

Carcinoma verrucoso. Caso clínico de rehabilitación multidisciplinaria quirúrgico-protésica.

2ª parte: Tratamiento protético obturatriz definitivo.

Verrucous carcinoma. Clinical case. Surgical and prosthetic multidisciplinary treatment.

Part II: Final obturador treatment.

Autoras

Isabel Jankielewicz

Fundadora y Ex Directora del Servicio de Prótesis BMF de la Facultad de Odontología de la Universidad de la República.

Profesora invitada de postgrado, Universidad Católica del Uruguay.

Fellow de la AAMP, ADI, ICD y AAA.

Past President de la Sociedad Latinoamericana de Rehabilitación de la Cara y Prótesis BMF.

Gisèle Curti Brau

Laboratorista en Odontología, graduada en la E.T.O., Universidad de la República.

Entregado para revisión: 15 de mayo de 2007
Aceptado para publicación: 01 de junio de 2007

Resumen

Se completa el tratamiento protético obturatriz rehabilitador del paciente cuyo diagnóstico y plan de tratamiento quirúrgico-protético inicial fue descrito en el número anterior de Actas Odontológicas (UCU). Se describen las etapas clínicas y de laboratorio que permitieron obtener el resultado final. Se insiste en la importancia del seguimiento para control de la prótesis y del defecto.

Palabras clave: rehabilitación protética B.M.F.; prótesis obturatriz definitiva; obturador flexible.

Abstract

The prosthetic rehabilitation treatment is completed in the same patient that was shown in the Actas Odontológicas (UCU) previous issue. All the clinical and laboratory steps that lead to a successful result are described. Special attention is put in the importance of the maintenance controls of both the prosthesis and the defect.

Key words: Maxillofacial prosthetic rehabilitation; final obturator; flexible obturator.

ANTECEDENTES Y TRATAMIENTO PREVIO

Paciente de 78 años, raza blanca, sexo masculino, sin antecedentes médicos a destacar. Examen regional sin particularidades. Consultó por sangrado nasal.

Al examen intraoral presentó prótesis completa superior y parcial inferior muy desajustadas. Al retirar las prótesis se observó que todo el maxilar superior (paladar y reborde) estaban recubiertos de excrecencias y hendiduras de color blanco rojizo. Se estudió imagenológicamente (TAC) y por tomas biópsicas se llegó a la conclusión de que se trataba de un extenso Carcinoma Verrucoso.

Se le realizó la extirpación quirúrgica bajo anestesia general de ambos maxilares superiores hasta el meato inferior con resección de parte inferior de tabique nasal. Se fijó con ligaduras alámbricas transtisulares a las arcadas zigomáticas entrando por piel, una *prótesis obturatriz inmediata de acrílico* previamente confeccionada. Dicha prótesis fue adaptada y acondicionada intraoperatoriamente para ajustar al lecho quirúrgico oncológico y cerrar funcionalmente la comunicación entre la vía digestiva y la aérea hasta completarse la cicatrización primaria.

El resultado de las tomas biópsicas intraoperatorias confirmaron el diagnóstico y mostraron los márgenes de seguridad quirúrgica tomados libres de lesión. El post-operatorio inmediato del paciente fue excelente: despertó de la anestesia prácticamente sin molestias, hablando correctamente y transcurridas seis horas de finalizada la cirugía, se le retiró el suero y pudo realizar su primera ingesta de líquidos: té, caldo, etc. Los controles clínicos a distancia demostraron una buena evolución sin signos de recidiva.

PLAN DE TRATAMIENTO PROTÉTICO B.M.F (de Transición y Definitivo)

A los veinte días de la cirugía se procedió a transformar la prótesis inmediata obturatriz en PRÓTESIS OBTURATRIZ DE TRANSICIÓN, cuyas etapas clínicas y de laboratorio fueron descritas en el número anterior. A partir del momento en que comenzó a usar la Prótesis Obturatriz de Tran-

sición, el paciente la pudo retirar para la higiene con cepillo y jabón después de las comidas

El paciente la usó hasta que completó totalmente la cicatrización del defecto por epitelización de las zonas cruentas.

Se hizo el **Plan de Tratamiento Protético definitivo** consistente en rehabilitar primero el maxilar antagonista (extracciones, tratamiento periodontal, endodóntico, y PPR), hasta lograr un maxilar inferior con adecuado plano de oclusión; las piezas remanentes, sanas y las faltantes, repuestas. Esto es un concepto fundamental: toda prótesis obturatriz definitiva debe ocluir con un maxilar completo y mecánicamente equilibrado para poder desarrollar una función oclusal correcta sin interferencias o sobrecargas que atenten contra la estabilidad de la prótesis obturatriz.

Para el maxilar del defecto se planifica la realización de una prótesis completa con obturador flexible de silicona que obtenga la retención anclándose mecánicamente en las anfractuosidades del defecto. Debido al gran volumen del defecto que no ha dejado ni un solo tramo de maxilar remanente, no se puede asegurar inicialmente si será posible obtener retención vertical de la prótesis obturatriz. Se piensa que si la retención no se logra, habrá que colocarle al paciente im-

plantas zigomáticos para un anclaje mecánico firme mediante clips, imanes o combinación de ambos.

1ª sesión clínica: impresión primaria

Con una cubeta de stock para paciente desdentado, se toma una impresión primaria, ligeramente sobre-extendida, interponiendo entre el material de impresión y el terreno, una gasa mojada que actuará como elemento confinante, impidiendo que el alginato pueda penetrar en cavidades vecinas, situación no necesaria e inconveniente.

Laboratorio

Se recibe una impresión primaria de alginato tomada con cubeta de stock que reproduce totalmente la zona del defecto y las zonas vecinas.

Se procede a realizar el vaciado con acrílico autocurable directamente sobre el alginato esparciendo una capa homogénea de consistencia semilíquida por la superficie de la impresión lo-

La prótesis obturatriz es una necesidad que comienza antes de la cirugía oncológica, acompaña al paciente durante toda su recuperación y lo acompaña y rehabilita siempre.



Figura 1. Cubeta individual obtenida vaciando el acrílico sobre el alginato.



Figura 2. Recorte de excesos de la cubeta.



Figura 3. Registro funcional de los bordes.

grando así un espesor aproximado de 2 o 3 mm.

El producto final será una cubeta individual; sólo que, a diferencia de las cubetas convencionales, el mango se realiza en forma de puente uniendo los dos flancos laterales (Fig. 1).

Para dar terminación se recorta el exceso de los bordes, se quitan las zonas retentivas reproducidas del defecto y se deja lugar para el material flexible de la impresión definitiva (Fig. 2).



Figura 4. Individualización de ciertas zonas con silicona pesada.



Figura 5. Impresión definitiva en silicona fluida.

2ª sesión clínica: impresión definitiva

Con la cubeta individual que se realizó en el laboratorio, se procede primero a recortar posibles excesos periféricos. Luego se verifica si la parte de la cubeta que penetra en el defecto tiene la profundidad adecuada como para reproducir todos los detalles de las anfractuosidades del defecto que serán el elemento de anclaje mecánico de la prótesis obturatriz. Se realiza el registro funcional de los bordes que se van a relacionar con los tejidos periprotéticos móviles (Fig. 3).

Se individualizan las zonas donde se busca la retención mecánica aumentando su profundidad con silicona pesada (Fig. 4) y finalmente se rebasea con silicona de alto corrimiento (Fig. 5).

Laboratorio

A partir de esta impresión, se confeccionará el obturador flexible de la prótesis definitiva.

La técnica empleada simplifica las etapas de trabajo y en vez de confeccionar un modelo definitivo y luego colocarlo en mufla, se vacía la impresión en forma directa en la parte de la mufla con



Figura 6. Vaciado directo en la parte de la mufla.



Figura 8. Pestaña para la retención mecánica del obturador.



Figura 7. Delimitación de la cera y bloqueo de las retenciones.



Figura 9. Embolo estampador (contraparte de la mufla).

yeso piedra (Fig. 6) y para esto, previamente hay que tener en cuenta la elección de la mufla. Debe ser grande ya que el área y perímetro de la impresión son mayores que en una prótesis completa convencional de gran tamaño.

Para el procedimiento de puesta en mufla hay que envaselinarla previamente lo que facilitará el desmuflado. El vaciado directo se realiza en yeso piedra.

Se obtiene en la parte de la mufla, el positivo de la impresión que reproduce fielmente el defecto del paciente en todo su volumen.

Se adapta una lámina de cera rosada a todo el defecto y se le da un espesor uniforme de 2 o 3 mm. (Fig. 7).

Se recorta periféricamente el borde de cera y las partes retentivas del modelo fuera del defecto, son bloqueadas con revestimiento.

Con una doble capa de lámina de cera se confecciona lo que será la pestaña de retención del obturador a la base, cuidando de dejar los bordes redondeados, evitando así án-

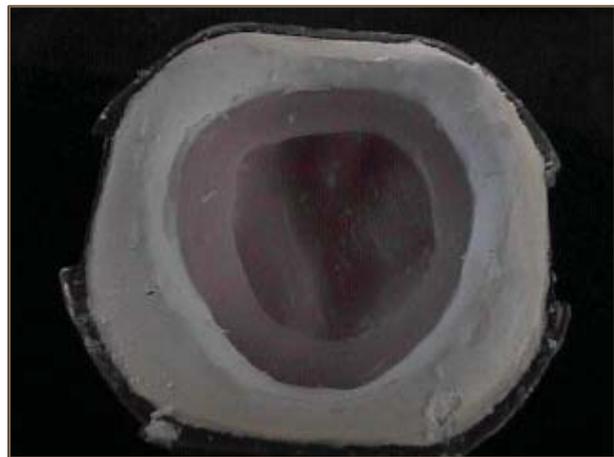


Figura 10. Obturador realizado en silicona coloreada imitando la mucosa.

**El cáncer es
una enfermedad
multidisciplinaria en el
diagnóstico, el tratamiento
y la rehabilitación.**

gulos agudos que puedan luego desgarrar el obturador (Fig. 8).

Se completa la contraparte con yeso piedra. Ya fraguado, se elimina la cera obteniendo: la parte que reproduce el defecto y la contraparte que oficiará de émbolo estampador para moldear el obturador (Fig. 9).

El mismo se confeccionará en

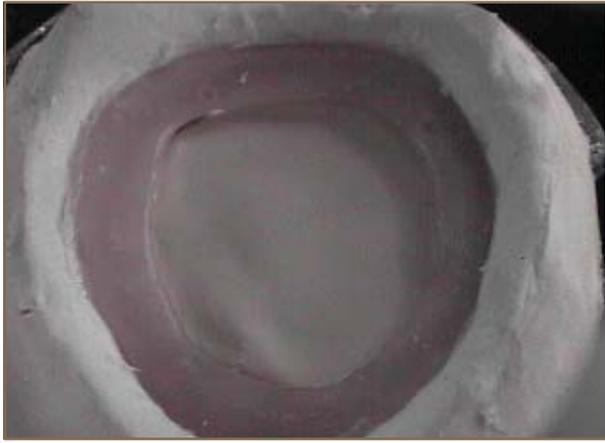


Figura 11. Relleno con yeso piedra del obturador hasta 2mm. antes de la pestaña.

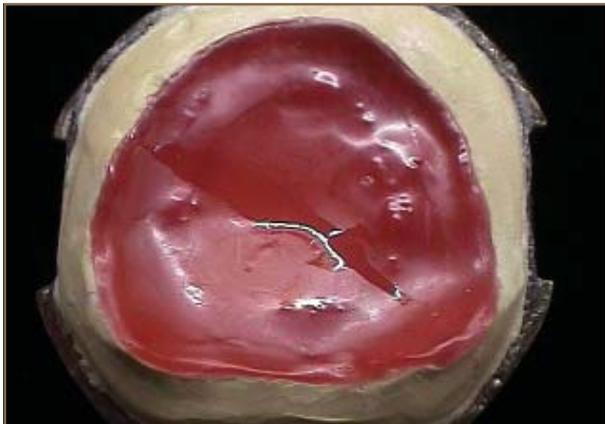


Figura 12. Lámina de cera adaptada que será la base de la prótesis.



Figura 13. Con acrílico de autocurado se rellena el espacio previamente creado.



Figura 14. Unión entre el obturador y la base de la prótesis.

silicona de curado a temperatura ambiente (R.T.V.), la cual se colorea con pigmentos líquidos con tonos que permitan imitar el color de la mucosa (Fig. 10).

Una vez curada la silicona, se retira este primer obturador y se procesa un segundo obturador en la misma cámara de moldeo. El primero se guarda, el segundo se deja en la mufla sin remover y se continúa trabajando con la parte de la mufla. Se descarta el yeso de la contraparte.

Con el segundo obturador en posición, se llena el interior con yeso piedra hasta 2 mm. antes de la pestaña horizontal de silicona (Fig. 11).

Luego de fraguado este yeso, se adapta por encima una lámina de cera que luego se transformará en la base de la prótesis (Fig. 12).

Se completa la contraparte con yeso piedra. Se elimina la cera y se procede a cargar con el acrílico.

Previo a esto, se completa con acrílico autocurable rosado semilíquido, el espacio creado por debajo de la pestaña (Fig. 13). Se evita con esta maniobra que al prensar el acrílico de la base, se deforme la pestaña.

La plataforma así obtenida funcionará como retención, porque será una traba mecánica para el obturador flexible (Fig. 14).

A su vez será el medio de unión entre el obturador y la base de la futura prótesis.

Luego que polimerizó este acrílico autocurable se carga acrílico rosado termocurable y una vez curado, recortado y pulido, se tiene la base de la prótesis que se usará a modo de placa de articulación, colocándole un rodete de cera.

3ª sesión clínica: relaciones intermaxilares

En esta etapa clínica lo primero que se realiza es probar la base de la prótesis con su obturador flexible para comprobar si se retiene en el defecto. Si esto no se ha obtenido, será necesario analizar la conformación del obturador y puede ser necesario rebasar el obturador flexible con algún agregado de silicona para lograr lo que inicialmente no se obtuvo (Fig. 15).

Corregido este defecto, se prosigue el tratamiento registrando la D.V. siguiendo la técnica que se emplea en cualquier tratamiento de prótesis completa convencional. Combinando los tradicionales métodos fonético, estético y métrico se llega a poder determinar la altura total que debe tener el rodete superior en relación a los dientes antagonistas del paciente. Luego se establece el plano de oclusión en el rodete inferior y se transfiere al ro-



Figura 15. Agregados de silicona en puntos clave donde falta traba mecánica.

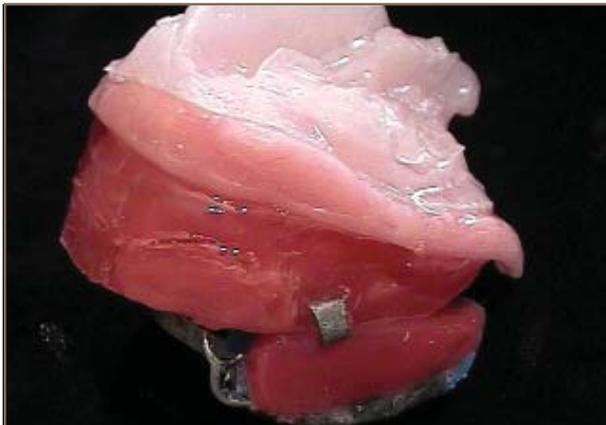


Figura 16. Rodetes engrampados como salen de boca registrando D.V. y R.C.



Figura 17. Montaje en articulador.



Figura 18. Enfilado de las prótesis.

dete superior en la posición de R.C. (Fig. 16).

Se relacionan ambos rodetes con marcas o se fijan con grampas.

Laboratorio

A partir del registro clínico se realizará el montaje en articulador (Fig. 17).

En el maxilar antagonista se confecciona una PPR.

Esto nos da una idea integral de la gran complejidad de la rehabilitación que trasciende lo anatómico, contemplando la estética y la funcionalidad.

Se realizará el enfilado de la Prótesis Obturatriz teniendo en cuenta estos parámetros (Fig. 18).

4ª sesión clínica: prueba del articulado y animación clínica

En esta sesión clínica se prueba el articulado. Se verifica que la oclusión creada en el laboratorio coincida con el cierre mandibular del paciente en RC. Se verifica la estabilidad de ambos aparatos protéticos (Fig. 19).

Se aprovecha la presencia del paciente para dar animación clínica a los dientes a efectos de disimular más el artificio y obtener un mejor resultado estético (Fig. 20).



Figura 19. Revisando el engranamiento logrado en el articulador.



Figura 20. Animando los dientes para un mejor resultado estético.

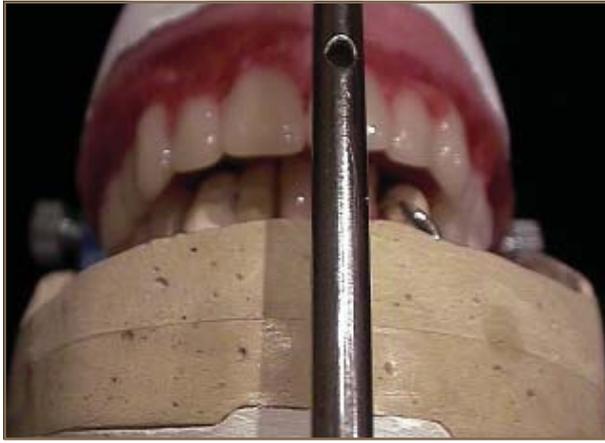


Figura 21. Prótesis superior e inferior enfiladas.



Figura 22. Pernos para fijar los dientes en la llave. La silicona azul es el registro del modelado funcional.

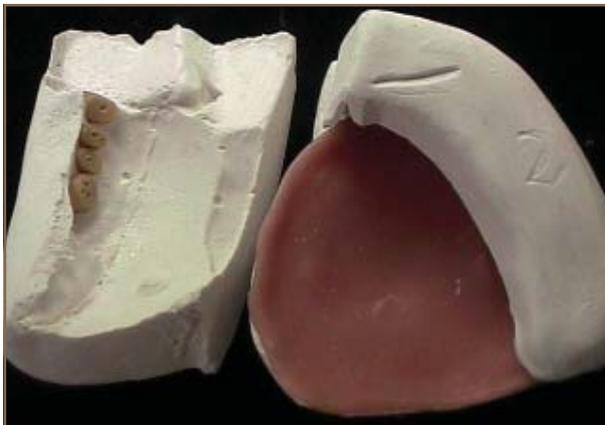


Figura 23. Llaves de yeso.



Figura 24. Llaves en posición, listo para el cargado del acrílico.

Finalizadas estas maniobras se procede a realizar el modelado funcional, técnica habitual en la terminación de las prótesis completas. Para ello, empleando silicona fluida, se registra en todos los flancos el movimiento de la musculatura paraprotésica. Esto se logra haciendo que el paciente pronuncie fonemas que son los mismos que se emplean para obtener el registro piezográfico.

Este proceder nos garantiza que durante la función (fonación, masticación y deglución) el íntimo contacto entre los flancos de la prótesis y los tejidos móviles periféricos no se perderá. Se mantiene así la retención y aumenta el confort del paciente porque no queda lugar para el depósito de los alimentos que resulta tan incómodo y que en la mayoría de los casos es la causa por la cual al intentar el paciente realizar su autoclisis, las prótesis se desplazan perdiendo su estabilidad. En la figura 22 se ve la silicona (de color azul) que es el registro del modelado funcional.

Laboratorio

Cuando el articulado fue probado y resultó estar correcto, en la etapa clínica se confirmó la fidelidad del articulador para poder terminar el caso sin sorpresas. Es decir que lo que se está construyendo en el articulador es la réplica de la boca del paciente (Fig. 21).

Para terminar la prótesis hay que confeccionar dos llaves vestibulares de Yeso París que tendrán referencias para el reposicionamiento de los dientes. Previamente se confeccionarán pernos de fijación para los dientes (Fig. 22).

Detalle para confeccionar los pernos: se aconseja realizar un leve asperizado en la cara vestibular de los dientes para que el acrílico del perno quede firmemente unido. A su vez, estos pernitos, deben ser finos contra la base para que cuando sea el momento de romper la llave de yeso, los pernitos se desprenden.



Figura 25. Arcada dentaria fijada a la base.

dan de los dientes fácilmente sin quebrarlos.

Luego de eliminada la cera, y lavadas las llaves, (Fig. 23), se pincela separador de acrílico sobre el yeso. Se deja secar. Con las llaves en posición, se carga acrílico rosado de autocurado en consistencia semilíquida (Fig. 24).

Se polimerizara en hidromufla.

Después de polimerizado el acrílico se retiran las llaves, y queda la arcada dentaria en posición (Fig. 25).

Se recortan los excesos de acrílico y se confecciona la tapa del obturador. Para esto hay que bloquear la bóveda con yeso de impresión o silicona



Figura 26. Bloqueo de la bóveda con yeso de impresiones para crear hoquedad.

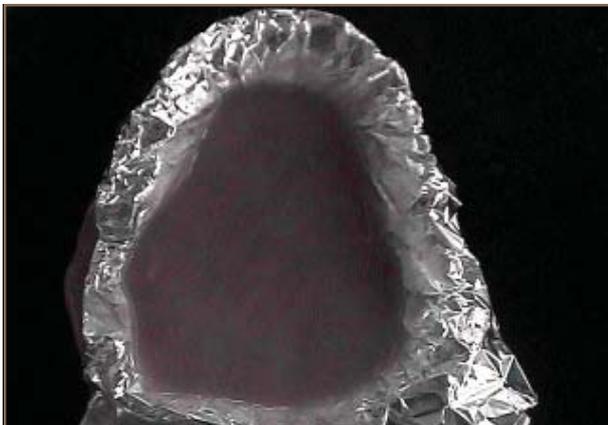


Figura 27. Papel de plomo bruñado y tapa de acrílico.



Figura 28. Tapa de acrílico fijada a la base.



Figura 29. Prótesis en agua para comprobar que flota.



Figura 30. Prótesis superior e inferior terminadas.

macillosa hasta una altura adecuada (Fig. 26.)

Se interpone papel de plomo bruñado sobre la superficie creada vertiendo acrílico de autocurado rosado en consistencia semilíquida (Fig. 27).

Una vez polimerizada la tapa, se retira el yeso o silicona usado/a para crear el hueco, se posiciona y se fija definitivamente con acrílico de autocurado en consistencia líquida (Fig. 28).

Finalmente se pule y se verifica el cierre hermético del obturador, ya que no debe haber filtraciones. La forma de comprobarlo es sumergir la prótesis en agua y verificar que flota y que no salen burbujas (Fig. 29).

Éste es el producto final de laboratorio: las prótesis terminadas listas para su instalación en el paciente (Fig. 30).

5ª sesión clínica: instalación de las prótesis

En esta etapa se realizan todos los controles de instalación, se revisa la oclusión para ver si no hay interferencias de cierre o de lateralidad y propulsión. Si aparecen, se corrigen y finalmente se le dan al paciente las instrucciones de uso e higiene de las prótesis (Figs. 31, 32 y 33).

Se le explica al paciente la importancia de los controles periódicos de mantenimiento y se le hace



Figura 31. Control estético anterior. Paciente sonríe con naturalidad.



Figura 32. Boca entreabierta, Relación del borde incisal de los superiores con el labio.



Figura 33. Gran apertura, la prótesis se mantiene en su lugar obturando la comunicación.

entender que no es el final del tratamiento, sino la primera sesión de la última etapa.

Este paciente tuvo desde el inicio del tratamiento hasta completar su rehabilitación, una muy buena calidad de vida. Sus funciones vitales (masticar, deglutir, fonar, respirar, etc.) en ningún momento se vieron interrumpidas. Las tres prótesis consecutivas con que fue tratado le permitieron no interrumpir

La calidad de vida de un paciente maxilectomizado depende exclusivamente del plan de tratamiento con el cual se lo rehabilita desde el momento en que se decide la excéresis del tumor.



Figura 34. Control diferido. Estado saludable de las mucosas que recubren el defecto.

pir dichas funciones con lo cual su calidad de vida se mantuvo totalmente inalterada. En ningún momento tuvo que retraerse socialmente, ni dejar de alimentarse o tomar mate.

Entendemos que ésta es la única manera en que debe encararse el tratamiento en los pacientes que deben ser sometidos a una extirpación de tumor que va a dejar como secuela una comunicación buco-nasal o buco-sinusal.

CONTROLES INMEDIATOS Y MEDIATOS

A partir de este momento se programan controles inmediatos y mediatos, los primeros para corregir cualquier molestia generada por las prótesis y los controles mediatos para registrar el seguimiento del paciente no sólo de su funcionalidad protética, sino del estado de los tejidos que recubren el defecto (Fig. 34).

Es muy importante poder por inspección directa detectar tempranamente cualquier tipo de recidiva si surgiera en algún momento, ante lo cual estaría indicada la derivación al especialista tratante.

Transcurridos algunos meses, podrá verificarse algún desajuste de la prótesis con el terreno y puede ser necesario realizar el primer rebasado ya sea de la base como del obturador o de ambos simultáneamente. Si fuera necesario rebasar el obturador, se le colocará al paciente el obturador que tenemos de reserva y que quedó archivado. Lo usará mientras se procesa el nuevo obturador a partir de una impresión del defecto tomada con el que está en uso.

RESUMEN

Análisis del Plan de Tratamiento

La posibilidad del uso de silicona biocompatible para confeccionar el obturador flexible permitió que una comunicación tan amplia quedara funcionalmente cerrada por la prótesis obturatriz dado que el anclaje mecánico la prótesis lo encontró en las anfractuosidades periféricas al defecto. Al ser flexible, la silicona del obturador vence las retenciones anatómicas y penetra en el defecto. Una vez allí, logra anclarse en las zonas periféricas abarcando esos lugares que le permiten sostenerse. Al lograr esa traba mecánica, le da al complejo prótesis-obturador el anclaje que necesita para lograr estabilidad y no caer.

Esto actúa a modo de "percha" de la cual pende la base con los dientes. Por otra parte, la silicona actúa como un agente de masaje permanente de la mucosa, lo cual facilita la exfoliación de células muertas y las mucosas mantienen su biología inalterada frente a esta acción terapéutica. En Cirugía Plástica se emplean parches de silicona para aplicar sobre cicatrices defectuosas y tensas en pacientes quemados, observándose muy buena evolución de los tejidos.

La prótesis obturatriz debe mantener una oclusión funcional con el maxilar inferior. Durante el ciclo masticatorio no deben crearse interferencias oclusales que puedan atentar contra la estabilidad de la prótesis obturatriz.

Debido a que el paciente fue derivado para la confección de la prótesis inmediata pocos días antes de la fecha marcada para la remoción del tumor y el tiempo no resultaba suficiente para rehabilitar el maxilar inferior, la prótesis inmediata que se instaló en el acto quirúrgico se realizó sin dientes. Recién se rehabilitó la función oclusal con el tratamiento protético definitivo.

El paciente relata sentirse muy cómodo con su prótesis obturatriz definitiva.

No le molesta en absoluto un juego mínimo de ascenso y descenso de 2 o 3 mm. de la prótesis dentro del defecto cada vez que abre o cierra la boca. Dice que no interfiere para nada con su vida normal, que come perfectamente bien, que habla correctamente y no siente que haya nada para me-

orar. Se le planteó la posibilidad de colocar implantes zigomáticos para anclar en ellos una estructura metálica que sirva de anclaje firme a la prótesis obturatriz, pero se niega por el momento a cualquier otro tratamiento que él considera innecesario, para mejorar lo que a él le resulta muy satisfactorio tal como está.

CONCLUSIONES

- En el caso clínico presentado, la lesión (Carcinoma Verrucoso) abarcaba ambos maxilares, invadiendo fosas nasales con sangrado de las mismas. El tratamiento quirúrgico oncológico extirpó ambos maxilares y creó un grave defecto protético.

- Por la gravedad del defecto protético, la rehabilitación protética del mismo fue necesario realizarla en tres etapas, dos de las cuales (*Prótesis inmediata y Prótesis de transición*) fueron descritas en la primera parte de este tema, en el número anterior de **Actas Odontológicas (UCU)**.

Esta 2ª parte del tema se ocupa de la 3ª etapa protética, la Prótesis obturatriz definitiva que rehabilita al paciente desde el punto de vista anatómico, estético y funcional, dándole buena calidad de vida.

- Tanto la instancia quirúrgico-protética inicial como la rehabilitación protética realizada después, fueron encaradas en forma de trabajo en equipo multidisciplinario, vinculando estrechamente distintas especialidades para el logro de un mejor resultado, teniendo al paciente como centro de todo el tratamiento y procurando en todo momento no afectar su calidad de vida.

- Se describió la técnica de confección de prótesis completa con obturador flexible en todas sus etapas clínicas y de laboratorio.

- En pacientes desdentados, el anclaje firme de la prótesis obturatriz en los grandes defectos, sólo se logra mediante implantes de oseointegración colocados donde haya quedado hueso disponible. Otra opción adecuada pero con menor firmeza es confeccionando obturadores flexibles que logran su anclaje mecánico dentro del defecto.

**En pacientes desdentados,
el anclaje firme de la prótesis
obturatriz en los grandes defectos,
sólo se logra mediante implantes
de oseointegración colocados
donde haya quedado hueso
disponible. Otra opción con
menor firmeza es confeccionando
obturadores flexibles.**

REFERENCIAS

- Aramany, M.** (1978). Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Classification. *J. Prosthetic. Dent*; 40:554.
- Aramany, M.** (1978). Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part II: Classification. *J. Prosthetic. Dent*; 40:656.
- Beumer, J. III; Curtis, TA; Marunick MT.** (1996). *Maxillofacial Rehabilitation. Prosthodontic and Surgical Considerations.* Ishiyaku Euro America, Inc. Publishers. Missouri, USA.
- Benoist, M.** (1978). *Réhabilitation et Prothèse Maxillo-Faciales.*, Julien Prélat, Paris, France.
- Desjardins, R.** (1977). Early rehabilitative management of the maxillectomy patient. *J. Prosthetic Dent.*; 38:424.
- Jacob, R; Martin J.; King, G.** (1985). Modification of surgical obturators to interim prosthesis. *J. Prosthetic Dent.*; 54:93.
- Jankielewicz, I y co-autores.** (2003). *Prótesis Buco-Maxilo-Facial.* Editorial Quintessence, S.L. Barcelona.
- Paprocki, GI; Jacob, RF; Kramer, DC.** (1990). Seal integrity of hollow bulb obturators, *Int. J. Prosthodont*; 3:457.
- Rahn, A.O., Boucher, L.J.** (1970). *Maxillofacial Prosthetics. Principles and concepts.* Philadelphia, London , Toronto. W.B. Saunders Company, USA.
- Rezende, JR; Piras de Oliveira, JA; Brito e Dias, R.** (1986). *Prótese Buco-Maxilo-Facial, conceitos básicos e práticas de laboratorio,* Sao Paulo, Sarvier.
- Taicher, S; Rosen, A.; Arbree, N.; Bergen, S.; Levy, M. et al.** (1983). A technique for fabrication of polydimethylsiloxane-acrylic resin obturators. *J. Prosthetic Dent.*; 50:65.
- Taylor, TD.** (2000). *Clinical Maxillofacial Prosthetics.* Chicago, Berlin, London, Tokyo, Paris, Barcelona, Sao Paulo, Moscow, Prague and Warsaw. Quintessence Publishing Co. Inc.
- Thomas, K.F.** (1994). *Prosthetic Rehabilitation.* London, Chicago, Berlin, Sao Paulo, Tokyo, Hong Kong. Quintessence Publishing Co. Ltd.,
- Trigo, J. C., Trigo, G. C.** (1987). "Prótesis Restauratriz Maxilo Facial". Editorial Mundi S.A.I.C. y F. Argentina.
- Vidulich De Rezende, J.R., Piras de Oliveira, J.A., Brito e Dias, R.** (1986). *Protese Buco-Maxilo Facial.* Sarvier Sao Paulo, Brasil.
- Vidulich De Rezende, J. R.** (1997). *Fundamentos Da Protese Buco Maxilo-Facial* Sarvier Sao Paulo, Brasil.

Dra. Isabel Jankielewicz

*Colonia 922 apto. 204
Tel.: (598 2) 900 7582 - Fax: (598 2) 900 8779
Montevideo, Uruguay
isabelj@movinet.com.uy*