Registro de pacientes portadores de prótesis en unidades de salud bucodental de Atención Primaria

Zeltia González Presa[1], Almudena Tasende Pereiro[2], Mercedes Pereiro Saavedra[3]

[1]Odontóloga eventual en el SERGAS. DEA en el 2009.
[2]Odontóloga. Alumna del máster de periodoncia de la UIC.
[3]Médico Estomatólogo de Atención Primaria en A Coruña.

Cad Aten Primaria
Ano 2012
Volume 18
Páx. 26-32

RESUMEN

Justificación del trabajo: Dado el elevado número de pacientes portadores de prótesis que se ha observado que acuden a la consulta dental y la repercusión en la salud oral y general que puede ocasionar su mal uso, se decidió realizar un registro de las mismas e incidir en la gran importancia que tiene el control periódico, conservación e higiene de las prótesis.

Objetivos:

- Establecer el porcentaje de pacientes portadores de prótesis
- Determinar el tipo de prótesis según la distribución por edad.
- Concienciar a los pacientes portadores de prótesis, de la importancia de los cuidados de la boca y de las mismas para evitar lesiones orales asociadas a la mala higiene.
- Concienciar de la importancia de realizar revisiones periódicas de las prótesis para el control del desajuste de las mismas y presencia de lesiones asociadas susceptibles de malignización; así como del mantenimiento en buen estado de los dientes remanentes.

Diseño: Estudio transversal observacional descriptivo.

Participantes: Pacientes adultos portadores de prótesis que acuden a las U.S.B.D de Culleredo, Santa Cruz (ambas de área metropolitana) y San José A (urbana) de La Coruña por diferentes motivos de consulta durante el año 2010.

Mediciones principales e intervención: Se registró la fecha de nacimiento y el tipo de prótesis que portaban (parcial, completa, fija o removible, tanto superior como inferior). Se les dieron instrucciones de higiene y conservación de las prótesis a todos los pacientes tanto de forma oral como por escrito.

Resultados y conclusiones: Como el número de pacientes portadores de prótesis removibles aumenta con la edad, es necesario establecer controles periódicos bucodentales así como dar instrucciones en higiene oral y conservación de prótesis para permitir que las personas lleguen a edades avanzadas con el mayor número de dientes posibles que permitan una buena masticación, fonación y estética.

Palabras clave: Prótesis dental, higiene oral, Atención Primaria.

No hubo fuente de financiación del trabajo ni conflicto de intereses.

Correspondencia
Zeltia González Presa
E-mail: zeltia.gonzalez.presa@sergas.es

INTRODUCCIÓN

La ausencia de uno o más dientes comporta un déficit en la eficacia masticatoria con consecuencias tanto funcionales como orgánicas, por ello es importante evitar su pérdida y en el peor de los casos intentar su reposición.

La pérdida de dientes es debida a diversas causas. La enfermedad periodontal y la caries son las más frecuentes[1], pero también las agenesias (ausencia de formación del diente), la falta de erupción (inclusión dentaria), los traumatismos y las tumoraciones pueden hacer necesaria la reposición de los mismos.

Mediante la reposición de los dientes también contribuimos a mejorar la estética del paciente, ya que la ausencia de estos, sobre todo los anteriores, produce un hundimiento de partes blandas y en muchas personas produce un efecto antiestético importante.

La estomatitis subprotésica se considera una de las patologías más frecuentes (56%) que afectan a los tejidos bucales de los sujetos portadores de prótesis dentales removibles totales o parciales[2-3], encontrándose con más frecuencia en el maxilar superior[2]. La alta frecuencia de pacientes con esta patología podría estar relacionada con la presencia de factores como son la higiene deficiente de la prótesis[4,2], el mayor tiempo de uso de la misma, irregularidades internas y del contorno, estabilidad, retención, adaptación y oclusión de la prótesis [2-3].

El uso continuado de la prótesis puede provocar un incremento de las lesiones locales como por ejemplo la degeneración de las glándulas palatinas y disminución del flujo salival[2].

El cáncer oral representa una elevada mortalidad y morbilidad ocasionando un importante problema de salud. Es importante destacar que tiene una mayor incidencia entre la población adulta de edad avanzada, considerándose la población mayor de 60 años como una población de riesgo. Se considera una enfermedad multifactorial donde la exposición de la mucosa oral a diversos estímulos carcinógenos químicos, físicos y/o virales (tabaco, alcohol, dieta, radiación ultravioleta, infección por hongos, infecciones víricas, inmunodeficiencia e inmunodepresión), que de forma simultánea o independientemente, llegan a provocar alteraciones neoplásicas en sus células[5]. La irritación crónica de la mucosa oral por bordes cortantes de dientes o restos radiculares, restauraciones irregulares y prótesis mal ajustadas también es un posible factor en la producción de lesiones malignas de la boca[5-6].

Con frecuencia el cáncer oral se diagnostica en pacientes con sepsis bucal (bocas con deficiente higiene y estado dental)[7], de ahí la importancia de concienciar a los pacientes de la necesidad de realizar revisiones periódicas para detectar la presencia de lesiones susceptibles de malignización; así como instruir en la higiene y el mantenimiento en buen estado tanto de las prótesis como de los dientes remanentes.

Consecuencias de la pérdida de dientes

El perfecto funcionamiento del sistema masticatorio necesita de la contracción coordinada de distintos músculos de la región cervical que permitan un funcionamiento eficaz de la mandíbula. En este mecanismo, aparte de la correcta acción de los músculos, juega un papel fundamental la estructuración de las articulaciones temporo-mandibulares así como la del sistema dentario[8]. Los dientes, integrados dentro de este sistema dentario, tienen función fonética, estética y masticatoria. Es en esta última, donde juegan un papel primordial en el primer tiempo del proceso digestivo, pues son los responsables de cortar, triturar los alimentos y formar, con la ayuda de la saliva, el bolo alimenticio. Como consecuencia de esta función masticatoria, los alimentos se reducen a partículas de un tamaño tanto menor cuanto mayor sea el número de ciclos masticatorios realizados antes de cada deglución. La perdida de piezas dentarias da lugar a fragmentos de mayor tamaño debido a que se reduce el número de ciclos[8], y como la masticación es esencial para una adecuada digestión y nutrición[9], la ausencia de dientes repercute directamente en estas funciones junto con la de insalivación de los alimentos y es por ello que se considera necesario reponer los dientes ausentes para favorecer y facilitar las mismas, mejorando la absorción de los alimentos en el tracto digestivo. Esto es importante sobre todo en el caso de muchas enfermedades del tubo digestivo ya que requieren una masticación correcta.

El paso del tiempo hace que los maxilares en los que existe ausencia de dientes, cambien de forma y los dientes remanentes de posición, ocasionando que las prótesis se desajusten. Los pacientes portadores de prótesis, sobre todo si éstas son completas o parciales y se encuentran desajustadas, pueden tener en la mucosa oral úlceras de decúbito e incluso una entidad clínica conocida con el nombre de "Épulis fisuratum" que se trata de una lesión irritativa e inflamatoria que produce una hiperplasia fibrosa que se asemeja a una tumoración y que se localiza preferentemente en las regiones vestíbulo-labiales de ambos maxilares. Asimismo una prótesis mal adaptada puede originar una úlcera traumática dolorosa desde el principio, de contornos regulares y sin induración. La experiencia clínica diaria parece sugerir que la úlcera (sin ninguna lesión o estado cancerizable previo que se haya podido detectar) es una de las presentaciones más frecuentes del carcinoma oral de células escamosas[10]. A pesar de que para algunos autores el Cáncer Oral se relacionas hasta un 50-70% de los casos con dientes rotos, prótesis mal ajustadas, infecciones odontogénicas crónicas, y otras circunstancias traumatizantes para la mucosa oral, hay otros autores que lo niegan. Constituye no obstante una observación

común, la presencia de una boca séptica en la mayoría de los pacientes con cáncer oral[11].

La pérdida de uno o más dientes puede causar alteración de la conformación de las arcadas dentarias, con posibles consecuencias locales como puede ser la separación de dientes vecinos, implicando mayor empaquetamiento de alimentos y por tanto más formación de placa y más posibilidad de caries y enfermedad periodontal. En la arcada antagonista, el/los dientes que tendrían que ocluir con el ausente, se extruirán y alterarán el plano de oclusión con repercusiones a nivel periodontal y oclusal.
La ausencia de dientes sobre todo en los sectores posteriores implica una repercusión en la articulación temporomandibular (ATM), pudiendo desencadenar trastornos en las mismas[1].

Prótesis dentales
Las prótesis dentales son instrumentos o aparatos confeccionados por los protésicos dentales en los laboratorios, pero diseñadas por el odontólogo y cuya misión es la de suplir las piezas dentarias perdidas para restablecer la función masticatoria y la estética[12].

Prótesis Parcial Removible (PPR):
Son prótesis dentomucosoportadas, por tanto se sujetan en los dientes del paciente y se apoyan en la mucosa. En estos casos, no es necesario reponer todos los dientes ya que el paciente sólo presenta algunas ausencias. Como su nombre indica, son removibles y por tanto pueden ser retiradas de la boca por parte del propio paciente. Si la base que soporta las piezas dentarias es de acrílico, decimos que es una prótesis parcial removible acrílica, y si la base es metálica decimos que es un esquelético o prótesis esquelética.
El apoyo sobre las piezas dentarias puede ser con retenedores o ganchos y mediante attaches, los cuales eliminan los retenedores visibles favoreciendo la estética. Este último consiste en un sistema macho-hembra, donde la hembra queda por debajo de la estructura metálica de la prótesis y como el macho tiene que estar incluido en el diente de apoyo, este sistema tiene el inconveniente de que este diente debe llevar una corona.

Prótesis Completa Removible (PCR):
La prótesis completa mucosoportada es una prótesis que construimos para los pacientes desdentados totales, en la que se incluyen todas las piezas dentarias y que por tanto se apoya exclusivamente sobre la mucosa. Es removible y por ello puede ser retirada de la boca por parte del paciente cuando él quiera.
El material con el que se confeccionan tanto las superiores como las inferiores es el acrílico ya que la porosidad de éste absorbe humedad que ayuda a mantener la fijación de las mismas[12].

Prótesis Fija (PF):
Las prótesis fijas, como su nombre indica van cementadas a los dientes de soporte, de manera que el paciente no puede sacárselas de la boca. Consiste en tallar las piezas (pilares) que sujetarán a las que faltan (pónticos) y colocar sobre los pilares las coronas que forman un mismo cuerpo con los pónticos[13].

MATERIAL Y MÉTODOS
Se diseñó un estudio transversal observacional para evaluar el estado actual de reposición de los dientes en los pacientes que acudían a las U.S.B.D. de Culleredo, Santa Cruz y San José A de A Coruña.
Se registró a todos aquellos pacientes portadores de prótesis que acudían por cualquier causa a la consulta de las U.S.B.D del área de A Coruña durante el año 2010.
Una vez atendida la demanda, se realizaba una exploración de la cavidad oral del paciente con el fin de determinar la presencia o no de prótesis, y así poder incluirlos en el estudio.
En los pacientes que eran susceptibles de ser incluidos en el estudio se les realizaba una exploración de los tejidos blandos para la detección de lesiones asociadas a la mala higiene de las prótesis (estomatitis protética), presencia de úlceras de decúbito causadas por un mal ajuste de las mismas y se inspeccionaba la prótesis para ver el ajuste (removibles), nivel de higiene de la misma, así como la existencia de bordes o aristas cortantes que pudieran causar lesiones.
Se registraban en una hoja de Excel diseñada para este trabajo las siguientes variables: la fecha de nacimiento y el tipo de prótesis mediante el cual se realizó la reposición de los dientes según la clasificación indicada en la introducción.
A continuación, y siguiendo la "Guía de hixiene oral para coidadores"[14] elaborada por los profesionales de las unidades de las USBD y editada por la" Xerencia de Atención Primaria de A Coruña", se le daban instrucciones al paciente de forma oral y escrita sobre la higiene tanto de sus dientes como de las prótesis, conservación y consejos sobre el uso de las mismas.

Higiene dental
- Uso del hilo dental
- Uso de cepillos interproximales
- Técnicas de cepillado

Higiene de la prótesis fija
- Uso de seda dental Super-floss para limpiar debajo de las prótesis evitando así la acumulación de restos que pueden ser responsables de la halitosis y la inflamación de las encías.
- Cepillar 3 veces al día todos los dientes

Higiene de la prótesis removible
- Se les informaba que deberían realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de las mucosas y las prótesis.

- Sacar las prótesis después de cada comida y limpiarlas con un cepillo dental y jabón neutro
- Sumergir la prótesis en una solución desinfectante durante aproximadamente quince minutos por lo menos una vez a la semana y enjuagarla con abundante agua corriente antes de colocarla de nuevo en la boca
- Retirar la prótesis de la boca durante 6-8 horas al día
- Conservarla en un ambiente húmedo (sobre una servilleta mojada o dentro de una caja).

RESULTADOS

El total de pacientes mayores de 15 años adscritos a los tres centros de salud, calculados en función de tarjeta sanitaria es de 75.373. Durante el año de recogida de datos, se observó que de los pacientes que habían acudido a las tres consultas, 318 eran portadores de prótesis. El total de pacientes vistos fue en Culleredo 2.340, San José A 1.755 y Santa Cruz 1.725.

El porcentaje de pacientes portadores de prótesis en Culleredo fue del 4,27%, en San José A del 9,18 %, y en Santa Cruz del 3,30%.

Registramos un predominio de reposición de dientes en San José A (centro de área urbana) en edades comprendidas entre 76-80 años y entre los 71-75 en Culleredo y Santa Cruz (ambos áreas metropolitanas) (Figura 1).

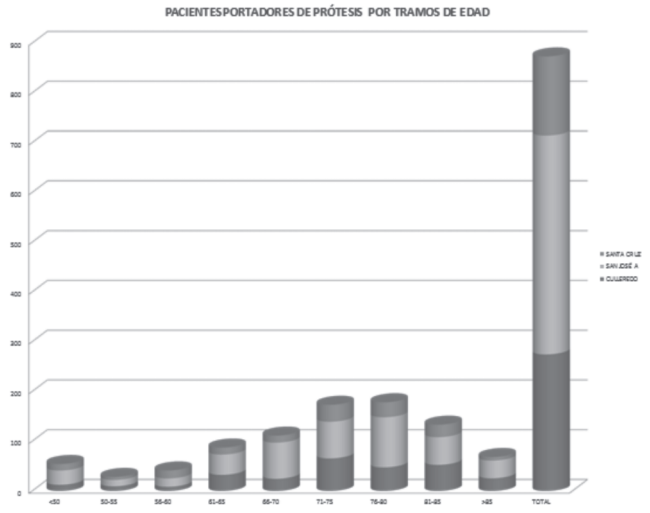


FIGURA 1: Pacientes portadores de prótesis por tramos de edad

En la U.S.B.D de Culleredo, de los adultos que acudieron a la consulta (n=2340), se registraron 100 pacientes portadores de prótesis. El perfil medio del paciente portador, está en edades comprendidas entre 71-75 años (n=23), con PPR superior y/o PPR inferior (Figura 2).

De 1.755 pacientes adultos vistos en la U.S.B.D de San José A, 161 fueron portadores de prótesis. Hubo un predominio de la población comprendida entre 76 - 80 años (n=37), que era portadora de PC superior y/o PPR inferior (Figura 2).

En la U.S.B.D de Santa Cruz, de los 1.725 adultos atendidos, se registraron 57 pacientes portadores de prótesis. El perfil medio del paciente está en edades comprendidas entre 71-75 años (n=13), portador de PPR superior y/o PPR inferior (Figura 2).

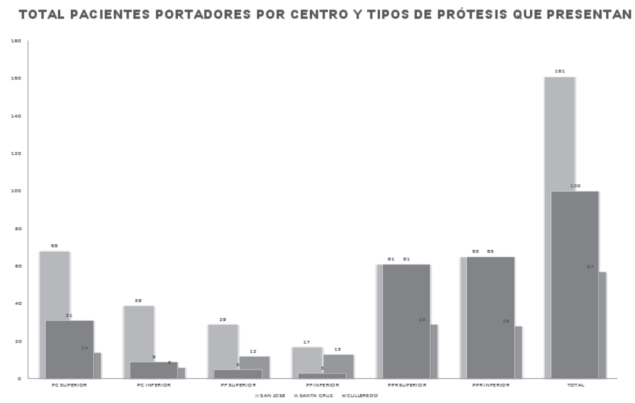


FIGURA 2: Total de pacientes portadores por centro y tipos de prótesis que presentan

Se registraron los datos referentes al tipo de prótesis presente en los pacientes mayores de 15 años en las tres USBD responsables del estudio (Figura 3), con el fin de establecer si existen diferencias o no en los tipos de prótesis dependiendo de la ubicación geográfica. Encontramos un predominio de reposición mediante prótesis parciales removibles para ambas arcadas en Culleredo y Santa Cruz; en cambio los pacientes que acudieron a San José A presentaban reposición de todos los dientes superiores mediante prótesis completa y de los inferiores con prótesis removible.

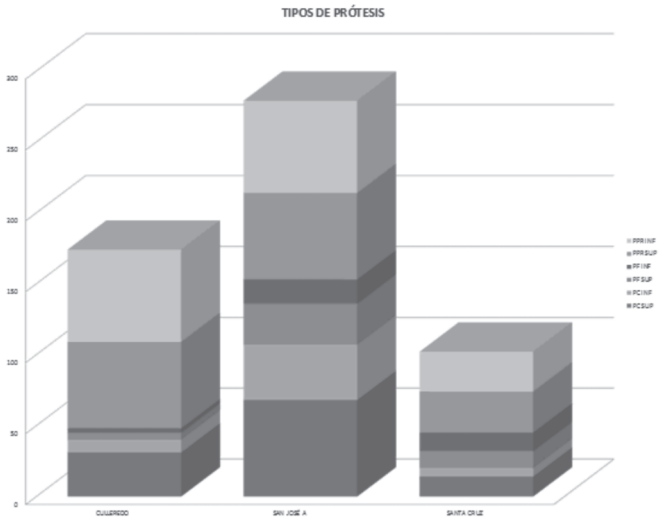
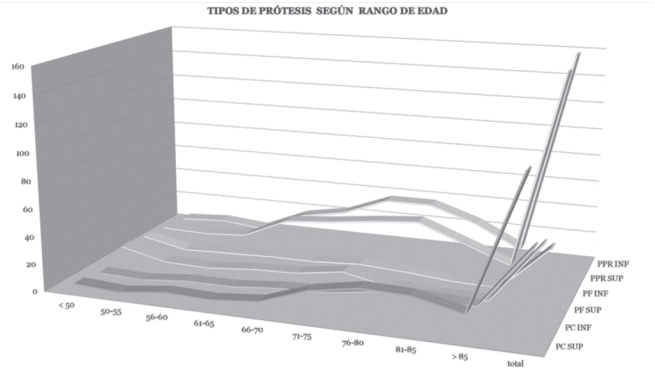


FIGURA 3: Total de pacientes portadores por centro y tipos de prótesis que presentan

Realizamos así mismo, un registro de los tipos de prótesis según el rango de edad para valorar si existe variación del tipo de reposición de dientes dependiendo de la misma. Encontramos que en menores de 50 años predominan las PF superiores e inferiores que comienzan a disminuir a partir de esa edad, para equipararse con las PPRs que se mantienen constantes hasta los 61-65 años; edad a partir de la cual aumentan tanto las PPR superiores como las inferiores. A partir de los 71-75 años en adelante aumentan las PC, haciéndolo en mayor medida las superiores que las PC inferiores. Es a partir de los 85 años cuando se observa un predominio de reposición de los dientes mediante PC frente a PPR (Figura 4).



	< 50	50-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	81-85	> 85	total
PC SUP	4	2	6	5	8	20	26	25	17	113
PC INF	1	0	3	3	6	7	12	12	10	54
PF SUP	11	3	2	5	6	11	4	2	2	46
PF INF	9	2	3	4	4	6	4	1	0	33
PPR SUP	6	5	7	22	25	29	32	19	6	151
PPR INF	4	6	3	17	23	36	36	25	8	158

FIGURA 4: Tipos de prótesis según rango de edad

DISCUSIÓN

No hemos encontrado trabajos realizados para determinar el tipo de prótesis y el número de pacientes mayores de 15 años portadores de las mismas en U.S.B.D de atención primaria.

Hay estudios que han observado la distribución de las prótesis completas en función del género y la edad; así como la relación entre la higiene y éstas con la aparición de estomatitis[15-16].

En otro estudio[17] se registró el tipo de prótesis y su relación con la higiene oral y de la misma, en pacientes mayores de 60 años institucionalizados.

Nosotros hemos registrado no sólo las prótesis completas, sino la distribución según la edad de todos los tipos de prótesis que portaban los pacientes a partir de 15 años y hemos encontrando un porcentaje de pacientes portadores de prótesis en mayores de 15 años del 16,7%. Según los datos de distintos estudios llevados a cabo en el territorio español, se encuentra una elevada prevalencia de edentulismo en el anciano (46,62%), siendo del 36,07% entre los 65-74 años, del 75-84 años del 44,19% y del 52,51% en los mayores de 84 años[18]. En otro estudio[19] realizado en 565 ancianos, se encontró una incidencia de edentulismo superior al 53,09 %. Según estos datos, se obtiene que más del 50% de la población mayor precisa una prótesis completa. Nosotros hemos encontrado un porcentaje de pacientes portadores de prótesis completa en mayores de 60 años del 52,51%, dato que confirma la conclusión de los estudios anteriormente mencionados.

El rango de edad del paciente portador de prótesis es de 71-75 años en los dos centros metropolitanos y de 76-80 años en el centro urbano (Figura 1), por tanto hay más portadores de prótesis en las U.S.B.D de Culleredo y Santa Cruz en un rango de edad más temprano que en San José A. Con estos datos podríamos intuir que los pacientes que viven en un ámbito metropolitano, recurren en edades más tempranas a la reposición de los dientes que en la ciudad, pero dadas las limitaciones de la recogida de datos no sabemos si es que en la ciudad no se los reponen o si la pérdida de dientes es menor o más tardía. Sería positivo realizar estudios en esta línea en próximas investigaciones.

Los portadores de prótesis fija tanto superior como inferior se acumulan entre los menores de 50 años y el tramo comprendido entre 71-75 años en la USBD de San José A y en pacientes de 50 años o menos de las dos USBD metropolitanas. Esto puede obedecer a que la gente más joven prefiere la estética y comodidad de las prótesis fijas y parece que en la ciudad prevalecen también en tramos más avanzados de edad.

Podemos observar que por encima de los 71 años aumentan las completas justo cuando disminuyen las prótesis fijas (Figura 4). Esto apoya el hecho de que conforme nos hacemos mayores perdemos más dientes debido a una suma de factores como son la alta incidencia de caries radicular, la polimedicación (que es un factor favorecedor de la xerostomía) y una menor higiene dental ya sea por discapacidad psíquica o abandono[20-21]. Por otro lado observamos en el mismo gráfico que en los tres centros, a medida que avanzamos en edad los pacientes recurren a reponer las piezas mediante prótesis removible aún siendo posible en muchos casos el uso de prótesis fija y esto podría estar condicionado por motivos económicos.

El número de pacientes portadores de prótesis completa superior e inferior va en aumento conforme avanzamos en edad (Figura 4), aunque se observa un predominio de reposición de dientes superiores mediante cualquier tipo de prótesis en los tres centros frente a la reposición de los inferiores (Figura 5). Esto en base a nuestra experiencia puede estar motivado por la mayor sujeción que presenta la prótesis superior (por la presencia del paladar) y el menor miedo a

extraer los dientes superiores con respecto a los inferiores que se tratan de conservar el mayor tiempo posible para ayudar a la retención de la prótesis inferior. Otra posible causa serían los mayores requerimientos estéticos en el maxilar superior que estarían condicionados por la permanencia de dientes naturales en mal estado o posición (muy frecuente en estos pacientes que suelen ser periodontales). Dado que sólo se registraron aquellos pacientes portadores de prótesis, pero no aquellos que presentaban ausencias de dientes en la boca y que no eran portadores de prótesis, se recomienda para futuros estudios determinar la necesidad de reposición de los mismos.

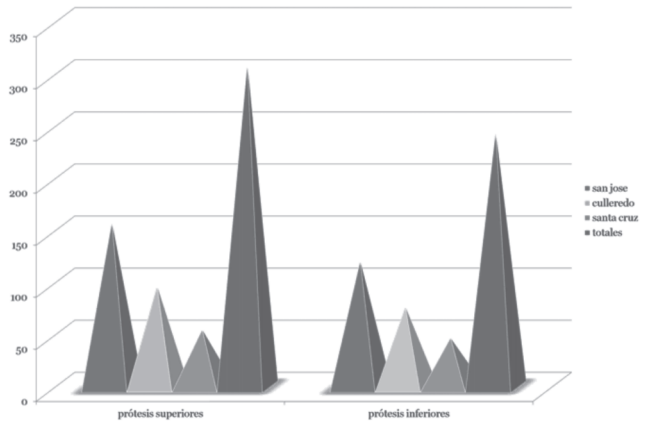


FIGURA 5: Distribución de prótesis inferiores y superiores por centros

CONCLUSIONES

El 16,7% de los mayores de 15 años es portador de prótesis y más del 50% de los pacientes mayores de 60 años presentan prótesis completa.

Los pacientes de las áreas metropolitanas, en comparación con los del área urbana, presentan reposición de las piezas en edades más tempranas, pero lo hacen mediante PPR y este tipo de reposición se mantiene en los rangos siguientes de edad sin haber predominio de PC en edades mayores. Los pacientes del área urbana se reponen o pierden más tardíamente los dientes y sobre todo observamos que hay una mayor reposición de los dientes de la arcada superior ya que hay predominio de PC superiores desde los 76-80 años en adelante. Esto podría ser ya que pierden más dientes o que tienen más interés por reponerlos por motivos estéticos.

Hay estudios que hacen referencia a la importancia de la higiene de las prótesis completas en relación con la aparición de lesiones secundarias (úlceras y estomatitis)[15-17,22]. El hecho de que exista un porcentaje considerable de portadores de prótesis (sobre todo completas), junto con las consecuencias negativas de una mala higiene y uso de la prótesis a nivel de los tejidos, nos indica que debemos hacer hincapié en la importancia de la higiene bucal, de las prótesis y conservación de las piezas hasta una edad más tardía en todos nuestros pacientes. El hecho de observar pacientes menores de 50 años que presentan prótesis fija, nos indica que también tenemos que concienciar a nuestros pacientes desde edades muy tempranas.

Es por ello que sería necesario concienciar a los médicos de familia de atención primaria de la necesidad de remitir a revisiones bucodentales periódicas a los pacientes en general y en especial a las poblaciones susceptibles de sufrir pérdidas dentarias por presentar una patología oral inherente a su edad.

PUNTOS CLAVE

LO CONOCIDO SOBRE EL TEMA:

- La presencia de prótesis dentales es mayor en edades avanzadas.

- Los pacientes portadores de prótesis dentales tienen mayor incidencia de patología oral asociada al uso de las mismas.

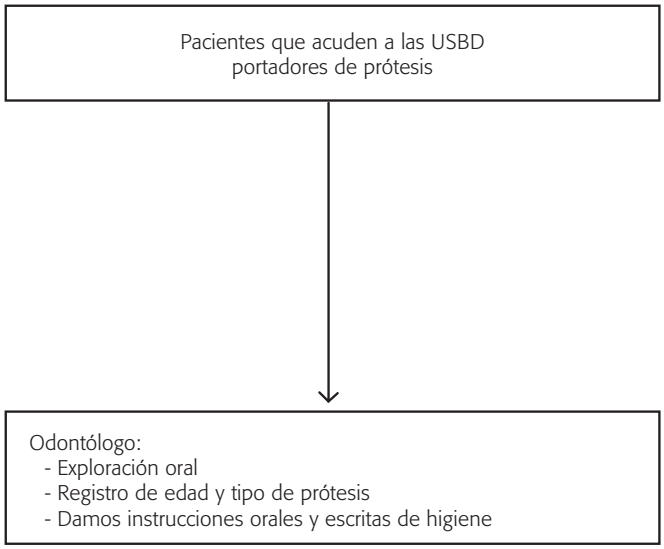
LO QUE APORTA ESTE ESTUDIO:

- Determinar el tipo de prótesis según la distribución por edad y dispersión geográfica.

- Instruir a los pacientes portadores de prótesis en el uso y mantenimiento de las mismas.

Concienciar de la importancia de los cuidados de la boca y las prótesis para evitar lesiones orales asociadas a la mala higiene; así como de la importancia de realizar revisiones periódicas de las prótesis para el control del desajuste de las mismas y presencia de lesiones asociadas susceptibles de malignización.

ESQUEMA DEL ESTUDIO



BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez-Castellanos E, López M. La prótesis dental en gerontología. En: Bullon P, Velasco E. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Ed. Smithkline Beecham. Madrid.1996, pág.353-362.
2. Noguera GA, Fleitas AT. Frecuencia de estomatitis subprotética en pacientes portadores de dentaduras totales. Revista odontológica de los Andes.2006;1:20-27
3. Chimenos E. Candidiasis oral en el anciano. En: Bullon P, Velasco E.Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Ed. Smithkline Beecham. Madrid.1996, pág. 229-240.
4. Ayuso-Montero R, Torrent-Collado J, López-López J. Estomatitis protésica:puesta al día. RCOE 2004;9(6):657-662
5. Martínez-Sahuquillo A, Bullón P. El cáncer oral en el paceinte geriátrico(I): Epidemiología y etiología. Precáncer oral. En: Bullon P, Velasco E. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Ed. Smithkline Beecham. Madrid.1996, pág. 291-306.
6. Boyle P, Zheng T, McFarlane GJ et al. Recent advances in the etiology and epidemiology of head and neck cancer. Current opinion in Oncology.1990;2:539-545
7. Waldrom CH. Tumores orales epiteliales. En: Gorlin RJ, Goldman HM. Patología oral. Ed. Salvat. Barcelona.1984, pág.879-946
8. Crespo Abelleira AJ, Rodríguez Cobos MA. Anatomía Dental. En: Tratado de Odontología. Tomo I. Smithkline Beechan. 1999.
9. Bullon Fernández P. La implantología oral en el paciente geriátrico. Una alternativa en el tratamiento. En: Bullon P, Velasco E. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Smithkline Beecham.1996, pág 363-379.
10. Bascones Martínez A et al. Lesiones precancerosasde la mucosa oral:Leucoplasia,Liquen Plano y Úlcera Traumática.Tratado de odontología.Tomo III. Smithkline-beechan.1999
11. Cáncer oral:Aspectos clínicos y epidemiológicos.J.C. de Vicente Rodriguez.Tratado de odontología.Smithkline-Beechan.
12. Fabal C, Vázquez B, Arenas C. Tecnoloxía de prótesis dental I. Ed. IR INDO. Vigo.1995, pág.159.
13. Shillinburg HT, Hobo S, Whitsett LD. Fundamentos de prostodoncia fija. Quintessence books, 1990.
14. Casas Noriega T, Pereiro Saavedra M, Rodriguez Mariño MD, Tajes Vázquez M. Guía de higiene oral para coidadores. Servizo Galego de Saúde. Xerencia de atención primaria. Xunta de Galicia, 2007. Imprime Valladares s.l.
15. Baran I, Nalçaci R. Self-reported denture hygiene habits and oral tissue conditions of complete denture wearers. 2009;49:237-241.
16. Peracini A, Andrade IM., et al. Behaviors and hygiene habits of complete denture wearers. Braz Dent J.2010;21(3):247-252.
17. Evren, B.A., et al., The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in ederly people living different residential homes. Arch.Gerontol. Geriatr.(2010), doi:10.1016/j.archger.2010.12.016.
18. García-Camba de la Muela J M. La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid. Documento Técnico de Salud Pública (1996). Dirección General de Prevención y Promociòn, Conserjerìa de Sanidad y Servicios Sociales.
19. Caballero J, Rodriguez G. Martinez MA. Estado dental y necesidad de tratamiento en la población geriátrica institucionalizada de Vizcaya. Revista Europea de Odonto-Estomatología. 1991: III: 1:57-64.
20. Bullon P, Velasco Ortega E. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid. Smithkline Beecham.1996, pág175-195.
21. López Jornet P, Bermejo Fenoll A. Xerostomía en el paciente geriátrico. En: Bullon Fernández P, Velasco Ortega E. Odontoestomatología geriátrica. La atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Smithkline Beecham.1996;cap.13, pág.211-228.
22. Nalcaci R, Baran I. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2010;105(6):67-69