

397
AJP



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**SELECCION DEL PACIENTE IDEAL
PARA UN IMPLANTE DENTAL**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
SALAS GONZALEZ CLAUDIA

ASESOR: C.D.M.F. GABRIEL LORANCA FRAGOSO



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma De México, Alma Mater y a la Facultad de Odontología que me han dado la oportunidad de lograr la Formación Personal y Profesional.

A la C.D M.F Rocío Gloria Fernández López, por el apoyo incondicional, y conocimientos compartidos durante este seminario.

Al C.D M.F Gabriel Loranca F. Por su valioso asesoramiento en este trabajo.

A Todos los que Formarón parte del Fidedigno Apoyo de este trabajo de Investigación.

A mi Familia por el Amor,
A mis amigos por la lealtad,
Y a mis maestros por la enseñanza.

Porque Gracias a estos Valores he aprendido y logrado Gran parte de Mi realización personal.y Profesional.

Índice

Justificación	1
Objetivos	2
Introducción	3
Definición	4
Generalidades	8
Historia Médica	20
Exámen Clínico Bucal	24
Configuración del Proceso alveolar	35
Revisión Radiográfica	39
Modelos de Estudio	40
Fotografías	40
Conclusiones	41
Bibliografía	43

Justificación

Este tema que yo escogí fué principalmente, para conocimiento más profundo del tema de implantes.

ya que a mí me interesaría llevar a cabo este tipo de cirugías, que pueden ser un factor muy importante dentro de la odontología del futuro, puesto que con todos estos avances tenemos la oportunidad de hacer algo más funcional y estético a un paciente con tal pérdida dental, ya sea prostodónticamente, protésicamente, parodontalmente etc.

Por otra parte el enfocarme al tipo de paciente aptos para un implante, creo que es lo básico e importante para saber si realmente servirá un implante o no.

Ya que este tendrá una disciplina ordenada y rigurosa interviniendo también los aspectos médicos, y Nutricionales.

Objetivos

El principal objetivo sería el de saber seleccionar al paciente apto para un implante, puesto que para este tipo de tratamiento, el paciente tiene que ser valorado amplemente en todos los aspectos médicos y principalmente los bucales.

Encontrar en la implantología una nueva alternativa para la reconstrucción bucal de ciertos casos clínicos, que de otra manera no habrían tenido otra solución.

Introducción

Todo paciente que tiene un trastorno sistémico que atenta contra su vida cotidiana normal, restrinja su empeño, limite su actividad social o de alguna manera no le permita funcionar con normalidad en lo fisiológico psicológico, no es candidato para procedimiento electivo como colocación de un implante bucal.

Además se puede clasificar a los pacientes de acuerdo de los antecedentes odontológicos , también son fundamentales en la evolución de los candidatos potenciales. Muchas personas pierden sus dientes por enfermedad periodontal, caries o negligencia de su parte. Si los pacientes no tienen interés o no colaborar lo suficiente como para mantener su dentadura normal, cabe preguntarse si tendrán más interés o serán capaces de mantener los implantes.

También es imprescindible que la cavidad bucal sea lo suficientemente sana como para someterla a la reconstrucción con un implante.(18).

Esta debe ser la última etapa del proceso de restauración , todos los procedimientos periodontales, endodónticos y restauradores de otra índole se deben completar antes.

El odontólogo podrá estimar la disposición del paciente a colaborar y su capacidad para entender que lo que se hace es contribuir a reconstruir la cavidad bucal y su función.

Si esta estimación es satisfactoria, se puede continuar con el plan terapéutico definitivo, Pero si no es satisfactorio, infórmese al paciente que no se cree que habrá de ser buen candidato para una reconstrucción con implante.(17,18)

Definición de Implante.

Denominamos implante en odontoestomatología , al acto quirúrgico consistente en incluir un cuerpo extraño en el tejido óseo del maxilar o mandíbula, para ser utilizado como pilar para la reconstrucción protésica de las piezas perdidas , a fin de restaurar la función masticatoria, estética y fonética.

Ya que el tejido óseo, en los maxilares , no es un sistema estático sino dinámico, en el sentido de transformación biológica, este tejido en maxilares desdentados sufre un proceso constante de reabsorción., por tanto, es preciso conocer el estado del hueso, en el momento de la implantación, si es sano o patológico y en que punto de reabsorción se encuentra, la cual determinará la posible viabilidad del implante.(14).

Generalidades

Antes de la intervención , hay que hacer un estudio exhaustivo del estado del huso y del estado general del paciente, para determinar la indicación o contraindicación del implante.

Se requieren muchos factores para realizar y mantener una reconstrucción exitosa con implantes a largo plazo ., la modalidad de implantes por si misma ha probado su eficacia pero tanto el personal profesional quirúrgico , restaurativo, y de laboratorio tiene que estar entrenado de manera adecuada y con experiencia clínica para obtener éxito en la elección del sistema de implantes. El paciente también debe ser vigilado y seleccionado de manera adecuada, para iniciar toda una reconstrucción con alto grado de éxito.

Básicamente, se revisará al paciente desde una perspectiva dental y médica .(17,15).

Los antecedentes médicos son el aspecto más importante y revelador de la evolución del paciente, ya que con el cuestionario correspondiente a la anamnesis no daremos cuenta del estado de salud del paciente.

Evaluación Dental

Se necesitan varios aspectos de la odontología clínica en esta fase del proceso de evaluación para una revisión adecuada del candidato probable para una reconstrucción con implante.

- Historia dental
- Examen clínico
- Revisión radiográfica
 - a.- Periapical
 - b.- Panorámica
 - c.-Oclusal
 - d,-Lateral de cráneo
 - e.- Tomografía computadorizada
- Modelos de estudio
- Documentación Fotográfica
- Documentación de Datos
 - a.- Historia Médica.
- Historia dental.

La historia dental de un paciente, es un aspecto de extrema importancia en el proceso de selección . Si el paciente es edéntulo total , la habilidad para evaluar los factores etiológicos que contribuyeron a la pérdida dentaria de su dentición es mucho más difícil. La pérdida dentaria ha sido resultado de enfermedad periodontal, caries, trauma, tumores o negligencia por parte del paciente, así como el resultado de negligencia contributiva del practicante anterior. El proceso de toma de decisiones resulta más difícil para el odontólogo debido a la falta de una información diagnóstica adecuada.(2,9).

También la pregunta de si el paciente perdió su dentición natural, como resultado de enfermedad periodontal o por descuido, , o de si repetirá o no su falta de cuidado o mantenimiento pasado y causará la pérdida prematura de los implantes .

Por otra parte , si el paciente es semiedéntulo , es posible hacer una evaluación más exacta del estado de salud total bucal del paciente. Se debe obtener una historia extensa de la pérdida dental semiedentula., se examina al paciente respecto a una reconstrucción total en rehabilitación de implantes prostodóntico- periodónticos.(9).

Todos los problemas de tratamientos y procedimientos endodónticos ,periodonticos, exodóntico quirúrgicos, y operatorios deben completarse antes de la colocación del implante.

Si el paciente se presenta con una historia dental y un medio bucal tenue , deberán realizarse todos los procedimientos preliminares, instituir un período de transición y colocar al paciente en un programa de higiene bucal. Teniendo que seguir al paciente por un lapso de 6 a 12 meses en observación.

Si este tiempo transicional demuestra un resultado favorable, proceda con un extenso plan de tratamiento y reconstrucción.

Si por otro lado, es evidente una respuesta o resultado negativo, el individuo quizá no sea un candidato adecuado para una reconstrucción con implantes sofisticados, por lo tanto, considérese para métodos alternativos de tratamiento.(18,17)

Historia clínica

Nombre					Fecha	Dirección	
Apellido paterno		Apellido materno			Nombres		Dirección
Calle	Número	Colonia	Ciudad	Estado	Código postal	Tel. del domicilio	Tel. de la oficina
Fecha de nacimiento			Sexo	Estatura	Peso	Ocupación	
No Seguro Social		Soltero		Casado		Nombre de esposa(s)	
Parente más cercano					Número telefónico		
Si usted está llenando esta forma para otra persona, ¿cuál es su relación con ella?							

Enviado por

En las siguientes preguntas, encierre en un círculo sí o no, según corresponda. Sus respuestas únicamente son para nuestros registros y se considerarán confidenciales.

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 1 | ¿Se encuentra en buen estado de salud? | Sí | No |
| 2 | ¿Ha habido algún cambio en su salud general en el año pasado? | Sí | No |
| 3 | Su último examen físico fue en | | |
| 4 | ¿Está bajo el cuidado de algún médico? | Sí | No |
| | a. De ser así, ¿de qué se está tratando? | | |
| 5 | El nombre y domicilio de su médico es | | |
| 6 | ¿Le han efectuado alguna operación o padecido enfermedad grave? | Sí | No |
| 7 | ¿Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave en los últimos cinco años? | Sí | No |
| | a. De ser así, ¿cuál fue el problema? | | |
| 8 | ¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades o problemas siguientes? | | |
| | a. Daño en las válvulas cardíacas o válvulas cardíacas artificiales | Sí | No |
| | b. Lesiones cardíacas congénitas | Sí | No |
| | c. Enfermedades cardiovasculares (problemas cardíacos, ataques cardíacos, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, apoplejía) | Sí | No |
| | 1) ¿Siente dolor en el pecho cuando se agita? | Sí | No |
| | 2) ¿Le falta la respiración después de realizar un ejercicio moderado? | Sí | No |
| | 3) ¿Se le inflaman los tobillos? | Sí | No |
| | 4) ¿Le falta el aire cuando está acostado, o necesita más almohadas para dormir? | Sí | No |
| | 5) ¿Tiene marcapasos? | Sí | No |
| | d. Alergias | Sí | No |
| | e. Problemas sinusales | Sí | No |
| | f. Asma o fiebre de heno | Sí | No |
| | g. Urticaria o erupciones cutáneas | Sí | No |
| | h. Desmayos o ataques | Sí | No |
| | i. Diabetes | Sí | No |
| | 1) ¿Tiene ud. que orinar más de seis veces al día? | Sí | No |
| | 2) ¿Tiene ud. sed la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| | 3) ¿Se le seca frecuentemente la boca? | Sí | No |
| | j. Hepatitis, ictericia o enfermedades hepáticas | Sí | No |
| | k. Artritis | Sí | No |
| | l. Reumatismo inflamatorio (articulaciones inflamadas dolorosas) | Sí | No |
| | m. Ulceras estomacales | Sí | No |
| | n. Problemas de riñón | Sí | No |
| | o. Tuberculosis | Sí | No |
| | p. ¿Tiene tos persistente o tose sangre? | Sí | No |
| | q. Baja presión arterial | Sí | No |
| | r. Enfermedades venéreas | Sí | No |
| 5 | Otras | Sí | No |

9. ¿Ha padecido sangrados anormales relacionados con extracciones previas, cirugía o traumatismos? SI No
 a. ¿Le salen moretones (equimosis) con facilidad? SI No
 b. ¿Ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea? SI No
 De ser así, explique las circunstancias
-
10. ¿Padece algún trastorno sanguíneo como la anemia? SI No
 11. ¿Le han practicado alguna cirugía o tratamiento de radiaciones para algún tumor, crecimiento, u otra alteración en su cabeza y cuello? SI No
 12. ¿Está tomando alguna droga o medicamento? SI No
 Si es así, ¿cuál?
-
13. ¿Está ud. tomando algo de lo siguiente:?
 a. Antibióticos o sulfas SI No
 b. Anticoagulantes (adelgazadores de la sangre) SI No
 c. Medicamentos para presión arterial alta SI No
 d. Cortisona (esteroides) SI No
 e. Tranquilizantes SI No
 f. Antihistamínicos SI No
 g. Aspirina SI No
 h. Insulina, tolbutamida (Orinasal) o drogas similares SI No
 i. Digitálicos o fármacos para problemas cardíacos SI No
 j. Nitroglicerina SI No
 k. Anticonceptivos orales u otras hormonas para terapéutica SI No
 l. Otros
-
14. ¿Es ud. alérgico o ha reaccionado de manera adversa a:
 a. Anestésicos locales SI No
 b. Penicilina u otros antibióticos SI No
 c. Sulfas SI No
 d. Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir SI No
 e. Aspirina SI No
 f. Yodo SI No
 g. Codeína u otros narcóticos? SI No
 h. Otros
-
15. ¿Ha tenido ud. un problema grave vinculado con cualquier tratamiento dental previo? SI No
 Si es así, explique cuál
-

16. ¿Tiene ud. alguna enfermedad, condición o problema no mencionarlo en la parte superior que crea que yo deba conocer? SI No
 Si es así, explique cuál

17. ¿Trabaja ud. en algún lugar en donde esté expuesto a rayos X u otra radiación ionizante? SI No

18. ¿Usa lentes de contacto? SI No

MUJERES

19. ¿Está ud. embarazada? SI No

20. ¿Tiene algún problema con su periodo menstrual? SI No

21. ¿Está ud. amamantando? SI No

PRINCIPAL PROBLEMA DENTAL

.....
 Firma del paciente

.....
 Firma del dentista

Historia Médica

Para poder Evaluar al tipo de pacientes aptos para un implante tenemos que valorar el estado médico del paciente, por lo que mencionaremos brevemente algunas alteraciones sistémicas que más nos interfieren para nuestra valoración de un candidato ideal para un implante.(18).

Los sistemas a tratar son:

Cardiovascular

Respiratorio

Gastrointestinal

Excretorio

Nervioso

Endócrino

Vascular

Así como también se valorarán algunas alteraciones nutricionales específicas, por deficiencia que intervienen en la colocación de un implante.(18).

Sistema cardiaco. Aquellos individuos que tienen una historia pasada de enfermedad cardiaca, angina, infarto al miocardio, o arritmias, están sujetos a episodios recurrentes cuando se les coloca en una situación de tensión. Incluso la colocación de un solo implante puede crear la tensión superficial para iniciar una alteración de la función cardiovascular.(5,7).

Este tipo de pacientes están totalmente fuera de un diagnóstico de elección para el ideal a un implante dental, ya que estos, están controlados con medicamentos que interfieren en la coagulación de la sangre, dando como resultado una mala cicatrización

El aspecto más importante de las anomalías cardiovasculares que conciernen al cirujano oral, es la posibilidad de producir endocarditis bacterianas subagudas, predisponiendo a que las bacterias proliferen en la zona implantada, por lo que también es un factor negativo, para este tipo de implantes.

También es de considerarse la injección de diuréticos, ya que estos también pueden afectar nuestro plan de tratamiento.

Puesto que este tipo de medicamentos reduce el nivel plasmático, dando como resultado también una mala coagulación y así la falta de cicatrización.(5,7,19)

Sistema respiratorio. Algunas enfermedades del sistema respiratorio interfieren con la capacidad de funcionar en las actividades diarias, como son caminar largos tramos, sin descanso, recoger algún objeto pesado etc.

Esto nos es importante ya que el organismo tiene que estar lo más saludable posible para que se pueda realizar un implante, pero con estos datos nos podemos dar cuenta que estos individuos cambian su fisiología normal del organismo y así encontramos que la bronquitis crónica, embolia pulmonar, enfisema y tumores pulmonares

son enfermedades respiratorias que quedan totalmente descartadas ya que estos pacientes normalmente se les da en Tx con corticoesteroides, los cuales nos interfieren a nosotros, por el hecho de que estos producen una inmunodepresión del sistema, llevando con esto a una posible infección , la cual tendrá que ser muy bien vigilada.(5,7,19).

Sistema nervioso.

Las alteraciones neuronales pueden influir mucho para la no colocación de los implantes, ya que por ejemplo, los epilépticos están sujetos a alteraciones convulsivas, seguidas por estados de inconciencia. Las fuerzas que ejercen durante sus ataques pueden ser traumáticas para los posibles implantes, además muchos de estos pacientes se tratan con fenitoina sódica (Dilantin), un anticonvulsivo.

Uno de los efectos de la fenitoina sódica es la hipertrófia gingival, dando como resultado una emigración de la mucosa gingival , así como problemas parodontales. Dándonos como resultado una mala elección de paciente ya que estos tienden a tener mayor predisposición a las infecciones bacterianas y a un estado de salud bucal muy deficiente y no apto para la colocación de un implante.(19,20).

Sistema Endócrino

Uno de los problemas endócrinos importantes para valorar es la Diabetes, este tipo de enfermedad, es ocasionada por el páncreas, el cual por medio de los islotes de Langerhans secretan insulina, pero este tipo de individuos tienen la incapacidad de metabolizar carbohidratos en su organismo, por lo que están propensos a enfermedades periodontales, teniendo una disminución de la resistencia local y general a la infección.

La selección de un individuo diabético para recibir implantes debe ser no considerado como apto al implante, ya que su estado de cicatrización es deficiente, y por lo tanto una infección cebra, y así hasta ocasionar la muerte al paciente.

Sistema Vascular

Dentro de este tema trataremos las enfermedades de la sangre.

Al paciente con anemia se le debe tratar con cuidado, porque un procedimiento quirúrgico electivo puede causar una disminución repentina en el recuento sanguíneo. Un aumento marcado de leucocitos e hiperplasia de los tejidos que forman las células blancas sanguíneas se denominan leucemia. Cualquier tipo de leucemia ayuda está contraindicada en los implantes dentales.

La hemorragia continua con estomatitis ulcerativa hallándose frecuentemente en las leucemias. (19,20).

La hemofilia se encuentra sólo en hombres, y se caracteriza por una deficiencia del factor plasmático VIII. Estos pacientes tienen hemorragia prolongada, luego del traumatismo, más ligero o procedimiento quirúrgico. Por lo regular, a estos pacientes no se les considera para implantes dentales a menos que se instituya también un tratamiento profiláctico adecuado. Esto es en cuanto a la anemia.

La categoría de entidades patológicas conocidas como púrpura se caracteriza por hemorragia en la piel y membranas mucosas. Estos pacientes experimentan hemorragia prolongada o espontánea y no se le puede considerar para implantes dentales.

Se utiliza un grupo de fármacos, anticoagulantes, para "diluir la sangre". La heparina, administrada sólo por vía intravenosa, causa un aumento en el tiempo de coagulación.

El coumarin prolonga el tiempo de protombrina y es posible administrarlo por vía oral así como intravenosa, estos dos fármacos causan hemorragia, y los pacientes que los toman son malos candidatos para implantes.

Si es posible regular la dosis a nivel más normal para una seguridad intraoperativa y posoperativa, quizá sean candidatos aceptables, esto es recomendable para que la consulta y el trabajo con el médico sean satisfactorios. (19,20)

Sistema Gastrointestinal.

El cirujano se encuentra a menudo en la necesidad de tratar de considerar como un problema o como un riesgo al trabajar quirúrgicamente a un paciente con problemas de hígado.

Las dos consideraciones más importantes de las enfermedades hepáticas son: sus efectos sobre la hemostasia y las repercusiones del empleo de la anestesia general, especialmente de los barbitúricos.

Para esto es preciso saber el grado de hemostasia, y lo logramos saber, si nos valemos del criterio de un examen de laboratorio: "El tiempo de protombina"

La intervención que se realice un paciente con un tiempo de protombina bajo (2,5a 3 veces el tiempo normal) debe limitarse al menor número de dientes posibles o las reducciones de las zonas a implantar.

Cuando la gravedad de la lesión hepática sea tal que el tiempo de protombina alcanza tres veces el mayor valor de lo normal, y están alterados otros factores , la importancia que puede tener la intervención en la boca, pasa a un segundo plano ante la posibilidad de presentación de hemorragias espontáneas cerebrales o de otra región.(20).

La única contra indicación que se valora en un paciente con úlcera, es el de administrar corticoesteroides que se emplean de ordinario para disminuir el edema postoperatorio. Estos medicamentos administrados a este tipo de pacientes pueden producirle una perforación de la úlcera e incluso una peritonitis.(19).

Por eso es importante que este tipo de pacientes tengan una buena alimentación y tratar de sustituir los corticoesteroides, por otro tipo de anti-inflamatorios, de estas enfermedades y buscan tratamiento. En general, esta categoría de pacientes es un grupo malo para la restauración con implantes, debido a que está dañado su mecanismo fisiológicos de cicatrización.(20).

Aspecto Nutricional.

Evaluación Nutricional de los individuos posoperatortrios Para un implante dental. El estado nutricional de los individuos se evalúa inicialmente por medio de la exploración, la medición y el interrogatorio; ya que eta es una manera de selección para identificar a las personas que deben evaluarse, con pruebas más amplias que puedan determinar si se beneficiará con alguna terapéutica nutricional o de otro tipo.(19).

A medida que aumenta la edad, independientemente de la presencia de enfermedad o de deficiencia en la dieta, hay una pérdida progresiva de la masa corporal magra, que llega hasta alrededor de 10 kg en los varones y 5 kg en las mujeres

Esto explica la disminución del peso corporal total de la masa y la altura esquelética y el aumento de grasa corporal media. Estos cambios, junto con la reducción de la actividad física, llevan a un descenso en las necesidades energéticas y protéicas en comparación con la de los jóvenes. En los pacientes con enfermedades crónicas los estados de malabsorción de las vitaminas liposolubles, y vitamina B12, Ca y Fe son muy frecuentes teniendo como resultado también una mala interacción de los fármacos con los nutrientes, por lo que tomaremos esto en cuenta para nuestro posible candidato a implantes dentales.(20).

Los déficit nutritivos pueden alterar el metabolismo de los fármacos, así como las deficiencias energéticas y protéicas, reduciendo los niveles tisulares de enzimas y modifican la respuesta al fármaco, disminuyendo su absorción y provocando alteraciones hepáticas. La respuesta a los fármacos puede resultar afectada por alteraciones de la absorción debida a los cambios en el tracto genito urinario y por alteraciones de la función hepática.

La deficiencia de minerales como Ca, Mg y Cinc altera el metabolismo de los fármacos.

La depleción de K por el uso de diuréticos, especialmente liazidas, y colicoides aumenta el riesgo de arritmias cardíacas inducidas por la digital.(19,20)

El alcohol etílico y los anticonceptivos orales inhiben la absorción de ácido fólico.La mayoría de los pacientes que toman fenitoina, fenobarbital, primidona o fenotiazina durante periodos prolongados como tratamiento anticonvulsionante presentan niveles bajos en los hematies, y en ocasiones, anemia megalobástica, probablemente por acción sobre las enzimas micrósomicas hepáticas que metabolizan los farmacos .

La administración de ácido fólico interfiere en la acción anticonvulsionante, pero se pueden aumentar los niveles de folato sin que se produzca este efecto por medio de la administración regular de suplementos de levadura.

Estos puntos son importantes ya que cada individuo deberá ser valorado según su peso y su edad para que este tipo de trastornos no nos interfieran en nuestra elección .

Por otra parte se mencionarán algunas deficiencias de ciertas vitaminas que pueden ocasionar alteraciones bucales importantes para nuestro diagnóstico definitivo para la elección del individuo apto para nuestro propósito , el implante dental.

Deficiencia de Vitamina A. Xerosis dérmica y de conjuntiva , así como hiperqueratosis folicular.

Deficiencia de Riboflavina. Estomatitis angular, lengua purpúrea, atrofia de las papilas de la lengua, seborrea nasolabial, inflamación de los ángulos de los párpados, vascularización corneal.

Deficiencia de Niacina. Dermatitis, lengua escarlada o rojo vivo , fisura o atrofia de las papilas de la lengua. (19,20)

Deficiencia del Acido Ascorbico. Encías esponjosas y sangrantes ,petequias, equimosis, hematómas intramusculares.

Deficiencia de Hierro. Palidez de membranas mucosas y atrofia de papilas linguales. (19,20).

Examen clínico Bucal.

Habrá que realizar un exámen minucioso con respecto a la historia clínica dental ya que la evolución se realizará en una forma ordenada y precisa con las bases de rutina.

Se evalúan los tejidos duros y blandos para ver calidad y cantidad, se valoran las radiografías junto con esta preparación del estudio para asegurar la ausencia de patología ósea.(17).

También se verifica por medio de las radiografías la cicatrización completa de los defectos posteriores a la extracción o fantasmas, así como un buen patrón de trabeculado.(8).

Por otra parte tendremos que notar si hay presencia de torus , relacionados en especial en la construcción protésica probable, para planear un tratamiento para su eliminación.(11).

Los tejidos blandos tienen que ser evaluados, en especial en el área del implante, para observar frenillos desfavorables o inserciones musculares, presencia de enfermedad . así como si no hay suficiente calidad o cantidad de tejido queratinizado.

Estos conceptos son benéficos para el odontólogo ya que puede considerar el número de procedimientos quirúrgicos a que tiene que someterse el paciente y más aún ,porque el dentista conoce la localización exacta del implante en ese momento, así evita mal calculo cuando se localiza el injerto antes de la colocación del implante. (4,14).

Se tiene que evaluar de manera exacta las relaciones maxilares, en especial cuando están presentes formas graves de anormalidades clase II o clase III.

Quizá se requiera ortodoncia interceptiva o una corrección quirúrgica combinada ortodoncia-ortognática antes de la reconstrucción, con implante. (14,18).

Se debe valorar la totalidad del número y salud de la dentición antagonista y adyacente., se debe desarrollar la determinación de un pronóstico favorable a largo plazo para estas unidades dentales. En muchos casos, encontramos que un órgano dental con un pronóstico reservado pone en peligro la supervivencia total de una rehabilitación extensa por lo tanto, con frecuencia estos dientes estan comprometidos para la extracción ,también se deben apreciar los movimientos mandibulares en todas direcciones lateral, protusiva y vertical, antes del inicio de cualquier tratamiento. La restricción del movimiento quizá dañe los procedimientos quirúrgicos y protésicos, así como la reconstrucción final.

Hay que diagnosticar los hábitos para funcionales y tratarlos siempre que sea posible, así mismo desarrollar un plan de tratamiento con estos factores en mente. Se deberán evaluar los contactos oclusales, patologías y corregirlos antes de las modalidades finales del tratamiento. (10)

Cada aspecto de el exámen bucal dental clínico tiene su lugar en el desarrollo de un diagnóstico y un plan de tratamiento subsecuente definitivo. Sólo con todos estos factores en mente es posible realizar un pronóstico favorable a largo plazo para la reconstrucción con implante. (15).

Para poder evaluar el estado intra bucal de un paciente para implante tendrá que valorarse. La anatomía ósea local , evaluación y clasificación del volúmen óseo, y estado de salud de los dientes adyacentes y antagonistas, patologías intra óseas y mucosa.

Se tiene que utilizar la inspección y la palpación para identificar anomalías anatómicas , como socavados o partes delgadas en la superficie labial y rebordes alveolares residuales, ya que la experiencia muestra que deben de ser por lo menos 7mm de altura ósea en la parte anterior de la mandíbula o maxilar y por lo menos 10 mm. arriba del conducto mandibular en la parte posterior de la mandíbula. (11,12).

El ancho óseo mínimo debe ser por lo menos de 6mm, todo esto nos sirve para poder seleccionar al paciente , y así el implante adecuado.(2,11).

Por otra parte debe haber por lo menos 7mm de espacio entre los dientes adyacentes , así como se tiene que determinar de manera preoperatoria el manejo de los dientes antagonistas sobrerupcionados, así como la erradicación de las lesiones óseas patológicas o de tejidos blandos importantes , y tratar los dientes adyacentes con enfermedad periodontal (11,12)

La disponibilidad del paciente para los implantes también se determina por una buena higiene bucal demostrada.(9).

Configuración del proceso alveolar maxilar.

El proceso alveolar se presenta como zonas especializadas en el maxilar superior y mandíbula., su función principal es la de soporte de los dientes naturales. Constan de una tabla externa y una tabla interna de hueso compacto ,unidas por hueso esponjoso en el que se localizan los dientes.

Los procesos alveolares crecen por aposición de hueso en las superficies externas y bordes libres y en el fondo de cada alvéolo dentario., este de dicha oposición .

A medida que las raíces de los dientes en desarrollo se alarga, el diente erupciona hacia el espacio maxilomandibular.(13,11,12)

El crecimiento alveolar del maxilar superior y la mandíbula depende así mismo del crecimiento de los cóndilos mandibulares.

El proceso alveolar maxilar proporciona un mínimo espacio para las raíces de los dientes. Por esta razón, las raíces de los incisivos , y particularmente la de los caninos, protuyen en la cara maxilar anterior de la cresta alveolar.

Estas protusiones van desapareciendo en dirección occipital, y apenas pueden notarse a partir de la cresta infracigomática .

La cresta infracigomática separa la porción anterior del cuerpo maxilar de la fase infratemporal. Esta cresta es evidente a la palpación en vivo. Se origina en el proceso cigomático del maxilar superior y se aproxima a la región de los primeros molares a la pared alveolar vestibular.(13,11,12)

La cresta infracigomática constituye el pilar del soporte más importante a la hora de desviar las fuerzas masticatorias de los dientes maxilares.

El proceso alveolar del maxilar termina por detrás del último molar en el tubérculo retromolar, el cual limita por delante

la fisura pterigomaxilar. sufre cambios interesantes a lo largo de la vida y también puede variar de forma considerable de un individuo a otro .

Hasta la edad de 7 años , el tubérculo aparece solo de forma rudimentaria, los canales alveolares por los cuales pasan los nervios alveolares posterosuperiores aparecen simplemente como surcos alveolares.(2,11).

Solo a partir de 20 años de edad aparece el tubérculo retromolar totalmente diferenciado., los forámenes alveolares sirven de puerta de entrada a los canales alveolares.

A partir de los 50 años de edad el tubérculo retromolar involuciona progresivamente y los canales alveolares se abren de nuevo en los surcos alveolares(13,12).

Resulta así evidente que el tubérculo retromolar no es un sitio adecuado para la colocación de un implante.

Estructura de la pared alveolar.(12)

Los septums interdientales tienen un grosor de 0.7 -1.4mm y, al igual que otras zonas de la pared alveolar, están constituidas por hueso compacto y esponjoso. El hueso compacto, de un espesor entre 100 y 800 micrómetros, no es comparable con el resto del esqueleto, debido a la presencia de haces de fibras cementoalveolares irradiándose en el interior.(11)

El ligamento periodontal de los dientes, que les proporciona la suspensión resiliente, transmite las cargas al hueso esponjoso adyacente a las raíces de tal manera que las trabéculas óseas adquieren una orientación de una determinada trayectoria. Debido a la cresta infratemporal desviando la precisión masticatoria de los dientes maxilares, la orientación en trayectoria de las trabéculas óseas esponjosas es más pronunciada en la región del primer molar.

Las trabéculas verticorradales se originan en el hueso compacto cerca del ápice de la raíz , y divergen en abanico hasta insertarse en el hueso compacto de la pared del seno maxilar o suelo nasal.

Muy probablemente estas trabéculas orientadas verticorradialmente son reflejo de las respuestas del hueso a las cargas de empuje y descargas de la masticación. Se deben distinguir las trabéculas óseas orientadas horizontorradialmente y que aparecen en los septums interdentes interradiculares, de las trabéculas verticorradales.(1,2,11)

Los primeros aparecen más claramente diferenciadas en las regiones de premolares y molares, y probablemente cumplen dos funciones.

Por un lado contrarrestan las fuerzas de tracción ejercidas sobre el periodonto, y por otra parte pueden ser consecuencia de la carga diferencial originada por el pequeño movimiento rotacional, concebible teóricamente de un diente alrededor de su eje longitudinal, pero si existiese , influiría también sobre la configuración de las trabéculas interdentes, a través de la tracción de las fibras cementoalveolares.(11).

Las relaciones espaciales que existen entre las trabéculas de hueso medular de la pared alveolar son prácticamente las mismas del maxilar, excepto en que el modelo verticorradia peridentario es más constante . Esto puede explicarse debido a la ausencia de un contrafuerte desarrollo en la cresta infratemporal del maxilar, que dispersa las fuerzas de masticación(13)

Cambios de forma , relacionados con la edad.

La presión causada por una prótesis no bien adaptada puede contribuir o incluso desencadenar la desaparición del hueso compacto del lado lingual de la mandíbula. Por otra parte la atrofia del proceso alveolar mandibular, que se establece con la edad o por la pérdida dentaria ,conduce a una alteración del ángulo mandibular pareciéndose al de la niñez , pudiéndose aumentar más, como es de 160 grados.

Esta alteración del ángulo, que acompaña la atrofia, afecta también al trigono retromolar, no pudiendo ser utilizado como localización implantaria en el hueso atrofiado con la edad.

Por esto es necesario que el hueso residual se evalúe ,en un sentido horizontal y vertical., es necesaria la palpación del reborde edéntulo para obtener una impresión tridimensional inicial de la estructura ósea residual y la orientación de las láminas bucal lingual , bajo la mucosa.

No importa que tan cuidadosamente se midan las dimensiones óseas, se deberá valorar al paciente por la posibilidad de descubrir una anatomía ósea inadecuada al momento de la cirugía que contra indique la colocación de los implantes.(11,12,2,5)

Al seleccionar , el tamaño del implante, se debe asegurar de que cumplan los parámetros dimensionales mínimos para evitar ,complicaciones serias. El ancho del reborde tiene que acomodarse conforme al implante con 1.0mm de exceso de hueso, que puede ir por arriba del reborde, en la parte media y por abajo de la misma, en el lado lingual y 1.0mm del lado bucolabial.(14,15)

La altura vertical del reborde debe proporcionar un excedente de 1 a 2 mm. de hueso más alla de la base del implante.

También se considerará un margen de 1.2mm de seguridad a partir del piso del seno maxilar, conducto mandibular y otras estructuras adyacentes.(15)

Durante la fase de planeamiento quirúrgico, es crítico establecer la existencia del espacio vertical adecuado entre la cresta del reborde residual y la superficie oclusal de la dentición antagonista.

Como regla general, se requiere un mínimo de 8mm de altura vertical.

En concreto debemos considerar , importante (3)

La disposición ósea

La estructura ósea

Todo esto para una buena elección de tipo de hueso del paciente ideal para un implante dental.

Es entonces importante conocer la localización favorable anatómicamente para la colocación del mismo.

Favorable

Mandíbula anterior (entre los dos forámenes mentonianos)

Región mandibular cerca de los dientes posteriores y tan hacia adelante como marque la dentición natural existente.(si los implantes se van a colocar después de varios años de pérdida dentaria total, entonces la región mandibular posterior ya no suele ser un sitio adecuado.)

Condicionamente favorable. Región maxilar hasta los segundos premolares.

Desfavorable. Región posterior de maxilar, incluyendo el tubérculo retromolar maxilar.(15,11,12,13)

Acontinuación, el punto a tratar sería el de la higiene bucal, ya que la limpieza de la cavidad oral es uno de los factores de éxito de nuestro implante, ya que si este, no es considerado como uno de los aspectos indispensables, el fracaso del implante será inminente.

Para prevenir otro tipo de alteraciones, será el de percatarnos de si hay olores bucales o no, ya que esto también nos da una idea de como el paciente cuida de su persona, y en especial en su boca.

Al realizar un buen método de exploración en cavidad oral, lo primero que el cirujano debe considerar , es como ya se menciona anteriormente un buen examen bucal, disponiendo de una buena fuente de luz , para poder examinar bien las zonas anatómicas, por lo que se le pide al paciente que se retiren las prótesis, si es que las usa.(9)

Enseguida se exploran las caras y los cuellos de los dientes adyacentes y antagonistas, dándonos cuenta si hay alguna alteración, que nos sea a nosotros un punto importante de valorar para saber si se encuentra en buen estado o con alguna alteración de la mucosa o de los tejido de sostén

como son el paradonto, siendo este el más importante para la selección de los posibles implantes.(9)

Se observarán también los labios y las mucosas bucales en sus partes blandas y duras , pudiendo observar con ello alteraciones como por ejemplo. En los labios podremos observar si se localizan neoplasias, queilitis angular, irritación por hábito de mordisqueo y quistes mucosos.

En la mucosa la observación general, será del color y la textura superficial, con esto nos podrá indicar si hay pigmentaciones patológicas, entemas de color rojo azulado asociada con la deficiencia de vitamina B, así como las ocasionadas por el mordisqueo del carrillo , enjuagatorios irritantes, drogas de aplicación tópica, así como dentaduras y retenedores mal adaptados , provocando con esto úlceras dolorosas.(9).

En el piso de boca se observa si no hay neoplásias o aftas, así como dolor en la ránula , también se tiene que revisar si no existen torus linguales , ya que estos nos interferirían para la colocación de una prótesis lingual.(9).

La lengua se examinará para detectar alteraciones del color , tamaño y naturaleza de las papilas. llevando con esto a la observación de que no exista leucoplasias, liquen , eritemas multiformes, pénfigo, y anemia perniciosa,

todo esto es un impedimento para la colocación de un implante, dando como resultado una nula aprobación para un buen candidato al mismo.

En el paladar se observará si no existen leucoplasias " Paladar de Fumador" con orificios destacados de las glándulas mucosas, neoplasias y exostosis.(9,15).

Por otra parte retomaremos el análisis del aspecto dental y parodontal. Examinando procesos cariosos en sus diferentes clases dándonos cuenta con esto de que tipo de caries presenta el individuo ,pudiendo así valorar el grado de éxito o no del posible implante. También se valorarán las malformaciones de desarrollo, , desgastes , hipersensibilidad y las relaciones de contactos proximales.(15).

Es importante valorar los desgastes, ya que estos nos darán una visión de que pueda haber problemas para el mantenimiento del posible implante dentro de la boca de estos pacientes , ya que estos necesitan de una estabilidad adecuada, y sin ejercer cierta presión durante algunos meses para que este tenga una buena adaptación ósea.(11).

Por lo que definimos al desgaste como toda pérdida gradual de la sustancia dental que se caracteriza por formación de superficies pulidas lisas, sin tomar en consideración los mecanismos posibles de esta pérdida.(9).

La hipersensibilidad también es un punto para tomar interés en la evaluación ya que esta se presenta , principalmente por la exposición de la recesión gingival de los dientes, considerando uno de los factores , el problema parodontal o un mal hábito de cepillado. Con todo esto podemos valorar el grado de movilidad de los dientes.

Los dientes tienen un pequeño grado de movilidad fisiológica. Esto varía en los diferentes dientes (Es mayor en los dientes incisivos centrales y laterales) y en diferentes horas del día.(9).

Es mayor al levantarse y va decreciendo progresivamente, este aumento de movilidad en las mañanas es atribuida a la estrucción leve de los dientes a causa del poco contacto oclusal durante el sueño.

La movilidad dental que sobre pasa los límites fisiológicos aumenta en la enfermedad periodontal, como resultado de la pérdida de tejido de soporte. llevando con esto a que si en un individuo con problema parodontal y es un candidato para implante, primero se tendrá que valorar el grado de problema y tratar de llevar un tratamiento riguroso, o por lo menos tenerlo o mantenerlo en un buen estado para la colocación de un implante.(9,18).

Para poder evaluar esto, es necesario primero ver el tipo de encía, para lo cual se tiene antes que hacer una observación. Para poder observarla, es preciso secar la zona, ya que el reflejo de la luz sobre la encía húmeda puede enmascarar detalles..

Además del examen visual y la exploración con instrumentos, hay que hacer la palpación delicada para descubrir alteraciones en la resiliencia normal, así como para localizar zonas de formación de pus. Hay que considerar cada una de las siguientes características . Color Tamaño, Consistencia y Textura Superficial.(9).

La única forma de saber si se encuentra una enfermedad paradontal, se tendrá que introducir una sonda, la cual nos dará el límite de la lesión, así como el tamaño de la misma. Todo esto nos es importante ya que si nosotros consideramos a un individuo apto para un implante, es preciso que este tipo de alteraciones sean tratadas con anterioridad. Por que si esto no es resuelto, el paciente no es apto para un implante dental.(9,15).

Revisión Radiográfica

Objetivos de la exploración radiográfica .

Este debe ofrecer de forma atraumática un documento anatómico que permita las evaluaciones pre, y postoperatorias necesarias en la realización de un estudio para un implante.

También se debe informar sobre la morfología volumétrica de la zona que será valorada para el implante, la estructura del hueso esponjoso, la densidad de los componentes periodontales y el estado de las corticales, así como la toma de medidas necesarias del hueso (altura, espesor del hueso disponible).

Permite localizar con precisión las estructuras vecinas críticas; senos maxilares, fosas nasales, canal dentario inferior, etc. Estos elementos anatómicos son indispensables para delimitar mejor volumen óseo residual.(8,17).

Técnicas intraorales

Radiografías Periapicales. Este tipo de radiografías, solo nos ayudarán como un método limitado de imagen, ya que solo nos revelará la longitud y altura del hueso disponible en secciones pequeñas, por lo que se indican durante la planeación del tratamiento de un solo diente a implantar, pero en edéntulos es aún más limitada, ya que para esto se tendrán que valorar sitios más detallados, esto con respecto al hueso.(8,17).

Radiografías Oclusales. Sólo resultan útiles en la implantología las radiografías ortocclusales en las que el rayo, al ser perpendicular al plano de mordida, aporta la tercera dimensión horizontal, complementando la exploración bidimensional frontal, especialmente en la mandíbula.

En sentido vestibulolingual, el espesor del cuerpo mandibular varía, siendo menor a nivel de la cresta alveolar y del reborde basilar y mayor en la parte media del hueso ,por lo que si usamos la técnica de radiografía oclusal, solo es visible y mensurable la parte más ancha del cuerpo mandibular, pero no podemos determinar a qué nivel del propio hueso en sentido vertical, corresponde tal ensanchamiento.

Cefalometria Lateral.

La cefalometria lateral , se usa como una proyección tomográfica del cráneo, así como la selección del circuito sagital de la región del maxilar y la mandibula, así como de otras estructuras, los rangos de la amplificación es de 6% a 15% obteniendo una representación más exacta que una radiografía panorámica, en la altura vertical, en lo ancho y en la angulación del hueso.

En suma, una proyección lateral de cráneo , puede ayudar a evaluar una pérdida de dimensión vertical ,así como la relación del hueso, posición del diente anterior en la prótesis y las fuerzas en aumento como resultante.(8,17).

Radiografía Panorámica.

Este tipo de radiografía tiene como producto una sola imagen , en el maxilar y la mandíbula, así como las zonas de soporte en un plano frontal.

Las radiografías panorámicas son muy utilizadas, para los elementos de diagnostico en la implantología , ya que hay varias ventajas del panorama de las imágenes.

1.-Evaluación bien descrita en la imagen para ver la altura de hueso inicial, para un implante.

2.-El paciente se expone relativamente bajo la exposición de la radiación.

3.-Se ejecuta el procedimiento con conveniencia, alivio, y rapidez.

4.-Se define bien la anatomía de los maxilares, y cualquier relación patológica hallada y puede ser evaluada.

La desventaja principal de la radiografía panorámica es que la imagen, no resuelve las fallas del detalle anatómico, ya que esto se logrará ver solo con otros tipos de técnicas.

Otros inconvenientes incluyen una uniforme amplificación geométrica, distorsión y fantasmas en la imagen, por lo que

no es una técnica tan detallada como los nuevos métodos técnicos de digitalización permitiendo con estos tomar medidas directas necesarias en la implantología.(8,17).

Tomografía computadorizada

El método actual de utilización directa es la Tomografía Computadorizada (Escáner de rayos X).

Con este tipo de técnicas para la implantología es muy importante ya que con esto podemos conocer los componentes frontales y sobre todo horizontales, difíciles de obtener con otros métodos.

Además, la posibilidad de obtener una medida precisa y fiable desde la misma noción volumétrica o de sistemas precisos, a veces, la presencia de elementos protésicos metálicos hiperdensos generan errores de cálculo y satura la lectura en los detectores del escáner, debido a esta hiperdensidad no fisiológica, dificultándose a veces la interpretación de la imagen.(8,17).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Modelos de estudio.

El uso de modelos de estudio diagnóstico es muy importante para poder seleccionar el tipo de implante, claro ayudados con un articulador semi ajustable, el cual nos dará una visión más amplia para la evaluación de la relación céntrica, distancia oclusal interarco, discrepancia oclusal y la dentición antagonista y adyacente. Sólo con este método es posible determinar el número y posición de los implantes requeridos , con base en encerados diagnóstico de la reconstrucción probable.

Fotografías

La documentación fotográfica pre- tratamiento es un formato excelente para la práctica del manejo de riesgo, también es valiosa durante la formación del plan de tratamiento, para permitir recordar la anatomía, estructuras físicas, etc.; en ausencia del paciente.

Así como también estas nos pueden dar una mejor visión lateral, de frente e intra oral, de nuestro paciente, para que con ellas valoremos los aspectos estéticos y funcionales.

Estos aspectos son de gran valor para el análisis más detallado del aspecto estético y estructural , ya que con ellos podremos valorar mejor el aspecto bucal actual del paciente.

Sirviéndonos también como apoyo para demostrar al paciente que si se lograron avances ,en su persona.(10).

Conclusiones

Es importante saber valorar al paciente en todos los aspectos, para que este tipo de cirugías tengan un menor riesgo de fracaso.

Ya que la implantología nos da una segunda oportunidad para mantener nuestra boca en óptimas condiciones funcionales, y estéticas.

Tomando en cuenta todos estos aspectos nosotros como cirujanos Dentistas tenemos que manejar los conocimientos básicos de elección de pacientes aptos para una cirugía, no solo para la implantología sino también para las cirugías en general dándonos cuenta que con tan solo unas preguntas hechas al paciente, este nos revelará aspectos importantes sobre su estado de salud física y mental

Ya que por lo regular por falta de tiempo o tan solo por el asegurar a nuestro cliente, estos aspectos no son tomados en cuenta y así llegar a un rotundo fracaso. .

Bibliografía

- 1.- Bhaskar. Histología y Embriología Bucal
Editorial. Prado. México D,F 1993
- 2.-Carl E. Misch. Contemporary Implant Dentistry
Editorial mosby St. Louis MO 1993.
- 3.-Ralph v Mc Kinney Jr. Endosteal dental Implants.
Editorial Mosby Year Book St. Louis MO 1993
- 4.-Daniel M Laskin. Cirugia bucal y maxilofacial
Editorial Panamericana Buenos Aires 1987
- 5.-El Manual de Merck Diagnóstico y Terapéutica.
Editorial Oceano/Centrum España 1994
- 6.-Walter C.Gurahnick. Tratado de cirugía Oral.
Editorial Salvat Barcelona 1971
- 7.-Octavio Rivero Serrano. Manual de terapéutica Médica.
Editorial Trillas, México D.F 1987.
- 8.-R. Cavezián G Pasquel. Diagnóstico por la imagen en
odonología. EditorialMasson S.A Barcelona 1993.
- 9.- Glickman Periodontología clínica.
Editorial Interamericana México D.F 1982.
- 10.- André Schroeder,Franz Sutter, Implantología Oral.
Editorial panamericana Madrid 1993.
- 11.-Gysi Be Kubik . S. Anatomie-Orale implantologi.
Editorial. Quintessenz Berlin 1983.

- 12.-Van der Zypen E. Anatomische Grundlage Zur implantation
schweiz Monatsschr Zahnmed 1985. Vol. 95, Pág. 827-37.
- 13.-Motsch A. Spannungsoptische untersuchungen zur.
Funktionellen Anatomiedes Unterkiefers.Vol. 120, Pág 419-
30.
- 14.- Charles A Babbush Implantes Dentales .
Editorial. Interamericana. M.C. Graw-Hill . México.D.F 1994.
- 15.-Américan Academy of Implant Dentistry. Implant Criterio
Workshop. Dearborn, Michigán, June 1976.
- 16.-American Dental Association, Council on Dental
Materials and Devices and Dental Research. Workshop on
Dental Implants Chicago ,December 1976.
- 17.-Babbush C.A Selección of the implante candidate.Lecture
University of Southern California, July , 1975.
- 18.- Babbush C.A Medical Contra- Indications and the implant
candidate. Annual Meeting. Washington, November 1974.
- 19.- Scully.C Cawson R.A .Medical Problems in Dentistry .
Boston Wrigth 1982.
- 20.-Little, J.W Falace .Dental Management of the medically
Compromised Patients S.T Louis Edit. Mosby 1984.