

Fases clínicas para el manejo de un paciente edéntulo: contribución didáctica

Clinical phases for the management of an edentulous patient: a didactic contribution

Aguilar Campoverde Anggie Verónica ¹, Armijos Ordóñez Yessenia Maribel ²,
Cevallos Ludeña Claudia Mercedes ³, Picoita Castro Liliana Elizabeth* ⁴, Luna Salinas Tatiana Isabel ⁵
Castillo Granda Amparo Mireya ⁶

¹ Odontóloga de consulta privada. Loja - Ecuador.

² Odontóloga de consulta privada. Loja - Ecuador.

³ Odontóloga de consulta privada. Loja - Ecuador.

⁴ Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Loja - Ecuador.

⁵ Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Loja - Ecuador.

⁶ Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Loja - Ecuador.

*li.elizabethpc27@gmail.com

Resumen

El edentulismo es considerado como una alteración irreversible, que llega a producir una complicación a nivel física, mental, funcional y psicológica en el paciente, por lo que es importante que a través de la prótesis dental se pueda devolver funcionalidad, estética y confort, al paciente mejorando la auto percepción de sí mismo, ya que son parte primordial en la calidad de vida del individuo. Un protocolo, es una secuencia que nos permite seguir paso a paso un procedimiento en específico para poder obtener un resultado eficaz. **Objetivo:** La presente contribución didáctica tiene como objetivo describir la fase clínica, el paso a paso del procedimiento realizado durante un tratamiento de prostodoncia total bimaxilar. **Método:** Es una contribución didáctica basada en la literatura obtenida de las bases de datos: Medline/PubMed, Scielo, ScienceDirect, Dialnet, LILACS. Se tomaron como referencia casos clínicos, artículos científicos, libros online y guías de elaboración de prótesis, los artículos analizados fueron 27, los cuales se encontraban en idioma inglés, español y portugués. **Resultados:** Una vez analizada la contribución didáctica, se ha podido complementar una secuencia de la fase clínica para el diagnóstico, y ejecución de una prótesis bimaxilar, como guía para profesionales odontológicos. **Conclusiones:** Un protocolo dentro de un tratamiento odontológico es de gran beneficio, ya que no solamente se aplican los conocimientos clínicos impartidos, sino una combinación teórica - práctico, para la confección de una prótesis total bimaxilar, con la finalidad de devolver las funciones de masticación, fonación y estética, que se perdieron por diferentes factores como caries dental, fracturas o traumas, enfermedad periodontal crónica y factores socioeconómicos.

Palabras Clave: Funcionalidad, protocolo, edentulismo, prótesis total bimaxilar.

Abstract

Edentulism is considered to be an irreversible alteration that produces physical, mental, functional and psychological complications in the patient, so it is important that through dental prostheses it is possible to restore functionality, esthetics and comfort to the patient, improving self-perception, since they are an essential part of the quality of life of the individual. A protocol is a sequence that allows us to follow a specific procedure step by step in order to obtain an effective result. **Objective:** The aim of this literature review is to describe the clinical phase, the step-by-step procedure performed during a bimaxillary total prosthodontic treatment. **Method:** It is a literature review based on the literature obtained from the following databases: Medline/PubMed, Scielo, ScienceDirect, Dialnet, LILACS. Clinical cases, scientific articles, online books and prosthesis elaboration guides were taken as references, the articles analyzed were 27, which were in English, Spanish and Portuguese. **Results:** Once the literature review was analyzed, it was possible to complement a sequence of the clinical phase for the diagnosis, and execution of a bimaxillary prosthesis, as a guide for dental professionals. **Conclusions:** A protocol within a dental treatment is of great benefit, since not only the clinical knowledge imparted is applied, but also a theoretical-practical combination, for the fabrication of a total bimaxillary prosthesis, with the aim of restoring the functions of mastication, phonation and esthetics, which were lost due to different factors such as dental caries, fractures or traumas, chronic periodontal disease and socioeconomic factors.

Key words: Functionality, protocol, edentulism, total bimaxillary prosthesis.

Introducción

El edentulismo se define como un estado de salud bucal por la ausencia total de piezas dentales, las cuales no se reemplazarán posteriormente de forma natural. (1) Esta pérdida dental es el resultado principal de varios factores como la caries, patologías periodontales, así como también depende de la actitud del paciente, del profesional, la viabilidad, accesibilidad a la atención odontológica y a los estándares de cuidado. (2)

La calidad de vida de las personas se ve afectada por esta condición, que se da con mayor frecuencia en adultos jóvenes y en personas mayores de 65 años de edad. (3) El edentulismo es considerado como un problema irreversible que puede conducir a un deterioro físico, mental, funcional y psicológico. Para ello es necesario devolver a través de las prótesis dentales, la funcionalidad, estética y confort a cada individuo, dando como resultado el mejoramiento de la auto percepción de sí mismo, por lo que se vuelven parte fundamental en la calidad de vida del paciente. (4) (5)

Ciertamente, en la actualidad está en auge el uso de prótesis implanto soportadas, sin embargo, factores óseos y económicos hacen imposible este recurso. Siendo la prótesis total un tratamiento exitoso hasta la actualidad. (6)

Etiología

- Caries dental
- Enfermedad periodontal: Patologías y origen bacteriano (7)
- Tumores malignos y benignos en donde se tenga que realizar una maxilectomía total. (8)
 - Malignos
 - Osteosarcoma
 - Condrosarcoma
 - Sarcoma de Ewing
 - Benigno
 - Quiste odontogénico glandular. (9)
- Traumatismos
- Fracasos de tratamientos de conducto
- Fractura radicular: que presentan una mayor complicación al momento de la restauración como la fractura radicular vertical ya que su única solución es la exodoncia. (10)
- Factores socioeconómicos
- Iatrogenias
- Factores sociodemográficos
- Edad avanzada del paciente. (11)

Indicaciones

- Ausencia de piezas dentales ya sea por patologías existentes como caries o enfermedad periodontal (6).
- Necesidad de mejorar el estilo de vida del paciente edéntulo. (12)
- Para reemplazar y recuperar las funciones del sistema estomatognático (Fonación, masticación, deglución, estética) (6).
- Para recuperar la relación entre maxilares y dimensión vertical. (6)

Contraindicaciones

- Intolerancia a la prótesis
- Alergias
- Diabetes mellitus y caquexia
- Hipertrofia de la lengua. (13)
- En pacientes con enfermedad cardíaca, desórdenes glandulares o discrasias sanguíneas, que no estén controlados y que deban de realizar la exodoncia de múltiples remanentes radiculares. (14)
- En pacientes con exostosis que no se pueda intervenir quirúrgicamente

Criterios para el diagnóstico

Realizar una adecuada anamnesis, invirtiendo el tiempo adecuado, ya que, el paciente puede proporcionar información valiosa que determinará el éxito o fracaso en el tratamiento protésico. (15)

Se debe realizar un correcto examen clínico y radiográfico de los tejidos duros de los maxilares, así como también de los tejidos que lo recubren, su consistencia debe ser fuerte y su tejido de recubrimiento grueso, lo cual ayudará a que la prótesis se adapte mejor al tejido. (16)

- Relación Intermaxilar
 - Tipo I: el maxilar y la mandíbula son del mismo tamaño.
 - Tipo II: la mandíbula es de menor tamaño que el maxilar.
 - Tipo III: la mandíbula es más grande que el maxilar. (14)
- Grado de reabsorción (según la altura de los rebordes residuales)
 - **Rebordes altos (Normal):** el reborde alveolar presenta características homogéneas en su altura, forma y volumen, se puede observar depresiones, prominencia o zonas agudas, características que le proporcionan un buen soporte y retención a las futuras prótesis totales.

- **Rebordes medios (Reabsorbidos):** la reabsorción del reborde no es muy marcada, y de igual manera pueden otorgar retención, soporte y estabilidad pero con ciertas limitaciones.
 - **Rebordes bajos (Planos):** los rebordes se encuentran totalmente reabsorbidos, perdiendo su forma anatómica y por lo general lo podemos encontrar en los maxilares inferiores. Su complicación es que no aportan retención, soporte y estabilidad para la prótesis total y por lo que no brinda un buen confort en el paciente. (17)
-
- Forma del reborde residual en sentido vertical
 - Forma de U: ancho y plana (gran resistencia, buen pronóstico)
 - Forma de V (ofrece cierta resistencia)
 - Borde de cuchillo: borde muy estrecho y afilado (ningún soporte, pronóstico desfavorable).(14)
-
- Forma anteroposterior del reborde
 - Cuadrada
 - Ovoide
 - V o triangular. (14)

Clases del edentulismo

- CLASE I: rebordes residuales superior e inferior mantienen sus formas y contornos bien definidos, cubiertos por una mucosa sana, firme e indolora a la presión.
- CLASE II: rebordes residuales superior e inferior presentan contornos definidos, pero con forma aguda. Estas estructuras óseas pueden estar cubiertas por una mucosa flácida e hipertrofiada, móvil o demasiado delgada en ciertas zonas y con dolor a la presión.
- CLASE III: reborde residual superior definido y una mucosa normal, pero el reborde residual inferior con mayor resorción, crestas agudas en la zona anterior o agujeros mentonianos superficiales.
- CLASE IV: marcada reabsorción atrófica y progresiva de los rebordes residuales. Una línea milohioidea prominente y aguda, la línea oblicua externa y los agujeros mentonianos sobre la cresta residual. (11)

Características clínicas

Reborde alveolar: normal, altura adecuada para dar soporte.

Forma del reborde: forma en U (favorable).

Paralelismo de los rebordes: presente.

Tuberosidad: voluminosa, sin tejido fibroso.

Exostosis ósea: ausencia de torus palatino y torus lingual.

Mucosa bucal: gruesa, densa y firme.

Humedad de la mucosa oral fundamental en la colocación de la prótesis

Labios: soporte labial superior e inferior. (18)

Frenillos: alejadas de la cresta (favorable).

Lengua: normal (favorable), microglosia (pronóstico desfavorable), macroglosia (pronóstico desfavorable)

Saliva: volumen normal, gruesa y viscosa.

Movimientos mandibulares: ausencia de desviaciones laterales.

Tono muscular: disminuido.

Fuerza muscular: normal. (14)

Anatomía Ideal

Maxilar superior:

- Reborde de forma cuadrada, mucosa sana, sin retenciones óseas.
- Tuberosidades sin tejido móvil o pendular.
- Vestíbulo labial y bucal bien definido.
- Paladar blando horizontal.
- Inserciones musculares bajas. (14)

Maxilar inferior:

- Forma del arco cuadrada, mucosa sana.
- Espacio sublingual ancho.
- Encía adherida de 8 mm.
- Trígono retromolar firme.
- Fosa retromolar alta.
- Inserciones musculares bajas. (14)

Procedimiento clínico

El proceso para realizar la prótesis total, se va a llevar a cabo durante 6 citas que deben ser obligatorias y también puede tomarse en cuenta una cita opcional.

Cita 1: Diagnóstico e impresión primaria de los tejidos

Durante la primera cita se debe realizar la anamnesis y se le explica al paciente la realización de las respectivas radiografías necesarias para un correcto diagnóstico. Adicional se obtienen fotografías intraorales y extraorales del paciente para poder observar finalizado el tratamiento el antes y después.

Una vez realizada la historia clínica, en la primera cita se da el primer contacto con el paciente, y en esta sesión se pueden registrar los umbrales de dolor, tolerancia, ansiedad, coordinación y expectativas del paciente, y en el caso de existir alguna contraindicación, esta condición sería explicada ya que no sería apto para el tratamiento, así mismo se maneja la fase preventiva en la cual, se trabaja con el paciente sobre el adecuado cuidado oral.

Posteriormente, se da inicio a los tratamientos requeridos para el paciente, dando prioridad a los tratamientos emergentes si así lo requiere; ya tratado esto se empezaría la fase protésica total.

Se realiza el ajuste de las cubetas de edéntulo total y se procede por tomar la respectiva impresión primaria copiando todas las estructuras con los hidrocoloides irreversibles de elección.

- Maxilar superior: Durante la impresión, se tracciona el labio superior con el dedo índice de una de las dos manos y con otra mano se gira la cubeta hacia el interior de la boca, y siempre se debe tener presente que la impresión debe salir los frenillos, papila palatina y fondo de surco.
- Maxilar inferior: Se ingresa el lado izquierdo de la cubeta en la boca, se tracciona el ángulo derecho de la comisura bucal para permitir que el lado derecho ingrese con mayor facilidad a boca, se solicita al paciente durante la impresión debe cerrar un poco la boca y después que desplace la lengua hacia cada lado, hacia adelante y adentro y con la misma toque el paladar. Adicional, siempre se debe tener en cuenta que la impresión debe ser exacta, marcando los frenillos. fondo del surco y la zona hamular.

Después de haber obtenido las impresiones, se debe desinfectar y posteriormente se procede a realizar el vaciado con yeso piedra para obtener el modelo de estudio. Ya fraguado el yeso se procede a desmoldar el yeso de la impresión, se recorta el modelo y se marca la línea que define el fondo de surco que delimitara la futura cubeta individual. (19)

Cita 2: Impresiones funcionales de los tejidos

En esta sesión se debe tener fabricado la cubeta individual utilizando como guía la impresión primaria, se procede a realizar la adaptación de la. Cubeta en boca en donde deben de estar recortadas o aliviadas en las áreas de los frenillos labiales y vestibulares donde hay movilidad y se deben eliminar los lugares en donde la mucosa sufre una mayor presión.

Seguidamente se realiza el sellado periférico de los extremos de la cubeta con la godiva de baja fusión y se presiona contra los tejidos hasta que fluya y luego se endurezca, se termina de colocar la godiva para terminar en toda la periferia.

Después de haber culminado con el área periférica, se empieza a realizar la impresión con material de baja densidad (pasta zinquenólica/condensación liviana o mediana) del resto de áreas, se desinfecta y se realiza el vaciado en yeso extra duro para obtener los modelos de trabajo, sobre la cual se elaborarán las placas bases y los rodetes de altura para la siguiente cita. (19)

Vale recalcar que sobre las placas base se elaboran los rodetes de altura con cera rosada respetando la forma del reborde alveolar, los mismos que nos permitirán registrar la relación intermaxilar. (20)

Cita 3: Registro de la relación intermaxilar

- Se colocan los rodetes de altura sobre los rebordes alveolares del paciente, verificando adaptación y retención permitiendo que se familiarice con la prótesis a reemplazar.
- Se debe verificar el paralelismo del rodete superior que se desea con el plano de Frankfort y Camper.
- Para determinar la relación vertical en oclusión y en reposo primero se personaliza el rodete inferior de acuerdo al superior y posteriormente mediante técnicas como la deglución, posición habitual, fonación, conseguimos la dimensión deseada para cada paciente.
- Determinaremos sobre el rodete la línea media del paciente siguiendo el eje largo de la cara. Así también la línea de los caninos que se toma como referencia el ala de la nariz y la línea de la sonrisa que se ubica de 2 a 3 mm por debajo del borde inferior del labio superior.
- Se determina la relación céntrica, se puede usar la técnica mano-mentón bimanual de Dawson, pero quizás la técnica más fiable sea el registro con puntero inscriptor sobre el plano horizontal o registro de arco gótico.
- Se determina la relación horizontal del contorno de los rodetes, logrando un overjet de 1mm a 2mm. Se debe tener en cuenta que en pacientes de clase I y II se debe ajustar a la condición del mismo.
- Se determina el tipo de dientes acrílicos a utilizar, forma y color (el color se deberá elegir conjuntamente con el paciente)
- Finalmente se fijan los rodetes, usando pasta zinquenólica o bien grapas metálicas. en caso de no contar con un articulador semiajustable se envía al laboratorio dental para posterior enfilado de pieza dentales. (19)

Cita 4: Prueba del enfilado de los dientes

- Se realiza la prueba del enfilado dental. Revisando, soporte labial, línea media, línea de sonrisa, la relación de contorno y oclusión (Balanceada bilateral).
- Se corrigen las imperfecciones y se envían las bases al laboratorio dental, una vez que el paciente acepta el color de los dientes y luego se solicita el procesado y pulido de prótesis. (18)

Cita 5: Instalación de la prótesis dental terminada.

En el día de instalación de la prótesis es importante considerar los aspectos estéticos y funcionales.

Los detalles a tomar en cuenta son:

1. La prótesis debe asentarse adecuadamente en el reborde alveolar y en caso de ser necesario se procederá a estabilizar.
2. Revisar la oclusión para así evitar algún contacto excesivo.
3. Si existe un desajuste de la prótesis durante el habla, se debe verificar que esta no se encuentre demasiado grande o si los frenillos están adecuadamente liberados.
4. Comprobar que la oclusión esté correctamente equilibrada, evitando desajustes de la misma. (20)
5. Dar las instrucciones al paciente para el cuidado adecuado de la prótesis, el mantenimiento de la misma.
 - a. Se le informa que la adaptación de la misma a la cavidad bucal es de manera progresiva, al inicio va a sentir a la prótesis como un cuerpo extraño.
 - b. Se le informará el tipo de dieta que debe seguir los primeros días.
 - c. Estas instrucciones serán entregadas al paciente también por escrito para facilitar su seguimiento.
 - d. Se indicará la fecha para la siguiente cita para el control. (18)

Cita 6: Controles post instalación

1. Los controles se deben realizar: a las 24, 48 y 72 horas posterior a la instalación de la prótesis bimaxilar con la finalidad de poder controlar la adaptación a nivel de los flancos con la finalidad de verificar el estado de la mucosa, si existe algún enrojecimiento o molestia al mantenerla colocada, para esto con un pimpollo de carburo tungsteno y con una inclinación de 45° biselamos los flancos con la finalidad de poder aliviar, en el caso de la presencia de espículas tanto en el flanco como en la parte interna de la prótesis con un pimpollo de carburo tungsteno en forma de balón ligeramente hasta eliminar ángulos cortantes.
2. A su vez se verifica su funcionalidad a través de:
 - a) Movimientos de apertura y cierre donde se activarán los músculos buccinador, orbicular de los labios, masetero
 - b) Control oclusal, colocando bandas de papel articular tanto del lado derecho como del lado izquierdo a la vez mientras el paciente abre y cierra la boca donde verificamos puntos para una oclusión balanceada bilateral, en el caso de los puntos de oclusión estos deben de

observarse de forma continua y uniforme si uno de ellos presenta un contacto prematuro este será con el centro blanco y lo vamos corrigiendo hasta encontrar continuidad entre todos los puntos de oclusión

- c) Durante el control de las prótesis es importante realizar las pruebas que se realizan son las pruebas fonéticas, ya que es muy importante devolver una fonética adecuada y correcta para que las funciones se devuelvan al completo. Los fonemas que se realizan gracias a los dientes son llamados labiodentales, interdentes y dentales.
- La fonética permite determinar la posición y longitud de los bordes incisales de los dientes anteriores. Estos bordes deben tocar suavemente el borde del bermellón del labio inferior cuando se realizan los sonidos f y v.
 - La pronunciación de los fonemas e, f, v, m y s permiten identificar algunos parámetros funcionales y también estéticos para poder tratar de la mejor forma la rehabilitación anterior.
 - Durante la pronuncia del fonema M se puede calcular la dimensión vertical y la longitud de los incisivos. El sonido S es de importancia para valorar la posición del diente y la dimensión vertical. Los diente, durante la pronuncia del fonema S, nunca deben estar en contacto.

Si no existe ningún tipo de problema durante su permanencia en boca, el paciente se considera rehabilitado. (20)

Complicaciones

- Fractura de la prótesis
- Fractura de los dientes (21)
- **Estomatitis protésica:** inflamación crónica de la mucosa cuando existe contacto con prótesis total bimaxilar removible, existen 3 tipos:
 - Tipo 1: o localizada, se caracteriza por un punteado rojizo.
 - Tipo 2: cuando existe hiperemia de la mucosa con aislamiento y atrofia de la misma.
 - Tipo 3: o generalizada cuando existe hiperemia con aspecto nodular o granular. (22)
- **Candidiasis:** enfermedad infecciosa causada por el crecimiento de colonias de cándida. (23)
- **Queilitis angular:** estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de bloqueras. (24)
- Cambios de color en la mucosa
- Infecciones por bacterias y hongos
- **Lesiones precancerosas:** ulceración traumática bucal, leucoplasia y queilitis crónica. (25)

- **Hiperplasia:** aumento del volumen del tejido generado por el aumento del número de sus células generalmente se da por irritantes crónicos, pueden ser: con predominio de tejido de granulación, con predominio de tejido fibroso o clasificadas como otras lesiones hiperplásicas. (26)
- Desajuste protésico. (27)

Control y Mantenimiento

Profesional

- Dada el alta al paciente se recomienda control al 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año en el que se podrá verificar el acabado y pulido externo y corregirlo en caso de fallas.
- Controlar su adecuado asentamiento y su estabilidad.
- Control de la actividad muscular periprotética vamos a ver el correcto trabajo muscular sobre los flancos en el maxilar superior se debe controlar la acción del velo del paladar haciendo que diga el paciente la letra a y en el maxilar inferior revisaremos en apertura el ligamento pterigomaxilar, piso de la boca y la lengua.
- Control estático de la interfase oclusal se trata del control en cierre en oclusión final.
- Control cinemático de la interfase oclusal se debe dejar en oclusión balanceada bilateral para el mejor funcionamiento, debemos controlar que en los pequeños movimientos excéntricos ocluyen contactando bilateralmente. (18)

Paciente

- Limpiar con un cepillo de doble punta y cerdas duras que permite limpiar las zonas o espacios interdentarios.
- Usar pastillas solventes para ayudar a aflojar el material orgánico adherido. (18)

Conclusiones

Los protocolos en la rehabilitación total son de gran beneficio, porque no solo se deben aplicar los conocimientos clínicos impartidos, sino una combinación de la teoría y la práctica, y esta contribución didáctica ayudará a los estudiantes y catedráticos a la elaboración de la prótesis total, obteniendo como resultado devolver las funciones de masticación, fonación y estética

Referencias bibliográficas

1. González A, Veintimilla V, Villareal M. Nivel de satisfacción del uso de prótesis totales bimaxilares en adultos mayores del Hospital Dr. Humberto Molina de Zaruma entre abril del 2015 y enero del año 2016. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2019; 3(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6796785>
2. León M, Gavilanes N, Mejía E. Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. *Revista Dominio de las Ciencias*. 2019; 5(1). Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/880/html>
3. Gómez M, Silva M, Páez M, Gómez J, Zea F, Agudelo A. Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia-servicio de Medellín, Colombia. 2017; 13(24). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1662>
4. Morgana L, Valentini F, Cortina M. Restabelecimento da dimensão maxilo-mandibular em prótese total pela técnica do arco inferior: Relato de Caso Clínico. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2019; 40(1). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-995147>
5. Pilco D, Delgado A, Astudillo J, Villavicencio E. Estado de conservación de prótesis totales de pacientes de una Clínica Dental Universitaria en Ecuador. *Revista Evidencias en Odontología Clínica*. 2018; 4(1). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-995147>
6. Buelvas E, Llamas D, Parra J. Test de eficiencia masticatoria en pacientes con prótesis total con y sin adhesivo. Trabajo de Grado. Cartagena de Indias D.T.C: Universidad de Cartagena, Departamento de Investogación. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/8522/TEST%20DE%20EFICIENCIA%20MASTICATORIA%20EN%20PACIENTES%20CON%20PROTESIS%20TOTAL%20CON%20Y%20%20SIN%20ADHESIVO.pdf?sequence=1>
7. Lara Melina Leite Lima de Paula. Perda dentária e uso de prótese total removível: Percepção entre usuários do serviço de saúde de Belo Horizonte. Dissertações de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1015516>
8. Almeida L, Miranda M, De Souza J, Oliveira E, Da Fonte A. Protocolo Clínico e Laboratorial na Reabilitação oral com prótese obturadora e satisfação do paciente: Caso clínico. *Revista Ciência Plural*. 2020; 6(1). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1052873>
9. Sapp J, Eversole L, Wysocki G. *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. Segunda Edición ed. España: Editorial Elsevier; 2006. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=-quNVwwFOmfgC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
10. Medina C, Navarro M. Fractura radicular vertical. *Revista ADM*. 2015; 72(329-332). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od156j.pdf>

11. Caminer P. Impacto del edentulismo en la calidad de vida. Tesis de pregrado. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Departamento de Área de la salud.]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/49833/1/3400CAMINERpatricio.pdf>
12. González Á, Veintimilla V, Villarreal M. Nivel de satisfacción del uso de prótesis totales bimaxilares en adultos mayores del Hospital. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019; III. Disponible en: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/372/pdf>
13. Koeck B. Prótesis Completas. Cuarta ed. España: Elsevier Masson; 2007. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=8ITW0Wr55rkC&printsec=frontcover&dq=protesis+bimaxilar&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjBt7SN98HtAhVDjIkKHc2-CLgQ6AEwCXoECAgQA-g#v=onepage&q&f=false>
14. Llena J. Prótesis Completa: Labor; 1988. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1M-CwdsTBzTJ7KwDWUg9CgG0ntCJUoP-Hy/view?usp=sharing>
15. Christen U. Guía para la prótesis completa. 2008. Disponible en: https://mam.vita-zahnfabrik.com/portal/ecms_mdb_download.php?id=32250&sprache=es&fallback=&cls_session_id=&neuste_version=1
16. Cuervo M. Universidad Nacional de Colombia. Duplicación de prótesis total. Descripción de un caso. 2019; 38. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/download/28414/23528>
17. Mamani Y, Ochochoque N. Nivel de reabsorción del reborde Alveolar residual y su Influencia con la Prótesis total en Pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca 2018. Tesis doctoral. Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de Odontología. Disponible en: http://repositorio.uancv.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/UANCV/4348/T036_46982679_71955182_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Álvarez Cantoni H, Fassina N. Colección Fundamentos, Técnicas y Clínica en Rehabilitación Bucal Buenos Aires: Hacheace; 2004. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1IIUUH_iXQuMloRES50bN8K5pBpz-MLkR/view?usp=sharing
19. Velásquez A. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Edentulismo Total. Resolución Ministerial. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 16 Enero 2015. Disponible en: <https://faest.cayetano.edu.pe/images/stories/dace/pdf/RM027-2015-Minsa.pdf>
20. Gallardo S. Decálogo del proceso de confección de la prótesis completa mucosoportada. Prosthodonticsmcm. 2018. Disponible en: http://prosthodonticsmcm.com/decalogo-del-proceso-de-confeccion-de-la-protesis-completa-mucosoportada-dr-salvador-gallardo-colchero/?upm_export=pdf
21. Sánchez F. Manual básico del tratamiento protésico para odontólogos. España: 3Ciencias; Septiembre 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/660573.pdf>
22. Ayuso R, Torrent-Collado J, López-López J. Estomatitis protésica. Scielo. 2004; 9(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000600004

23. Otero E, Peñamaría M, Rodríguez M, Martín B, Blanco A. Candidiasis oral en el paciente mayor. Scielo. 2015; 31(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300004
24. García E, Blanco A, Rodríguez L, Reyes D, Sotres J. Queilitis. Revisión bibliográfica. Scielo. 2004; 41(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200009
25. Aguas S, Lanfranchi. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología (UBA). 2004; 19(47). Disponible en: <http://od.odontologia.uba.ar/revista/2004vol19num47/art4.pdf>
26. Casian A, Trejo P, De León C, Carmona D. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria: reporte de un caso. Scielo. 2011; 4(2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000200007
27. Jaitt J. Día mundial de las enfermedades raras o poco frecuentes.; 2021. Disponible en: <http://jaittodontosocial.blogspot.com/>.

Recibido: 02 julio 2021

Aceptado: 15 septiembre 2021