

87013
24/13

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES
CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

MARIA DE JESUS FLORES ROBLES

ASESOR: DR. RAFAEL ILDEFONSO BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JAL.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMA:

**LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES CON PROTESIS PARCIAL
REMOVIBLE.**

INTRODUCCION:

CAPITULO I.- GENERALIDADES.

**CAPITULO II.- LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES CON
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.**

CASUISTICA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

Cada vez más los estudios estadísticos aportan datos de importancia para conocer la prevalencia e incidencia de determinadas enfermedades. Nosotros como futuros profesionales, debemos tomar conciencia de nuestra responsabilidad desde el punto de vista "tratamientos y acciones terapéuticas", pues de lo contrario no cumpliremos a satisfacción la misión que tenemos dentro de la sociedad.

La satisfacción que reciben los pacientes necesitados de una prótesis, al disponer de ella, depende de un examen completo de salud el logro de técnicas biomecánicas complejas en relación con la fabricación de la prótesis y el condicionamiento psicológico adecuado del paciente.

Los pacientes que se niegan a aceptar que van teniendo más años, son los que tendrán más dificultad para ajustarse a la prótesis, por muy buena que sea la destreza con que se han preparado dichas prótesis.

Sólo pocos pacientes estarán satisfechos de llevar prótesis que quizá técnicamente no son muy buenas para el Odontólogo.

Este tipo de pacientes han desarrollado una hiperadaptación fisiológica. Pero esta situación no es deseable, ya que con sus prótesis desajustadas pueden sufrir la mayoría de las veces, lesiones irreparables de los tejidos de sostén.

A medida que vayamos comprendiendo mejor la fisiología de la cavidad oral, podremos crear un servicio más completo en lo que a prótesis se refiere.

CAPITULO I

GENERALIDADES:

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

Es la ciencia o el arte de proporcionar sustitutos adecuados para uno o más dientes naturales ausentes o extraídos y sus tejidos relacionados de modo de restaurar la función alterada, la apariencia, el confort y la salud del paciente.

El objetivo protésico actual es el de mejorar y estabilizar la boca primeramente, de tal manera que el complejo biológico forme con el complejo inerte (aparato protésico) una unidad funcional estable que garantice un equilibrio verdadero.

ELEMENTOS QUE FORMAN LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

- La prótesis parcial removible típica esta constituida por cinco elementos estructurales, cada uno de los cuales desempeña un papel específico en la restitución de la función y la preservación de las estructurales bucales remanentes.

Estas unidades estructurales son las siguientes:

- 1.- Gancho
- 2.- Conector mayor
- 3.- Conector menor
- 4.- Base
- 5.- Dientes.

CASIFICACION DE KENNEDY:

El método de clasificación de Kennedy fue originalmente propuesto por el Dr. Edward Kennedy en 1925.

Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados en 4 tipos principales. Las zonas desdentadas que no sean las que determinan los tipos principales, fueron designadas como: Espacios modificadores o modificaciones.

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

- Clase I. Zonas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes.
- Clase II. Zona desdentada unilateral ubicada posteriormente a los dientes naturales remanentes.
- Clase III. Zona desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anterior y posteriormente a ella.
- Clase IV. Zona desdentada única, pero bilateral (que cruza la línea media) ubicada anteriormente a los dientes naturales remanentes.

La clasificación de Kennedy sería difícil de aplicar a cada caso sin la existencia de ciertas reglas de aplicación.

Aplegate ha brindado ocho reglas que gobiernan la aplicación del método de Kennedy.

- 1ra. regla: más que proceder, la clasificación debe seguir toda extracción dentaria que pueda alterar la clasificación original.
- 2a. regla: si falta el 3er. molar y no va a ser repuesto, no se lo considera en la clasificación.
- 3a. regla: si un tercer molar está presente y va a ser utilizado como pilar, se lo considera en la clasificación.
- 4a. regla: si falta un segundo molar y no va a ser repuesto, no se lo considera en la clasificación.

- 5a. regla: la zona desdentada más posterior (o zonas), siempre determinan la clasificación.
- 6a. regla: las zonas desdentadas que no sean aquellas que determinan la clasificación, se refieren como modificaciones, y son designadas por su número.
- 7a. regla: la extensión de la modificación no es considerada, sólo se toma en cuenta el número de zonas desdentadas adicionales.
- 8a. regla: no pueden existir zonas modificadoras en la clase IV (toda otra zona desdentada posterior a la "única zona bilateral que cruza la línea media", determina a la vez, la clasificación.

HISTORIA DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

HISTORIA INICIAL:

Entre los más antiguos ejemplos registrados en Prótesis Dental, están las estructuras de oro de los fenicios y posteriormente de griegos y romanos.

El oro se ha empleado en prótesis dental durante más o menos 2,500 años.

La utilización de puentes de oro floreció aparentemente entre los años 700 y 500 A. de C. en Roma.

El diente artificial era sostenido en su lugar por un pequeño vástago que pasaba a través del diente artificial y de la estructura de oro.

Los dientes utilizados en esos aparatos, eran humanos o tallados a partir de dientes de animal.

PERIODO MEDIEVAL.

Aproximadamente en 1562, Ambrosio Pare, preparaba dientes artificiales a partir de hueso o marfil.

Un discípulo de Pare, Jacques Guilleméau preparó sustancias fundiendo ceras, gomas, resinas, perlas pulverizadas y coral blanco. Esto es probablemente el precursor de la porcelana fundida que apareció tiempo después.

PERIODO DE 1600 A 1840.

En este período se utilizaron dientes de hueso y marfil tallados, unidos por alambre de oro simulando ganchillos, a los dientes vecinos.

Esto empezó a efectuarse en los países de Francia, Alemania e Italia.

En el año de 1706, se empieza a utilizar la cera, la cual se tallaba en la forma deseada y después de esto, un artesano la reproducía en hueso o marfil.

Lorenz Heister fue el primero en mencionar los aparatos parciales removibles en la literatura Odontológica.

Claudio Mauton en 1746 mencionó en su libro, el uso de abrazaderas para sostener los dientes artificiales.

Etienne Bourdet en 1775, mencionó la base de oro para llevar dientes artificiales de marfil fijos con pernos de oro.

PERIODO DE 1840 A 1900.

En 1884, White produjo los dientes de porcelana y mejoro el color y forma de los mismos.

Las aleaciones de platino y oro, que tenían $3/4$ partes de oro y $1/4$ parte de platino fueron introducidas en 1847.

En 1885, se patentó el uso de la vulcanita como base para las prótesis.

En 1869, Hyatt descubrió el celuloide que pronto se utilizó como material para base de prótesis.

PROGRESOS DESDE 1900

Una de las novedades de gran importancia a partir del año 1900 fue la aleación de cromo-cobalto para prótesis parciales

Aproximadamente en 1949, se estimaba que más del 80% de las prótesis parciales removibles eran coladas en aleaciones de cromo-cobalto y es probable que en la actualidad el porcentaje sea aún mayor.

En algunas ocasiones parte del cobalto era reemplazado por níquel.

En la actualidad, algunas de las aleaciones utilizadas para la construcción de prótesis parciales removibles no contienen cobalto, sino que son básicamente aleaciones de cromo-níquel.

En el presente, la Odontología continúa una búsqueda vigorosa, dinámica y activa para mejorar y reemplazar materiales de la prótesis dental, así como de todos los materiales restauradores utilizados en las distintas ramas Odontológicas.

CONDICIONES ELEMENTALES DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

En terminos generales, la prótesis parcial removible esta indicada cuando no puede emplearse la fija o cuando ofrece ventajas bajo determinadas circunstancias.

VENTAJAS QUE BRINDA LA P.P.R. SOBRE LA FIJA.

- 1.- El menor número de citas que requiere
- 2.- La menor cantidad de instrumentación intrabucal necesaria
- 3.- Su bajo costo
- 4.- La posibilidad de una mejor higiene.

INDICACIONES:

Aunque la prótesis parcial removible debe ser tenida en cuenta sólo cuando la prótesis fija está contraindicada, existen varias indicaciones específicas para el uso de una restauración removible.

BASE DE EXTENSION DISTAL:

Aunque un pónico pequeño puede apoyarse distalmente en la corona de un diente pilar terminal, la mayor parte de los espacios desdentados no se encuentran limitados en ambos extremos por dientes como sucede con los pilares de un diente fijo, por lo que se restauran con prótesis removibles.

ESPACIOS LARGOS O PILARES DEFICIENTES:

Cuando el espacio desdentado es tan extenso que no satisface la regla de Ante, esta indicada la prótesis parcial removible. Por lo general, cuando el espacio desdentado "da la vuelta a la esquina del arco", por ejemplo, de premolar a incisivos, la prótesis de elección es la removible.

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Esta indicada la prótesis removible en pacientes muy juvenes cuya camara pulpar es por lo general amplia y por lo tanto

vulnerable a daños por instrumentación.

RESTAURACION DEL CONTORNO FACIAL:

La prótesis removible puede usarse con una porción de resina acrílica con el fin de compensar la pérdida ósea originada por traumatismos o excesiva resorción.

COMO PROTESIS PROVISIONAL:

La prótesis parcial removible puede ser la ideal para el paciente que por la edad o por algún padecimiento general carece de vigor físico para sobrellevar el trauma operatorio que producen las restauraciones fijas o la cirugía bucal.

OBTURACION DE HENDIDURA PALATINA:

Cuando existe una abertura palatina que se comunique con la cavidad nasal puede cerrarse con la base de la dentadura o valiéndose del conector principal de la prótesis parcial removible.

PILARES INTEGROS:

El paciente inmune a la caries suele oponerse rotundamente a la mutilación de sus dientes íntegros solo para utilizarlos como pilares de prótesis fija. Bajo estas circunstancias, la prótesis de elección es la parcial removible.

TRANSFORMES DE LA DIMENSION VERTICAL:

Cuando se planea como parte del tratamiento integral aumentar la dimensión vertical de oclusión, la prótesis parcial removible -- desempeña una función importante en la determinación de la abertura vertical precisa que el paciente necesita.

EMPLACE CRUZADO DEL ARCO.

PROCESO RECIBUAL CON ATROFIA GRAVE.

PACIENTE CON EXPERIENCIA PROTETICA DESFAVORABLE.

PROBABILIDAD DE MUERTE PREMATURA.

INSERCIÓN DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

La cita para la colocación de la prótesis puede ser en las primeras horas del día, siempre que sea posible, con el fin de dar tiempo suficiente para que el paciente pueda llamar pidiendo instrucciones, si surge alguna duda después de usarla por breve periodo, o se es necesario que regrese al consultorio - dental se experimenta alguna molestia inesperada.

La entrega de la prótesis no debe ser programada para el último día de la semana de trabajo, debido a que es necesario observar el paciente 24 horas después de la colocación.

Otro factor que debe observarse al dar la cita para la inserción es evitar en lo posible, el momento en que el paciente necesitará llevar a cabo negocios o cumplir un compromiso social inmediatamente después de la inserción.

Por regla general, el esqueleto metálico ha sido probado en la boca, en una cita previa, y se han llevado a cabo los ajustes - necesarios en la prótesis. Por lo tanto, los ajustes que requerirá la cita de inserción se limitarán a la base de la prótesis y a la oclusión.

Debe palparse con los dedos para detectar bordes cortantes que pueden ser fuentes de irritación al colocar el aparato contra la mucosa y hacer presión.

Los bordes cortantes y agudos de resina acrílica no serán tolerados por los tejidos bucales delicados, y este tipo de bordes deben ser evitados.

Las estructuras que con frecuencia interfieren con el asentamiento de la prótesis parcial inferior son el proceso milohioideo y la zona bucal de los premolares inferiores.

EQUILIBRIO DE LA OCLUSIÓN.

Es necesario ajustar la oclusión de la prótesis con el fin de eliminar interferencias y contactos deflectivos, de manera que los dientes superiores e inferiores, naturales y artificiales, tengan relación intercuspídea armoniosa.

Puede emplearse papel de articular o cera indicadora con el fin de descubrir los contactos prematuros.

Deben colocarse tiras de papel de articular o de cera indicadora entre las superficies oclusales de los dientes posteriores, haciendo que el paciente cierre firmemente y que frote los dientes unos con otros manteniéndolos en contacto.

La finalidad de perfeccionar la oclusión céntrica es crear un contacto regular entre los dientes posteriores, superiores e inferiores, naturales y artificiales, en ambas arcadas.

PULIMIENTO FINAL:

La superficie rugosa de metal o de resina acrílica, además de resultar desagradable para el paciente, tiende a retener y atraer los pigmentos, y a constituir un albergue para las bacterias. Por esto, el paso final de la inserción de la prótesis es alisar y pulir todas las superficies, las de metal, porcelana o resina acrílica, que se encuentran rugosas por el procedimiento de ajuste.

Los dientes de porcelana que se han desgastado con el fresado se vuelven excesivamente rugosos y abrasivos y deben recibir especial atención para restaurar, en todo lo posible, la suavidad de la superficie que tenían anteriormente.

Esto puede llevarse a cabo con discos de hule duro impregnados de piedra pómez, para pulir posteriormente con un disco de piedra y piedra pómez finamente granulada, con alta velocidad en torno de pulir.

CONSEJOS AL PACIENTE:

La absoluta familiaridad del dentista, con todos los aspectos del empleo y mantenimiento de la prótesis bucal, pueden originar que pase por alto el hecho de que, para la mayor parte de los pacientes, el empleo de una prótesis bucal es una experiencia completamente nueva.

Por lo tanto, es necesario que se le indique al paciente:

- 1.- La forma adecuada de insertar y retirar la prótesis de la boca.
- 2.- La forma de mantener los dientes naturales y los artificiales en un estado escrupuloso de limpieza.
- 3.- Las ventajas y desventajas del uso nocturno de la prótesis
- 4.- La importancia del mantenimiento periódico de la prótesis.

MANERA DE INSERTAR LA PRÓTESIS.

El paciente debe ensayar ante un espejo la forma adecuada de insertar y retirar la prótesis de la boca.

Debe tener cuidado de no "morder" la prótesis hasta su lugar, sino guiarla firmemente hasta su posición de asentamiento a través de su trayectoria de inserción, con los dedos colocados sobre los ganchos.

Debe aplicar presión en forma gradual, al deslizarla hasta su lugar através de la trayectoria planeada.

Al retirar la prótesis es necesario instruir al paciente para que aplique fuerza a los ganchos con las uñas de los dedos pulgares para la prótesis inferior y con las uñas de los índices para la prótesis superior.

Debe permitirse que el paciente practique ante un espejo, hasta que demuestre un grado aceptable de habilidad para insertar y retirar la prótesis, antes de dejarlo ir.

Algunas veces las instrucciones verbales resultan incompletas con frecuencia no se entienden correctamente y, a menudo se olvidan cuando el paciente debe llevarlas a la práctica.

Las instrucciones escritas tienen una ventaja adicional por el hecho de que psicológicamente, la palabra escrita posee mayor autoridad que la hablada.

Es necesario recordar que las instrucciones deben hacerse en términos no técnicos y de fácil comprensión, en forma concisa.

CUIDADOS DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

La prótesis parcial es un aparato de precisión, y debe ser tratado como tal. Soportará las fuerzas masticatorias cuando se encuentre colocado en la boca. Sin embargo, es muy probable que se deforme o se rompa si se deja caer.

Una prótesis parcial rota o deformada, raras veces puede regresar a su estado original de eficacia, por lo que debe tratarse con sumo cuidado.

MANTENIMIENTO:

La creencia de que la prótesis parcial es permanente es un mito, ya que los tejidos bucales, como los demás tejidos del organismo, se encuentran en cambio constante.

Algunos tipos de aparatos requieren rebase periódico para compensar la contracción del tejido. Si el cambio ha sido extenso será necesario elaborar una nueva prótesis parcial.

USO NOCTURNO DE LA PRÓTESIS PARCIAL:

Es más conveniente dejar la prótesis parcial fuera de la boca durante el sueño. Con el fin de proporcionar a los tejidos bucales la oportunidad de descansar y recuperarse. Cuando se retira de la boca, debe sumergirse en agua, debido a que la mayor parte de las prótesis parciales están elaboradas, en parte con un material plástico que se deformará si se reseca.

HIGIENE BUCAL:

Con raras excepciones, el paciente parcialmente desdentado ha llegado hasta este estado desafortunado, como consecuencia de

la falta de cuidado o ignorancia de los fundamentos básicos de la higiene bucal. A menos que se le motive para cambiar de forma radical sus hábitos personales y se le pueda convencer para que mantenga un nivel adecuado de limpieza bucal, el pronóstico de la prótesis será reservado.

Constituye una responsabilidad importante del dentista, lograr en el paciente un deseo sincero de practicar la higiene bucal, correcta.

El problema de higiene bucal se complica en el paciente con prótesis parcial debido a que, cuando esta se coloca sobre los dientes naturales remanentes crea espacios y hendiduras que constituyen zonas de acumulación de restos alimenticios y albergue para las bacterias que dan lugar a la placa dental.

Es indispensable que se motive y eduque al paciente para prevenir estas consecuencias funestas.

Aun cuando el paciente con prótesis removible tiene un problema muy especial en relación con la higiene bucal, este no es insuperable. Si se logra que aborde el problema con conocimiento y que lleve a cabo estrictamente el régimen prescrito, podrá solucionar el problema sin privaciones y sin molestias.

La mayor parte de las superficies dentales serán accesibles al cepillo dental y a otros medios de limpieza, en la misma forma en que se encontraba antes de usar la prótesis.

PROCEDIMIENTOS PARA DESPUÉS DE LA COLOCACION DE LA PRÓTESIS:

La cita 24 horas después de la inserción:

Es necesario preguntar al paciente si existe alguna queja específica y, de ser así, esta debe ser valorada y solucionada para dejarlo satisfecho. Si no existen quejas, debe examinarse cuidadosamente la boca con la prótesis en su lugar, así como fuera de la boca.

Debe examinarse cualquier zona eritematosa y establecerse la causa de la irritación. En especial, las superficies que rodean los dientes pilares, deben ser inspeccionados por si existe presión excesiva.

La oclusión debe observarse cuidadosamente, ya que puede esperarse alguna modificación en la relación interoclusal después de un breve período de uso.

AJUSTES SUBSECUENTES:

Aun cuando una sola revisión después de la colocación puede ser suficiente para las prótesis soportadas por dientes, las que tienen base de mayor extensión requieren dos o más citas posteriores, la segunda después de 48 horas o tal vez 72 horas después de la primera.

En general, cuanto mayor sea la prótesis y menor el número de dientes naturales remanentes, tanto mayor será la necesidad para ajustes posteriores.

Si Después de 24 horas el paciente no parece encontrarse en un estado de ánimo de confianza optimista, debe vérselo después de 48 ó 72 horas, aun cuando no tenga ninguna queja específica y no haya mostrado signos clínicos de inflamación.

FACTORES QUE DETERMINAN LA NECESIDAD DE AJUSTE.

El éxito de la prótesis depende en gran parte de la forma en que se llevan a cabo los ajustes después de la colocación, ya que es muy común que el ajuste de la prótesis sea deficiente, después de varios procedimientos de adaptación, y que requiera una readaptación.

El objetivo que debe buscarse al llevar a cabo los ajustes en la prótesis parcial removible, consta de dos factores:

- 1.- Corregir las discrepancias en la prótesis.
- 2.- Eliminar la incomodidad o el dolor.

Al determinar la necesidad del ajuste, es necesario tomar en cuenta dos factores en la decisión:

- 1.- El fenómeno de la variabilidad del umbral del dolor.
- 2.- El papel que desempeña el tiempo.

SUGERENCIAS PARA LLEVAR A CABO LOS AJUSTES:

- 1.- La cita debe programarse, de tal manera que pueda verse al paciente 24 horas después de colocada la prótesis.
- 2.- Debe seguirse un procedimiento uniforme que establezca en forma positiva la naturaleza de la queja o las quejas.
- 3.- El tejido lacerado por lo general indica que se ha extendido demasiado el borde o que este es cortante.
- 4.- La oclusión es la causa principal de la mayor parte de las molestias producidas por la prótesis.
- 5.- La resina acrílica que ha sido llevada en una bolsa o guardada en un cajón es muy probable que se encuentre distorsionada por deshidratación.

6.- Cuando el traumatismo produce inflamación, por lo general esta va acompañada de aumento de volumen.

7.- Si se le da una oportunidad, la naturaleza ayudará en el tratamiento. Al eliminar el factor irritante, al tranquilizar al paciente y permitir que la naturaleza ejerza su efecto curativo, se solucionara un gran porcentaje de las quejas por molestia.

CAPITULO II.

LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES CON PROTESIS

PARCIAL REMOVIBLE:

LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS:

Las lesiones de los tejidos blandos son muy variables, dependiendo de la intensidad y tipo de fuerza ejercida, de la zona anatómica afectada y de la acción de la estructura esquelética subyacente.

LESIONES IRRITATIVAS RELACIONADAS CON PROTESIS:

- 1.- Las que se presentan inmediatamente después de la inserción
- 2.- Las que se desarrollan años más tarde después que las prótesis se han gastado y causan presión inadecuada en los tejidos blandos.
- 3.- Las que se desarrollan en la bóveda palatina y cámaras de alivio.

APARICION DE LAS ZONAS IRRITADAS INMEDIATAMENTE DESPUES DE COLOCAR LA PROTESIS:

Pueden presentarse puntos de irritación en zonas de presión excesiva cuando la dentadura esta colocada o cuando se hace la extracción de la misma.

Las zonas de presión excesiva al momento de colocar la prótesis pueden ser debidas a la poca precisión al tomar la impresión.

LESIONES IRRITATIVAS CRONICAS PROVOCADAS POR PRESION ANORMAL DE BORDES DE LA PROTESIS.

Se les nombra úlceras protéticas, estas úlceras relacionadas con dentaduras suelen desarrollarse después que el paciente lleva la prótesis.

Las lesiones iniciales resultan de la resorción del hueso que sostiene la prótesis, la presión excesiva del borde de la prótesis sobre los tejidos, da como resultado una ulceración.

LESIONES IRRITATIVAS DEL PALADAR:

Se ha comprobado que el número de años durante los cuales se lleva la prótesis y el llevarla durante las 24 horas del día son factores importantes para provocar estas lesiones.

Las lesiones hiperplásicas del paladar suelen presentarse en pacientes que no han recibido servicio dental durante años.

Las lesiones suelen tener límites bien definidos, puede haber inflamación de las pequeñas glándulas palatinas, ello origina un aspecto enrojecido edematoso y rugoso nodular del paladar. Los tejidos pueden sangrar cuando se retira la prótesis.

LESIONES TRAUMATICAS:

Los traumatismos determinan distintas lesiones que según su forma se clasifican en:

1.- Heridas

- A).- Cortantes y lineales
- B).- Orificiales o punzantes
- C).- Desgarrantes.

2.- Contusiones

3.- Laceraciones o pérdidas de sustancia muy superficiales

4.- Excoriaciones.

ENFERMEDADES SISTEMICAS DE IMPORTANCIA CLINICA EN PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS.

Algunas enfermedades sistémicas pueden afectar en forma directa, presentando manifestaciones orales y disminuyendo la capacidad del paciente para usar cómodamente una prótesis.

ANEMIA:

La anemia puede ser acompañada por signos de enfermedades orales no específicos, como erosiones o ulceraciones superficiales, especialmente de carácter persistente y recidivante.

También pueden presentar, infecciones monilíásicas secundariamente a la anemia como proceso sobreñadido.

Debido a esto el paciente anémico presenta mayor dificultad para adaptarse al uso de la prótesis con comodidad, que el paciente normal.

DIABETES:

Los síntomas orales de un paciente diabético no controlado son: boca seca, ardor de la mucosa y abscesos gingivales o periodontales recidivantes.

Un paciente controlado puede usar la prótesis sin mayor dificultad, en cambio un paciente no controlado presenta un riesgo constante en el tratamiento protodontico.

HIPERPARATIROIDISMO:

El paciente hiperparatiriideo, tiende a sufrir destrucción rápida del hueso alveolar, así como osteoporosis generalizada.

Puede aparecer un tumor de células gigantes en la encía y son pocos los tumores de este tipo que se asocian a un hiperparatiroidismo.

A pesar de lo anterior, un paciente de esta índole, ofrece poco riesgo para el tratamiento protésico.

HIPERTIROIDISMO:

Como único signo bucal muestra una pérdida prematura de dientes temporales seguida de una rápida aparición de dientes permanentes.

Sin embargo, suele tratarse de pacientes que se sienten incómodos con facilidad, en relación con el tratamiento protésico ofrecen poco riesgo.

EPILEPSIA:

El paciente puede estar recibiendo Dilantín Sódico, el cual produce agrandamiento de la mucosa oral.

Se puede indicar la cirugía para eliminar el tejido hiperplásico y poder elaborar la prótesis, siempre y cuando el médico administre otro medicamento que no cause este efecto.

TUBERCULOSIS:

Las lesiones bucales de la tuberculosis son raras. Pueden presentarse en forma de ulceraciones planas que se parecen a las de origen traumático.

También pueden ser granulomatosas y adoptar la forma de tumoración fija y dura y hacer pensar en una neoplasia maligna.

Este tipo de pacientes ofrece riesgo en lo que se refiere a la comodidad de la prótesis.

SIFILIS:

Las lesiones más conocidas y características en la boca, son las placas mucosas. Consisten en lesiones planas grisáceas - cubiertas por una membrana húmeda. Pueden presentarse en encía.

El paciente sifilítico tendrá problemas en lo que se refiere al uso de la prótesis con comodidad.

MENOPAUSIA:

Los tejidos de la boca se vuelven atroficos; las capas epiteliales escamosas disminuyen en número; el paladar y las encías pierden su capa protectora queratinizada y la submucosa - pierden su elasticidad.

Generalmente hay descamación de las encías.

Los tejidos de la boca toleran menos las prótesis dentales y en las zonas de soporte pueden encontrarse restos de tejido necrosado.

ALERGIA:

Las lesiones alérgicas pueden provocar lesiones en la boca, por ingesta de alimentos, medicamentos, etc.

Se debe investigar si ha habido aplicación de medicamentos tópicos y determinar la naturaleza de las sustancias químicas que han estado en contacto directo con la mucosa bucal.

Para poder prevenir efectivamente la instalación y recurrencia de estas lesiones orales, es importante que tengamos conocimiento del porqué se produjeron dichas lesiones.

Sólo entonces estaremos en condiciones de tomar los recaudos necesarios y en el momento más oportuno, prevenir la progresión de la enfermedad o recidiva.

El conocimiento de los factores etiológicos pertinentes, más el conocimiento del paciente particularmente como una persona total nos habilitará para producir cursos indeseables en la salud bucal futura del individuo y por lo tanto, para indicar las medidas adecuadas para prevenirlos.

La historia clínica es muy importante, pues nos mostrará si existe o existió alguna enfermedad sistémica o si el paciente está ingiriendo algún medicamento que pudiera afectar el pronóstico para una prótesis dental.

RESEÑA DE LAS LESIONES ELEMENTALES DE LA MUCUOSA ORAL:

Al referirnos a las lesiones elementales nos referimos solo a los procesos que vemos a diario y que son capaces de dar las lesiones elementales.

De esta manera el conocimiento se agilita y se tiene una visión más fácil y útil para el diagnóstico de las lesiones más comunes de la mucuosa oral.

DEFINICIONES:

Primitivas;

MAFECAS:

Es un cambio de coloración de la mucuosa, que no hace relieve.

VESICULAS, AMPOLLAS Y PUSTULAS:

Son elevaciones de la mucuosa, circunscritas, con contenido líquido, alojadas en el espesor del epitelio o justamente por debajo de él.

Las ampollas, y las vesículas tienen contenido seroso o hemorrágico y se diferencian por su manera histológica de constituirse.

Las pustulas presentan pus inicialmente.

PAPULAS:

La papula es una elevación circunscrita, sólida que involuciona espontáneamente y no deja cicatriz.

TUBERCULOS:

El tuberculo es una pequeña formación circunscripta, sólida, ubicada en el corion, que deja cicatriz.

NODULOS:

Los nodulos son formaciones circunscriptas submucosas.

PAPILOMA:

Clinicamente el papiloma es una lesión que eleva la mucuosa.

QUERATOSIS:

Cuando las escamas se acumulan y se estratifican sin desprenderse se constituye la lesión clínica que denominamos queratosis.

ESCAMAS:

La escama es una lesión elemental que consiste en un desprendimiento visible de las capas superficiales del epitelio.

VEGETACIONES:

La vegetación es una lesión elevada, constituida por múltiples elementos agrupados. Con aspecto de coliflor.

VERRUGOSIDADES:

Cuando la vegetación está cornificada, queratinizada, se llama verrugosidad.

HIPERTROFIAS:

Es un aumento de tamaño de una región o de todo un sector topográfico, como puede ser el labio, la encía, la lengua etc.

NECROSIS:

Es muerte tisular brusca, masiva.

El tejido adquiere un color negrusco, amarillo grisáceo y experimenta una evolución en etapas.

ATROFIA:

Es una disminución de espesor y consistencia de la mucosa.

ESCLEROSIS:

Es un aumento de consistencia de la mucosa, es dura, fibrosa, dificultando por ello su plegamiento.

INFLAMACION:

Proceso caracterizado por los síntomas cardinales de Celso:

Calor, dolor, rubor y Tumor.

TUMOR:

Lesión elevada, circunscrita, no vegetante, ni verrugosa, ni nodular; poco o nada inflamatoria.

Secundarias:**ULCERACION:**

Es la pérdida de sustancia que se produce en forma aguda o sub-aguda, con tendencia a la cicatrización.

ULCERA:

Se denomina a la pérdida de sustancia profunda y crónica que no tiende a cicatrizar.

EROSION:

Las erosiones o abrasiones son pérdidas de sustancia superficiales que no alcanzan a dejar cicatriz.

EXCORIASION:

Es una pérdida de sustancia lineal superficial y traumática.

GRUETA O FIGURA:

Es una pérdida de sustancia de forma lineal. Se produce especialmente en las comisuras labiales.

PERFORACION:

Es una pérdida de sustancia, en forma de ojal. La casi totalidad de las perforaciones de la boca se ven en paladar.

FISTULA:

Se reconoce clínicamente por un orificio elevado o infundibuliforme sobre la superficie de la mucosa, acompañado por un trayecto estrecho que proviene de la profundidad y que está labrado en partes sanas superficiales, para dar salida a secreciones generalmente purulentas.

CAVIDAD:

Es una pérdida de sustancia profunda, o una depresión en hoyuelo de la mucosa.

XEROSTOMIA:

Se denomina así a la sequedad de la mucosa bucal.

LESIONES MAS FRECUENTES EN TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES

PORTADORES DE PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE:

ABRACION:

Es una fricción de la piel o mucosa que puede afectar sólo a las capas externas no vascularizadas o puede penetrar al corion dando lugar a una hemorragia. En último caso, la superficie hemorrágica puede permitir la entrada de los gérmenes infecciosos en los tejidos más profundos y facilitar la retención de detritus, dando lugar a una ulceración de los tejidos.

LACERACION:

Es una lesión causada por un aplastamiento o por una fuerza de expansión que da lugar a una separación de los tejidos.

ULCERA:

Es una lesión que resulta de la destrucción del revestimiento epitelial y de una parte del tejido conjuntivo subyacente.

ESTOMATITIS POR PROTESIS:

Es una intensa inflamación de los tejidos blandos de la boca contiguos a una dentadura móvil.

La estomatitis por prótesis puede ser debida a diferentes factores o la combinación de varios de ellos, como pueden ser:

1.- TRAUMATISMO:

Constituye un factor etiológico frecuente. La holgura de la prótesis, la falta de estabilidad, los movimientos anormales, ocasionan a menudo la reacción inflamatoria de los tejidos subyacentes que la sostienen.

Esta forma de estomatitis puede ser generalizada, pero es más frecuente que la inflamación se presente localizada, destacando así las áreas que están especialmente traumatizadas.

TOXICIDAD:

La estomatitis por causa tóxica resulta de la acción química que ejerce el componente monómero libre de la prótesis de material acrílico sobre los tejidos vecinos, debido al tratamiento de laboratorio insuficiente del material.

Otra variedad de estomatitis por toxicidad se observa en pacientes que han prestado poca atención a la limpieza de la prótesis de manera que la superficie de ésta, en contacto con los tejidos, está cubierta de restos alimenticios. La putrefacción del alimento da como resultado productos químicamente tóxicos.

ALERGIA:

La alergia es observada raras veces y generalmente se confunde con las reacciones tóxicas.

INFECCION:

La mayoría de las reacciones de estomatitis por prótesis, se intensifica por la invasión de microorganismos procedentes de la flora bucal. Los microorganismos pueden ser bacterianos o inespecíficos. Interviene con frecuencia la *Cándida Albicans*.

MAL NUTRICION:

La mal nutrición al igual que la hipovitaminosis predisponen a los tejidos bucales a las reacciones inflamatorias.

MODALIDAD IDEOPATICA:

Existen casos en los cuales la estomatitis por prótesis no tiene causa determinada. Se denomina a éstas afecciones "Estomatitis por prótesis dentaria ideopática".

QUEJAS COMUNES DEL PACIENTE CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

Además del desagrado en relación con la apariencia de la prótesis parcial, las quejas pueden clasificarse en molestias o ineficacia.

Molestias

DOLOR DENTAL:

La causa más frecuente del dolor dental, por el empleo de la prótesis parcial removible, es la oclusión excesiva causada por un descanso oclusal que interfiere con el cierre normal en relación céntrica.

ABRACION Y LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS:

Existen dos tipos fundamentales de úlceras traumáticas producidas por el uso de la prótesis.

Una de ellas es la laceración de la mucuosa causada por presión de un borde de la prótesis. La segunda consiste en la abrición del tejido causada por el ligero movimiento de fricción de la prótesis contra el tejido durante la función.

PROTESIS FLOJA:

La causa más frecuente de esta queja es simplemente un ajuste incorrecto de la prótesis que no se encuentra bien adaptada a la boca.

Ineficacia.

Dentro de la categoría de ineficacia pueden agruparse diversas quejas relacionadas con la incapacidad del paciente para masticar en forma satisfactoria, a pesar de que la prótesis se encuentra rígida en forma razonable y confortable.

DIFICULTAD DE MASTICAR:

El paciente que se queja de que no puede comer por la presencia de la prótesis, suele ser el que ha pasado muchos años sin dientes posteriores.

DIENTES DESAFILADOS:

La causa más común de esta queja es la abrición de los dientes de plástico. El desgaste excesivo de las superficies oclusales con frecuencia se acompaña de disminución de la dimensión vertical que contribuye a la pérdida de eficacia.

DESARMONIA OCLUSAL:

Por lo general, los contactos prematuros, ocurren debido al asentamiento irregular de las bases de la prótesis.

VOLUMEN EXCESIVO:

Si existe la queja de que el volumen es excesivo, después de usar el aparato por un periodo razonable, puede ser necesario reducir el grosor de una porción de la prótesis en las zonas problemáticas, siempre y cuando esto no la debilite en su estructura.

INFLAMACIONES CAUSADAS POR LA PRÓTESIS QUE CON FRECUENCIA NO ORIGINAN QUEJA POR PARTE DEL PACIENTE.

Llagas por prótesis:

Por lo general la mucuosa que se encuentra debajo de la prótesis es roja y lisa. La zona enrojecida se limita precisamente a los bordes de la prótesis. El paciente puede quejarse de una sensación de ardor pero puede suceder con más frecuencia que no se da cuenta de esta inflamación ligera.

Epulis fisurado (hiperplasia inflamatoria).

Esta anomalía se presenta por lo general bajo los bordes anteriores de la prótesis.

El tejido suave en la zona del saco mucuoso se hipertrofia como respuesta a la irritación causada por el borde de la prótesis. La inflamación por lo general es ligera y crónica, y el paciente suele no quejarse hasta que se da cuenta de que existen elongaciones de tejido hipertrofiado que pueden sobreponerse en el borde de la prótesis en la región del vestíbulo.

Hiperplasia papilar del paladar (papilomatosis).

La experiencia clínica demuestra que se encuentra que se encuentra más frecuentemente en las prótesis que tienen una cámara de alivio, y existe una relación entre el uso continuo durante las 24 horas del día.

La lesión consiste en proyecciones papilares múltiples de la mucosa del paladar duro. Por lo general, la inflamación es crónica ligera y el paciente, aun cuando se da cuenta de que la superficie se encuentra rugosa en el paladar, por lo general no se queja de molestia.

CASUISTICA:

La casuística empleada consistió en la examinación de 15 pacientes con problemas en tejidos blandos orales.

Todos ellos portadores de una prótesis parcial removible.

Los pacientes anteriormente mencionados corresponden a ambos sexos en edades comprendidas entre los 27 y 60 años de edad.

Como factores importantes para este examen se tomaron en cuenta los siguientes:

- a) Tiempo de colocación de la prótesis.
- b) tiempo de uso durante el día
- c) Enfermedad general del paciente.
- d) Tipo de lesión encontrada.

METODOLOGIA:

Para la localización de lesiones de tejidos blandos que estan en relación con una prótesis parcial removible, el examen se efectuó visual e individualmente en cada paciente, ayudandonos del sillón dental y lámpara, así como de material de exploración con la finalidad de separar labios, carrillos y lengua para la observación directa de las lesiones existentes.

Del mismo modo, se elaboró una historia clínica, para valorar el estado general del paciente.

Con la finalidad de realizar un diagnóstico certero de las lesiones.

CASO No. I

NOMBRE:

F.P.C.

EDAD:

27 años

SEXO:

masculino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

2 meses

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA

18 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE

Anemia. Alteración nerviosa constante y hábito de desplazar el aparato con la lengua.

TIPO DE LESION ENCONTRADA

Abraciones múltiples sobre proceso y laceraciones profundas en fondo de saco bucales. Además presenta irritación en la punta de la lengua debido a la falta de lisura de la barra lingual.

CASO No. II

NOMBRE: C.A.P.R.
 EDAD: 45 años
 SEXO: femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

5 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA

24 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE

Alteración hormonal por periodo menopáusico y Anemia.

TIPO DE LESION ENCONTRADA

Ulceraciones superficiales en fondo de saco e inflamación
generalizada de la mucosa bucal. Disminución considerable
del flujo salival.

CASO No. III.

NOMBRE: E.A.F.T.
EDAD: 35 años
SEXO: femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

2 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA

18 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE

S.D.P.

TIPO DE LESION ENCONTRADA

Enrojecimiento e inflamación exesivos en papila interdentaria
con ligeras abrasiones localizadas por debajo del gancho
circunferencial del aparato protapesico.

CASO No. IV.

NOMBRE: E.T.I.
EDAD: 40 años
SEXO: femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

2 1/2 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA

18 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE

Alteració hormonal por período menopáusico.

TIPO DE LESION ENCONTRADA

Abrasiones y laceraciones sobre mucosa bucal con enrojecimiento e inflamación de la misma, la cual está en contacto con irregularidades de la superficie de la prótesis.

CASO No. V.

NOMBRE: M.A.S.B.EDAD: 42 añosSEXO: femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

2 años 7 meses

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA

19 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE

Anemia.

TIPO DE LESION ENCONTRADA

Ulceración en fondo de saco labial.

CASO No. VI.

NOMBRE: G.C.O.
EDAD: 46 años
SEXO: Femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

4 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA

24 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE.

Gastritis nerviosa

TIPO DE LESION ENCONTRADA

Inflamación y enrojecimiento de zonas de soporte
con pequeñas laceraciones en mucosa bucal.

CASO No. VIII.

NOMBRE: M.C.F.O.
EDAD: 45 años
SEXO: Femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS:

3 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA:

24 horas

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE

S.D.P.

TIPO DE LESION ENCONTRADA:

Pequeñas abraciones localizadas en la parte bucal del
PROCESO PROVOCADAS POR EL CONTACTO DE BORDES FILSOS
de la prótesis, sobre la mucuosa.

CASO No. IX.

NOMBRE: A.F.G.
EDAD: 53 años
SEXO: Femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

5 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA:

24 horas

ENFERMEDAD GENERAL ACTUAL:

Diabetes (controlada)

TIPO DE LESION ENCONTRADA:

Ulceraciones superficiales en la parte lingual del proceso
CON INFLAMACION Y ENROJECIMIENTO DE LA MUCOSA
por el contacto continuo de la prótesis.

CASO No. X.

NOMBRE: F.C.C.

EDAD: 39 años

SEXO: Masculino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

6 meses

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA

18 horas aproximadamente.

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE:

Anemia.

TIPO DE LESION ENCONTRADA:

Placas elevadas blandas y blancas d sprendibles fácilmente
en piso de la boca, aparentemente por infección moniliásica,
haciendo insoportable el uso de la prótesis.

CASO No. XI.

NOMBRE: P.R.S.
EDAD: 53 años
SEXO: Masculino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

2 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA:

24 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE

Diabetes controlada

TIPO DE LESION ENCONTRADA

Inflamación general de la mucosa bucal con ulceraciones
superficiales múltiples en zonas continuas a la prótesis.

CASO No. XII.

NOMBRE:

J.P.H.

EDAD:

50 años

SEXO:

Masculino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS.

2 meses

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA.

16 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE.

Diabetes controlada (?)

TIPO DE LESION ENCONTRADA.

Inflamación de la mucuosa bucal con pequeñas laceraciones
en las zonas d soporte de la prótesis.

CASO No. XIII.

NOMBRE: L. A. Z. D.
EDAD: 60 años
SEXO: Femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS.

9 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA.

18 horas aproximadamente

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE.

Angina de pecho

TIPO DE LESION ENCONTRADA.

Ulceración exagerada en la punta de la lengua, la cual se encuentra en contacto con la superficie irregular y cortante de la barra palatina del aparato protésico.

CASO No. XIV.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

NOMBRE: M.A.H.P.
EDAD: 45 años
SEXO: Femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

1 año

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA:

sólo para comer. 3 horas aproximadamente.

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE:

Alteración hormonal por período menopáusico.

TIPO DE LESION ENCONTRADA:

Inflamación y enrojecimiento profuso de mucuosa bucal
con abraciones múltiples en zonas de soporte de la prótesis.

CASO No. XV.

NOMBRE: J.O.H.
EDAD: 47 años
SEXO: Femenino

TIEMPO DE COLOCACION DE LA PROTESIS

4 años

TIEMPO DE USO DE LA PROTESIS DURANTE EL DIA:

18 horas aproximadamente.

ENFERMEDAD GENERAL DEL PACIENTE:

Alteración hormonal por período menopáusico.

TIPO DE LESION ENCONTRADA:

Inflamación de la mucuosa bucal y laceración en fondo de saco
relacionado con bordes cortantes de la prótesis.

COMENTARIOS:

Como se puede ver, es alto el número de pacientes que llegan al consultorio dental con lesiones de tejidos blandos bucales.

Esto se debe en gran parte a la apatía de los pacientes para solicitar la atención requerida por la carencia de conocimientos de los problemas básicos odontológicos y en menor grado, a la falta de interés del odontólogo quien está obligado a crear conciencia en cada uno de ellos de la imperiosa necesidad que se tiene de acudir periódicamente al consultorio dental a fin de evitar en lo posible los diferentes tipos de lesiones que se mencionan, concretándose únicamente a colocar el aparato prótesis en cada paciente resolviendo el problema de momento, sin tomar en cuenta las secuelas que presentaran posteriormente.

Por lo tanto, una motivación adecuada del odontólogo hacia el paciente, es indispensable.

CONCLUSIONES:

El objetivo es conocer las causas reales, de las lesiones de tejidos blandos, que estan relacionados con Prótesis Parcial Removible.

En pacientes de todas las edades y ambos sexos.

Asi como el de mejorar y estabilizar la boca primeramente, de tal manera que el complejo inerte (aparato protésico) una unidad funcional estable que garantice un equilibrio verdadero.

Asi podremos determinar en que casos se presentan dichas lesiones y que factores determinan su aparición.

Y asi aportar la manera de evitar o disminuir en gran proporción, las afecciones de tejidos blandos que estan en relación con la prótesis, con el fin de prevenir problemas posteriores que podrían ser de suma gravedad.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aprile Humberto; Anatomía Odontológica Orocervicofacial; Editorial El Ateneo Sta. Edición; 4ta. Reimpresión; 1975
Página 791.
- 2.- Borland Loren R.; Odontología Clínica de Norteamérica; Editorial Mundi, S.A.; Serie VI. Volumen 18; 1964.
Pág. 72,73,110, a 123, 136 y 137.
- 3.- Hollander Lloyd M.; Práctica Dental Moderna; Editorial Labor, S.A.; 1ra. Edición. 1969. Pág. 106 a 110, 116 a 122.
- 4.- Henderson Davis. Steffel Victor L.: P.P.R. según Mc Cra-
cken; Editorial Mundi, S.A.; 1974. Pág. 5.
- 5.- Katz Simon. Mc. Donald James L. Stookey George K.;
Odontología Preventiva en Acción; Editorial Médica pa-
namericana, S.A. 1975. Pag. 142, 143.
- 6.- Miller Ernest L.: Prótesis Parcial Removible; Editorial
Interamericana. 1972, Pág. 3,4,211, 248.
- 7.- Peyton Floyd A. Craig Robert G.; Materiales Dentales Re-
stauradores; Editorial Mundi, S.A.; 2da. Edición 1974.
Pág. 5 a 15.
- 8.- Rodríguez Figuerroa Carlos A.: Parodoncia; Editor:
Francisco Méndez Oteo; 3ra. Edición; 1980. Pág. 94.
- 9.- Weinberg Laurence A.; Atlas de Prótesis Parcial Removible;
Editorial Mundi, S.A.; 1ra. Edición; 1973 Pág. 55,139.
- 10.- Zegarelli, Edward V. Kutscher Austin. Hyman George A.;
Diagnóstico en Patología Oral; Salvat Editores, S.A.;
1974. Pág. 123,124,337,338,403,406,407,475 a 478.