivo:

- ❖ Edéntula total superior e inferior, con prótesis total desadaptadas

Exámenes de ayuda Diagnóstica:



Figura 5 Imagen de radiografía panorámica

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

Informe:

Presenta características normales de los restos óseos asimismo presenta reabsorción ósea en el maxilar superior e inferior

- ❖ **Diagnóstico Definitivo:** Edéntula total superior e inferior, con prótesis total desadaptadas
- ❖ **Pronóstico:** Favorable para realizar tratamiento con rebase de su prótesis dental total, confeccionada con acrílico en buenas condiciones.

3.5. Planificación del tratamiento completo

De acuerdo al diagnóstico establecido, se procede a efectuar el rebasado de las prótesis mal adaptadas empleando la técnica directa.

La secuencia del procedimiento clínico es el siguiente:

1ro.- Preparamos y acomodamos al paciente para realizarle el rebasado a sus prótesis



Figura 6 y 7 Imágenes de la preparación del paciente

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

2do.- Realizamos la evaluación de los rebordes alveolares residuales y de las prótesis mal adaptadas en el paciente, para establecer el grado de reabsorción y desadaptación que presentan.



Figura 8 y 9 Imágenes de la evaluación de la prótesis

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

3ro.- Con la ayuda del micro motor y fresas multilaminadas para acrílico realizamos el desgaste y acondicionamiento de las prótesis mal adaptadas, con la finalidad de crear espacio para el material de rebase.



Figura 10 y 11 Acondicionamiento de las prótesis

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

4to.- Alistamos los materiales e insumos empleados en nuestra mesa de trabajo para realizar el rebasado de las prótesis



Figura 12 materiales e instrumentales

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

5to. Realizamos el aislamiento de la superficie externa con la ayuda de un pincel y el aislante para acrílico.



Figura 13 y 14 Aislamiento de las prótesis

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

6to.- Preparamos el material para rebase por medio de la técnica directa.

7mo.- Cargamos el material de rebase en las prótesis en una forma uniforme, para posteriormente llevarlos a la boca.

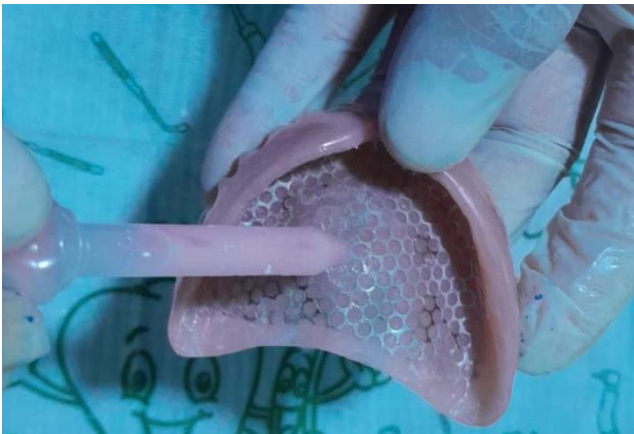


Figura 15 y 16 cargado de la prótesis con material acrílico

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

8vo.- Inmediatamente luego de cargar las prótesis superior e inferior con el material de rebase, llevamos a la boca del paciente y le pedimos que cierre la boca en su oclusión habitual.



Figura 17 y 18 Llevamos la prótesis superior a boca

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo



Figura 19 y 20 Llevamos la prótesis inferior a boca

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo



Figura 21 Pedimos al paciente que cierre la boca en su mordida habitual

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

9no.- Cuando termine su polimerización retiramos de la boca y realizamos el retiro de los excesos y pulido de las prótesis



Figura 22,23 y 24 Desgaste de excesos y pulido de prótesis rebasadas
Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

10mo.- Luego realizamos el ajuste oclusal con la ayuda de papel de articular

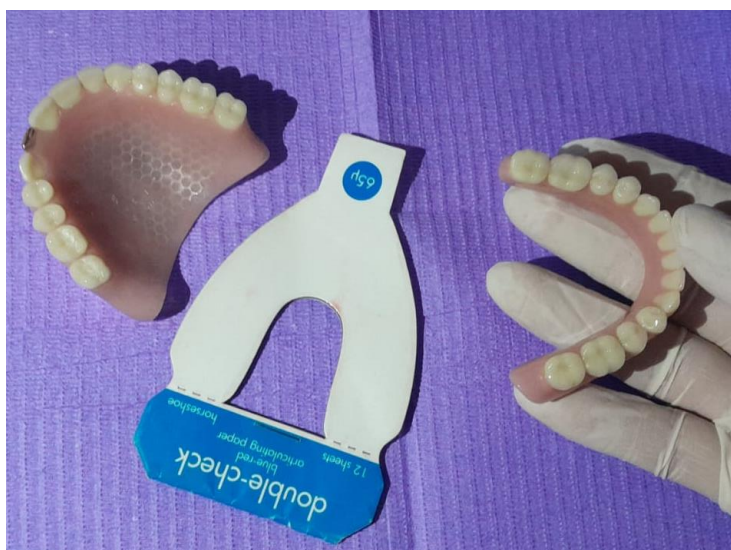


Figura 25 Realizamos el ajuste oclusal.

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

11vo.- Por último realizamos la instalación de los postizos rebasados.

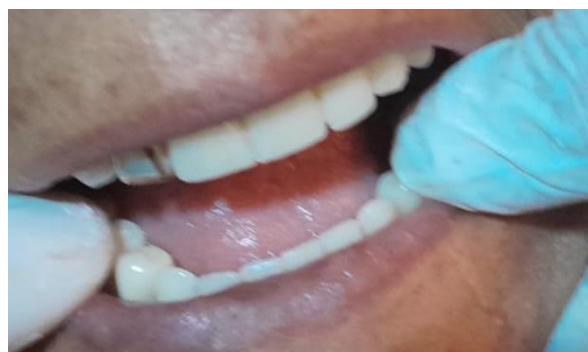


Figura 26, 27, 28 y 29 Instalación de las prótesis rebasadas en el paciente

Autor: Cesar Cabrejo Tarrillo

3.6 Plan de control y mantenimiento

La primera comprobación del rebasado de la dentadura completa se realiza a las 72 horas después de rebasada, luego una semana después y luego tres meses después, lo que permite comprobar la salud de los tejidos remanentes o mucosos, al mismo tiempo que se comprueba la retención y estabilidad oclusiva de la prótesis o prótesis completa.

Se debe tener cuidado en manipular las dentaduras o prótesis dentales, se deben retirar y lavar inmediatamente después de comer, lavar la boca y cepillar suavemente con un cepillo de cerdas suaves, se deben retirar las prótesis dentales y colocarlas en un vaso con agua.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en el presente trabajo de suficiencia pueden ser comparados con los resultados de los siguientes estudios:

García L. (2018)² Quien manifiesta que el rebase debe realizarse solo si los cambios protésicos o alteraciones son únicas, es decir, solo si requiere corrección reparación; este proceso debería ser realizado cuando la prótesis pierde su retención; a su vez **Alfahdawi I. (2018)**³ Dice El rebasado directo consume menos tiempo y las prótesis revestidas con este material son más cómodas y adecuadas para el paciente, por lo tanto, se puede utilizar como rebase de igual manera **Jemli, S. et al. (2021)**⁴ concluye diciendo que Una visita regular anual de control o cita de ajuste es fundamental como una de las fases más clínicas de la confección de la dentadura para garantizar el cuidado del paciente y preservar la salud bucal. Por lo tanto, los chequeos son importantes para detectar cualquier variación de los diferentes parámetros o cualquier problema que pueda resolverse haciendo pequeños ajustes si es necesario. Así mismo **Rosas M. (2019)**⁵ manifiesta que para elegir el material ideal de rebasado y obtener los resultados deseados en la rehabilitación dental, debemos considerar: la vida útil del material, las propiedades físicas, el uso y el caso clínico del uso de la prótesis dental en el paciente⁵; De igual forma **Peralta F. (2017)**⁶ menciona que halló un alto requerimiento de uso de aparatología protésica en individuos adultos mayores que asisten a la “Clínica Dental Docente de la UPCH de Julio a Setiembre en el año 2015”⁶; **Jiménez Y.(2019)**⁷ Encontró asociación entre el lapso de empleo y el volumen del reborde residual. Resultó que el porcentaje más alto del tiempo total de

uso de una prótesis es de 6 a 10 años, el sexo femenino ocupaba una posición dominante. Se encontró que la mayoría bordean entre 60 y 70 años y usan prótesis completa entre 6 a 10 años. La mayoría de las crestas alveolares de la maxila y la mandíbula son de mediana dimensión⁷.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- La pérdida total de dientes debe considerarse una enfermedad, incluido el deterioro funcional. Desde el punto de vista de la salud del paciente edéntulo, es fundamental restaurar la función de la boca, donde la prótesis reemplaza la dimensión vertical, evita molestias en los oídos, restaura la estética a los usuarios de la prótesis completa.
- El rebase se realiza principalmente en ocasiones, de resorción ósea y trastornos adaptativos. se debe observar toda la prótesis, el tamaño de la mordida y la medida vertical correspondiente.
- La rehabilitación con prótesis total mediante técnica directa de rebase superior e inferior, mejoró mucho la estética y función masticatoria.
- El tratamiento efectivo fue posible al observar los procedimientos de rebase de una dentadura completa, considerando la pérdida de hueso observada en el maxilar inferior, especialmente en las áreas de los molares.
- El rebasado del aparato protésico completo es un proceso bastante complejo, pero a la vez sencillo y económico, por lo que necesita un excelente juicio clínicamente y la destreza para conseguir buenos resultados en el tratamiento.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- Antes de realizar un rebase directo, realiza una evaluación exhaustiva del estado actual de la dentadura completa. Examina el desgaste, la estabilidad y cualquier signo de deterioro.
- Asegúrate de que el rebase directo esté claramente indicado. Considera este procedimiento cuando la dentadura completa ha experimentado cambios en la estructura ósea o tejidos blandos circundantes.
- Explica claramente al paciente el motivo del rebase directo y los beneficios que se esperan, así como cualquier limitación o expectativa realista.
- Realiza una toma de impresiones precisa para garantizar un ajuste adecuado. Utiliza materiales de impresión de calidad y sigue las mejores prácticas para obtener resultados exactos.
- Asegúrate de que el rebase directo no afecte negativamente la oclusión. Realiza ajustes necesarios para mantener una mordida adecuada y una función masticatoria eficiente.
- Utiliza materiales de rebase de alta calidad que sean compatibles con la anatomía bucal del paciente y que proporcionen una base estable y cómoda.
- Realiza el rebase directo de manera eficiente, minimizando el tiempo necesario para el paciente y reduciendo cualquier molestia asociada.
- Proporcionar al paciente instrucciones claras y detalladas para el cuidado postoperatorio. Esto puede incluir pautas sobre la higiene bucal, dieta suave inicial y seguimiento postoperatorio.
- Programa citas de seguimiento regulares para evaluar la adaptación del paciente a la nueva base y realizar ajustes según sea necesario.
- Llevar un registro detallado de cada procedimiento, incluida la información sobre el estado inicial de la dentadura, los materiales utilizados y cualquier ajuste realizado. Esto es esencial para el seguimiento a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peralta F. Necesidad y situación de prótesis dentales en pacientes adultos que acuden a la clínica dental docente de la UPCH. [Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017, p. 87
2. Khalifa N, Allen P, Abu-bakr N, Abdel-Rahman M. Factors associated with tooth loos and prosthodontic status among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*. 2012; 54 (4): 303-12.
3. Rojas P. Mazzini M. Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. *Dom. Cien.*, ISSN: 2477-8818.[Internet]. 2019 [citado 17 de setiembre del 2022]; Vol. 3, núm. 2, (esp.), mayo, 2017, pp. 702-718. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6325884.pdf>
4. Castillo J. Miranda A. K. Confección de prótesis dental total. Estudio de caso. *Revista Universidad y Sociedad*.[Internet]. 2021 [citado 17 de setiembre del 2022]; 13(S3), 162-166. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2461>
5. Nand M. Mohammadnezhad M. Challenges faced by edentulous patients (EDPs) during complete denture prostheses (CDP) service delivery in Fiji – a qualitative study *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2022 [citado 17 de setiembre del 2022]; 22, 742. Disponible en:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08136-6>
6. Herrera A. Viveros D. Castedo L. Caracterización gingival en Prótesis Total Removible. *ESP, MSC. Cuyo*. [Internet]. 2019 [citado 17 de setiembre del 2022]; Volumen 13. N° 1. Disponible en:

https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/13584/herrerarfo-1312019.pdf

7. Chávez E. Rehabilitación bucal en paciente desdentado total. [Tesis para optar el título de Especialista en:

Rehabilitación Oral]. Lima: Universidad Nacional Alcidez Carrión; 2018, p. 65

8. Jiménez Y. Relación entre el tiempo de uso de la prótesis total y el tamaño de rebordes residuales en pacientes geriátricos atendidos en el C.P.P.C.E. USS. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Pimentel: Universidad señor de Sipán; 2019, p. 46

9. Ramírez J. Secuencia de rehabilitación oral de paciente edentulo total bimaxilar. [Trabajo de suficiencia profesional]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2022, p. 27

10. Sanz G. Ilanez C. Chibás L. Váldez Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. geroInfo. [Internet]. 2018 [citado 17 de setiembre del 2022]; RNPS 2110 ISSN 1816-8450 Vol.13. No.3. Disponible en:

<https://files.sld.cu/gericuba/files/2018/12/edentulismo.pdf>

11. Núñez B. Flores G, Relación entre el grado de satisfacción de los pacientes rehabilitados con prótesis total y la calidad de la prótesis, en el centro especializado en formación odontológica de la Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chiclayo: Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018, p. 77

12. Huamán J. Nivel de satisfacción de los pacientes portadores de prótesis total confeccionadas en el C.P.P.C.C.E-USS; 2018. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chiclayo: Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018, p. 62

13. Álvarez H. Fassina N. Prótesis Total Removible. Tomo 2. Editorial Hachease. 450 p. 2018

14. Zapata M. Castillo D. Quintana M. ¿Esquema oclusal balanceado o no balanceado en dientes monoplanos?: Una revisión de la literatura. Rev. Estomatol Herediana. [Internet]. 2017 [citado 20 de setiembre del 2022]; Oct-Dic; 27(4). Disponible en:

<http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v27n4/a07v27n4.pdf>

15. Consentimiento-Informado-para-Prótesis-Completa-SPPDMF. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.sppdmf.pe/wp-content/uploads/2019/12/Consentimiento-Informado-para-Prótesis-Completa-SPPDMF.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRÓTESIS TOTAL¹⁵

Yo FRANCISCA SAAVEDRA MONTENEGRO (Como paciente), con DNI N° 06923554 mayor de edad, y con domicilio en CALLE ARBEDAS 151 2ª ETAPA SANTA JUZMILA - COMAS

DECLARO

He sido informada por el C.D. JUAN CARLOS AMEZ LOPEZ con COP. 47352 y el Bachiller CESAR CABREJO TARRILLO que me ha explicado que es conveniente en mi situación proceder a realizar el rebase de mi dentadura o prótesis completa por encontrarse desadaptada declaro haber sido informada y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es que las bases de las prótesis mal ajustadas deben adaptarse a las nuevas condiciones de los rebordes alveolares mediante el rebase en dentaduras completas, las que pueden ser directas o indirectas.

DOY MI CONSENTIMIENDO, para que se me practique el tratamiento de prótesis Total.

En Lima, a las 3. PM del 30 DE AGOSTO del 2023

Paciente: FRANCISCA SAAVEDRA MONTENEGRO

[Firma]

DNI:

Bachiller en Odontología

Cesar Cabrejo Tarrillo

[Firma]

DNI: 41835883

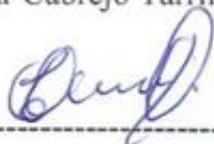
ANEXO 2

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Yo, CESAR CABREJO TARRILLO Con DNI N° 41835883 domicilio legal en CA.6 Mz.L2 IT.25 A.H. SANTA MARIA - S.J.L. bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes, de la Facultad de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas o de carácter penal que diese a lugar, si en la elaboración de mi investigación titulada: "REBASE DIRECTO EN DENTADURAS COMPLETAS", se haya consignado datos falseados, plagio, auto plagio, etc. por lo que declaro que dicho trabajo de investigación es de mi autoría, con datos auténticos, reales con respeto a normas de carácter internacional referentes a las citas sobre fuentes consultadas.

Lima, agosto del 2023

Cesar Cabrejo Tarrillo.



DNI N°41835883

