

538

PROSTODONCIA MAXILOFACIAL EN PACIENTES CON CANCER ORAL

ANA MARIA FORERO ARANGO

MAGDA YAMILE MALAVER KURE

CLAUDIA PATRICIA MENDEZ SUAREZ

DORIS QUECAN ESCOBAR

GLADYS YANETH RODRIGUEZ CENDALES

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SANTAFE DE BOGOTA D.C., MAYO DE 1996

PROSTODONCIA MAXILOFACIAL EN PACIENTES CON CANCER ORAL

ANA MARIA FORERO ARANGO (891063)
MAGDA YAMILE MALAVER KURE (871099)
CLAUDIA PATRICIA MENDEZ SUAREZ (872052)
DORIS QUECAN ESCOBAR (862092)
GLADYS YANETH RODRIGUEZ CENDALES (872076)

DIRECTOR: Dr. FREDY OSORIO GEGENHERZ

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C., MAYO DE 1996

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION.....	1
2. JUSTIFICACION	2
3. OBJETIVOS GENERALES.....	3
4. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
5. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	5
6. METODOLOGIA.....	6
6.1. TIPO DE ESTUDIO	6
6.2. UNIVERSO.....	6
6.3. VARIABLE EPIDEMOLOGICO.....	6
7. PROCEDIMIENTO	7
7.1. PLANTEAMIENTO ESPECIFICO DEL TEMA A DESARROLLAR.....	7
7.1.1. Definición.....	7
7.1.2. Etiología.	7
7.1.3. Localización.....	8
7.1.4. Clasificación Sistema TNM.....	8
7.1.5. Clasificación de Tipos Generales en Cavidad Oral.....	9
7.1.6 Parámetros.....	9
7.1.7. Rehabilitación	10
7.1.8. Materiales.....	10
7.1.9. Secuelas.....	14
7.1.10. Seguimiento.	14
7.1.11. Enfermedad Maligna con Radio ó Quimioterapia.....	15

	Pág.
7.1.12. Cirugía.....	15
7.1.13. Radioterapia.	15
7.1.14. Cirugía Láser.....	16
7.1.15. Quimioterapia.	16
7.1.16. Complicaciones de Radioterapia.	17
7.1.17. Prótesis Maxilofacial. Solución a un Problema Reporte de un Caso.....	18
7.2. AYUDAS AUDIOVISUALES	20
8. ANEXO. REPORTE DE UN CASO CLINICO	21
9. CONCLUSIONES.....	232
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24

1. INTRODUCCION

El cáncer oral constituye más del 5% de todas las formas del cáncer humano. Los epitelomas o cáncer de los maxilares son una enfermedad frecuente. Desde luego, su punto de iniciación es en las mucosas y tejidos blandos que cubren los maxilares, mucosa del seno, bóveda palatina, piso de boca y carrillos piel.

La literatura referente a estudio del cáncer es voluminosa, pero casi toda concuerda en que debe haber factores predisponentes de la enfermedad, catalogados como hereditarios e intrínsecos, aunque no se refieren exactamente a si el cáncer es heredado, sino a factores inherentes del individuo en cuanto a su susceptibilidad ; y factores extrínsecos que causan irritación y activación de un proceso neoplástico, también se ha considerado como factor etiológico la presencia de algunos virus, o enfermedades como en el caso de la sífilis.

Se ha clasificado, según su ubicación histológica, como se clasificará en el contenido de esta monografía; siendo el carcinoma epidermoide de células escamosas o escamo celular el que ocupa el 95% de las neoplasias de cavidad oral, siguiendo en segundo término el adenocarcinoma o carcinoma de glándulas salivales.

Se ha determinado una mayor incidencia en labio, lengua y piso de la boca; la magnitud de problema neoplásico, se ejemplifica con el hecho de que una de cada cuatro personas actualmente sufren o sufrirán de cáncer según las últimas estadísticas de morbilidad y mortalidad en el país.

2. JUSTIFICACION

El paciente con cáncer oral debe ser tratado de forma integral ya que se debe tener en cuenta tanto su parte psicológica como física, adaptándolo a su nuevo estado, el cual incluye devolver funciones básicas como masticación, deglución y estética para lograr una adaptabilidad social y una reincorporación del paciente a las labores de la vida cotidiana.

La tasa promedio de 5 años de supervivencia de pacientes tratados es de aproximadamente el 40%, razón válida para rehabilitarlos lo mejor posible para evitar que se aisle y disminuya normalmente.

es por eso que debe evitarse el concepto de que reconstrucción y rehabilitación van separadas de la terapia excisional debido a la persistencia del cáncer, esto ha ido cambiando y se debe considerar un tratamiento más humano.

La reconstrucción no cubre persistencia o recurrencia, lo que aparece en la unión del margen de la herida y el tejido transplantado.



3. OBJETIVOS GENERALES

1. Queremos que el profesional conozca, entienda y acepte las condiciones que predisponen al cáncer oral, que haga uso de las manifestaciones clínicas para su pronta atención, su clasificación, el análisis del tratamiento según la lesión; sin olvidar el aspecto psicológico del paciente para información y prevención de los mismos.
2. Queremos que el clínico con base en sus conocimientos de cáncer oral y las condiciones del paciente, pueda informar a este de las posibilidades de tratamiento y rehabilitación posibles para su continuidad funcional.

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Dar importancia a la rehabilitación del paciente con cáncer oral, de acuerdo a su condición sistémica y económica para devolver función y la mayor armonía posible para su integración a la vida cotidiana.
2. Dar a conocer un protocolo de procedimiento para tratamiento y rehabilitación quirúrgica prostodontica y sicológica del paciente.

5. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Los pacientes con cáncer oral, son pacientes que después de tratamiento radial quedan con deformidades faciales notorias, impedimentos en el habla, en la deglución; inclusive en la respiración; o, hay quienes en su curso postoperatorio han tenido complicaciones sinusales, fístulas, o cavidades las cuales, por su difícil limpieza, se encuentran en estado de descomposición.



6. METODOLOGIA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

6.2. UNIVERSO

Según las estadísticas el cáncer oral toma un 5% de prevalencia de promedio con otros tipos de cáncer humano. su frecuencia por localización y sexo es del 2% en mujeres y el 5% en hombres. La tasa de mortalidad la representa la mujer en 1% y el hombre en 3%.

La tasa de supervivencia a los 5 años según su localización se ha determinado en 67% cáncer localizado, 30% presenta afección regional y un 14% manifiesta metástasis a distancia.

En la mayoría de países del mundo, se coincide en que las dos principales causas de cáncer oral esta en el tabaco y el alcohol, por lo que se deduce que cerca de un 75% del cáncer es previsible.

6.3. VARIABLE EPIDEMOLOGICO

Se presenta con mayor frecuencia en mayores de 50 años y por lo general afecta más a los hombres. Se ha visto mayor incidencia en personas de bajos recursos.

Se tiene presente que ciertos medios laborales donde hay contacto continuo con ciertos metales y químicos orgánicos han sido asociados al riesgo de su incremento en cavidad oral, seno maxilar y faringe.

7. PROCEDIMIENTO

Libros, encuestas hospitalarias, entrevistas a profesionales especialistas en el tema y a rehabilitadores encargados de estos casos específicos.

7.1. PLANTEAMIENTO ESPECIFICO DEL TEMA A DESARROLLAR

Cáncer oral, rehabilitación protésica.

7.1.1. Definición.

Que es cáncer: Son neoplasias malignas de origen epitelial, se derivan de células mesenquimatosas. Están caracterizadas por células poligonales mostrando a menudo actividad secretoria. Los tipos más comunes están compuestos por células escamosas, células transicionales y células de patrones glandulares.

El carcinoma escamo celular se extiende por infiltración local haciendo metástasis por vía linfática y sistema circulatorio sanguíneo.

7.1.2. Etiología.

1. Tabaco:

- a. Inhalado.
- b. Masticado.

2. Fumador:

- a. Puro.
- b. Pipa.
- c. Cigarrillo.



3. Alcohol: (más fumador)

4. Microorganismos

- a. Candida albicans.
- b. Treponema palidum.
- c. Virus de Ebstein barr.
- d. Citomegalovirus (Herpes I y II).
- e. Papioma (Carcinoma verrugoso).
- f. Deficiencia alimenticia.
- g. Asociado al síndrome de Plumer Vinson, Glositis, anemia ferropénica, disfagia, carcinoma de cavidad oral.

5. Luz Ultravioleta (Carcinoma vasocelular)

6. Irritación Crónica (prótesis mal adaptadas, flancos desbordantes)

7.1.3. Localización.

- 1. Lengua
- 2. Labio
- 3. Piso de boca
- 4. Paladar
- 5. Mucosa
- 6. Encía

7.1.4. Clasificación Sistema TNM.

T; TUMOR	T1	Menor de 2 cm de diámetro
	T2	De 2 a 4 cm de diámetro
	T3	Mayor de 4 cm de diámetro
	T4	Invade estructuras contiguas
N; NODULO	No	No hay ganglios palpables
	N1	Ganglios ipsolaterales no fijos
	N2	Ganglios contralaterales bilaterales
	N3	Ganglios palpables, fijos indoloros

M; METASTASIS	Mo	Metástasis a distancia
	M1	Prueba clínica e inmunológica de metástasis

7.1.5. Clasificación de Tipos Generales en Cavidad Oral

1. Carcinoma insitu: Circunscrito al epitelio, membrana basal. No metastásico.
2. Carcinoma escamocelular: Invasivo, hace metástasis.
3. Carcinoma verrugoso: No hace metástasis, de larga evolución.
4. Carcinoma basocelular: Rayos ultravioleta en piel, no metástasis.

DIAGNOSTICO

La mayoría de los cánceres no presentan sintomatología en etapas tempranas y debido a esto el clínico debe realizar un análisis detallado para dar un buen diagnóstico.

7.1.6 Parámetros

1. Areas blancas o leucoplasias puede variar de una forma difusa o una definición firme con forma elevada y seca de tejido blanco.
2. Areas rojas o eritoplasia: Zonas rojas bien definidas con zonas de ulceración delgadas son muchas veces la manifestación inicial del cambio maligno en la mucosa.
3. Ulceras: La ulceración de la mucosa es un indicio de sospecha, se debe realizar adecuada palpación de la ulceración, esto es importante para detectar zonas induradas e infiltración en tejidos adyacentes. Las ulceras malignas pueden confundirse con ulceras herpéticas, traumáticas o aftosas.

7.1.7. Rehabilitación

El enfermo que presenta mutilación a nivel maxilo facial como consecuencia de traumatismo o resecciones quirúrgicas amplias necesitará casi siempre reconstrucciones plásticas difíciles y de proyección estética.

No solo los cirujanos ni los rehabilitadores, sino también los radioterapeutas, quimioterapeutas y trabajadores sociales, son imprescindibles para el completo tratamiento de pacientes que por cáncer han sufrido tratamiento mutilante.

Es necesario tener en cuenta que desde el punto de vista de cirugía del cáncer no es aconsejable practicar reconstrucciones plásticas con movimientos de grandes colgajos de vecindad en pacientes en los cuales no se tiene la seguridad de que no habrá recidiva tumoral y la reconstrucción plástica definitiva puede durar de 6 meses a 2 años para estos pacientes la posibilidad de una prótesis, lo más parecido a su estado normal, le soluciona el gran problema social y anímico que puede desencadenarse con la mutilación.

7.1.8. Materiales

Los materiales que con más frecuencia se han utilizado incluyen: resinas de metil metacrilato y polivinil clorhidrato, cauchos de silicona y los más recientes, resinas de poliuretano.

La prótesis debe ser manejada cuidadosamente durante los procedimientos por la contaminación que comprometería la unión entre la pintura y el aparato.

1. Las resinas de poliuretano se han extendido con mucha expectativa. es realmente un nuevo material que es fácil de usar y parece que puede tener buenos resultados domésticos aceptables, es suave, no tóxico y bien tolerada por el paciente.

2. El metil metacrilato ha estado en uso por periodos largos y se pueden obtener resultados estéticos superiores al color, una desventaja es ser poco confortable en clima frío.

El servicio social es una parte importante e indispensable de cualquier tratamiento de pacientes con cáncer, especialmente en pacientes con tumores en la región de cara y cuello.

El tratamiento, cirugía, irradiación o quimioterapia puede resultar en una desfiguración cosmética de la cara como también en una incapacidad funcional severa. este servicio psicológico va desde el diagnóstico hasta la rehabilitación ayudando al paciente a comprender este proceso.

Los principios quirúrgicos reconstructivos, son devolver forma, función y estética, siendo la meta del tratamiento inmediato ó tardío del paciente que por una u otra razón han perdido la integridad mandibular, existen diferentes alternativas quirúrgico constructivas dejándonos llevar por la que más le dé confort al igual que las condiciones socio-económicas y culturales. Se observa un índice de supervivencia del 40% después de 5 años en procesos neoplásicos malignos (tener en cuenta también las patologías asociadas).

Para el buen resultado de los implantes a largo plazo, es necesaria una rehabilitación oral completa y planificada, utilizando métodos avanzados para evitarle al paciente problemas; claro que todo ello con la colaboración del paciente y revisiones regulares por parte del equipo multidisciplinario.

Los materiales usados clínicamente evalúan:

- a) Las propiedades físicas y mecánicas.
- b) Propiedades biológicas ya que van a estar sometidos a altas cargas mecánicas y el contacto directo con el tejido vivo.

1) El titanio se ha usado por más de 20 años sin que se haya documentado ningún caso de incompatibilidad; es excelente para implante oral (intraóseo), algunas de sus propiedades son:

- Metal reactivo: con aire o agua forma óxido que protege de ataques químicos
- Inerte: frente al tejido
- Buena fuerza de tensión
- El hueso se une al metal: material bioactivo

2) Placas de reconstrucción, algunas de sus ventajas:

- Versatilidad para conservar el espacio y dar contorno similar al tejido perdido luego de cirugía oncológica, por su conformación es parecida a la mandíbula.
- Eliminación de fijación intermaxilar en el post-operatorio mejorando así la alimentación, oxigenación y recuperación social.

Desventajas:

- Riesgo de infección
- Necrosis ósea
- Pérdida de soporte

Por ello deben colocarse después de cicatrizadas las heridas bucales.

Otros metales usados son el vitalio, aleaciones de cobalto, cromo y molibdeno.

3) Injertos: se entiende como injerto la resección de un fragmento de tejido, tomado de un sitio donador para ser colocado a distancia en un lecho receptor. Pueden ser:

- a) Autólogo.
- b) Homólogo de igual especie.
- c) Heterólogo.

- d) Isoinjerto de igual especie con afinidad genética.
- e) Eterotrópico, un tejido por otro tipo de tejido.
- f) Libre que para integrarse debe revascularizarse por si solo, siguiendo el curso normal de cicatrización.
- g) Vascularizado, principalmente utilizado en reconstrucción mandibular, son oseolibres, corticales, medulares, cresta ilíaca, costilla, clavícula, escápula, radio.

4) Colgajos: Son otra alternativa en cirugía reconstructiva mandibular.

Un colgajo es un segmento de tejido que posee su propia vascularización tomado de áreas adyacentes ó cercanas al defecto para luego ser rotada y posicionado.

Tipos de colgajo:

- a) Colgajos locales.
- b) Romboide ó de Limberg.
- c) Romboide doble.
- d) Romboide triple.
- e) Bilobulado.
- f) Semilunar de avanzamiento.
- g) Plastia en Z.
- h) Plastia en W.
- i) Orejas de perro.

7.1.9. Secuelas.

Pacientes con pequeñas lesiones tratados con cirugía ó radioterapia tienen pequeños defectos cosméticos.

Resecciones quirúrgicas extensas en paladar, mandíbula, lengua, maxilar, piso de boca, labio, faringe, etc., produce gran deformidad estética y secuelas funcionales.

Reconstrucción mediante colgajos, prótesis implantada y entrenamiento especial pueden mostrar grandes resultados.

Por lo descrito es obvio como la necesidad de una labor integrada de cirujanos de cabeza y cuello, nutricionistas, terapistas del lenguaje, odontólogo, otirronaringólogo, cirujano maxilo-facial, enfermeras, personal de terapia respiratoria, radiólogo, cirujanos plásticos, prostodoncistas, etc.

7.1.10. Seguimiento.

Estos pacientes necesitan exámenes periódicos para detectar si hay recurrencia, metástasis u otras complicaciones.

Las recurrencias locales y metástasis son comunes durante los 3 primeros años, después no, sin embargo, 5 a 10% desarrollan nuevos primarios, siendo mayor el daño, si el paciente no deja el tabaco y el alcohol.

Un plan general podrá determinarse en exámenes periódicos mensuales el primer año. el segundo año, cada dos meses y cada 4 ó 5 meses durante el tercer año.

7.1.11. Enfermedad Maligna con Radio ó Quimioterapia.

Los pacientes que reciben radioterapia sobre la región de cabeza y cuello muestran alteración de los mecanismos fisiológicos de las mucosas y de los huesos. La vascularización de las zonas radiadas primaria o secundaria se altera cuando se realiza una técnica electiva, como el implante. La interrupción adicional de los tejidos puede bastar para dañar aún más la vascularización y determinar el fracaso del implante, incluso una osteonecrosis por radiación. Sin embargo, de acuerdo con estudios recientes algunos casos responden favorablemente a la reparación en dos etapas con oseointegración.

Las drogas quimioterápicas modifican la composición fisiológica del organismo y disminuyen la capacidad de protección frente a las infecciones, por lo general la reparación con implantes está contraindicada en estos pacientes.

7.1.12. Cirugía.

1. En lesiones pequeñas.
2. Rápido y efectivo, corto tiempo.
3. Fumadores.
4. Alcohol.
5. Corto tiempo de rehabilitación.

La extensión de hueso invadido determina los límites de la resección a realizar.

No altera la función salival ni el gusto.

7.1.13. Radioterapia.

1. Para lesiones moderadas de 2 a 4 cm.
2. Lesiones con probabilidad de metástasis (T2 lengua y piso de boca).
3. Pacientes que necesitan mantener la integridad de la función de la cavidad oral.
4. Pacientes con resección inadecuada y presencia de nódulos, invasión vascular o comprometimiento perineural.
5. Carcinoma escamocelular poco diferenciado, ubicación posterior.
6. Naturaleza exofítica del tumor.
7. Pacientes cuya contraindicación es la anestesia general.

7.1.14. Cirugía Láser.

Los láser de dióxido de carbono y argón son comúnmente utilizados en remoción de tumores benignos y carcinoma in situ.

Sigue bajo investigación la eliminación de mínimos carcinomas invasivos. Posee ventajas como:

- a) Menor destrucción de tejido normal.
- b) Menos dolor.
- c) Menos pérdida sanguínea.
- d) Linfáticos son sellados (sealed).

El láser de dióxido de carbono puede utilizarse para cortar o evaporar tejidos.

- Es esencial buena visibilidad.
- Campo seco.
- Vasos mayores de 0.5 mm no pueden coagular.

Como desventaja, el tejido eliminado, es inservible para examen patológico.

7.1.15. Quimioterapia.

- Sigue en estudio su efectividad.
- La razón de su uso, es reducir la incidencia de recurrencia post-operatoria.
- Su mayor utilización en etapas III y IV, primaria a rehabilitación, con el fin de bajar su recurrencia.

La quimioterapia puede erradicar en forma microscópica en sitios distantes y reducir el tumor primario a microscópico, enfermedad residual.

Agentes Quimioterápicos.

Cis-platinum, methotrexata, bleomicina, 5-fu, vinblastin y vincristine.

7.1.16. Complicaciones de Radioterapia.

Las complicaciones por exposición a radiación en carcinoma escamocelular puede dividirse en efectos agudos y crónicos.

Agudos

Mucositis dolorosa (estomatitis) causada por la destrucción que causa la radiación en las células epiteliales en división de la mucosa oral y resultando en la formación de una membrana de células muertas sobre la submucosa.

Cicatriza de 2 a 3 semanas después de terminada la radioterapia.

Crónicos

Debidos al daño directo a células microvasculares o parenquimales, resultando en atrofia de estos tejidos:

- a) Xerostomia
- b) Disglosia

7.1.17. Prótesis Maxilofacial. Solución a un Problema Reporte de un Caso.

Los tumores de tipo benigno o maligno en cabeza y cuello, son limitantes para el paciente y desconcertante en el tratamiento reconstructivo, pues implican devolver funciones básicas para la vida como deglución, fonación estética y alimentación.

En la actualidad, aquellos tumores que involucran el tercio medio facial, presentan soluciones que van desde reconstrucciones con placas o mallas de aleaciones como titanio, cromo, cobalto, molibdeno o injertos de tipo análogo y heterólogo que para pacientes colombianos significan costos elevados.

Fibrosamente en una neoplasia de fibroblastos malignos que se desarrolla a partir del tejido conjuntivo fibroso, en cualquier localización, incluyendo perostio y endostio.

En estadísticas 24% neoplasia más frecuente en tejido blando, el 8% bien diferenciado con crecimiento lento de inflamación local, mientras que el 20% son mal diferenciados, metástasis por vía hematológica a pulmones.

Cuadro Clínico

En boca, masa sólida, no dolorosa inicialmente y no vicerada, mal definida y recubierta por mucosa oral normal con coloración rosada.

Paciente

30 años, mujer, clínica San Rafael, presenta una masa sólida, dolorosa a la palpación que comprometía hemicara izquierda hasta la región de malar, fosa nasal izquierda, región de paladar duro. Evolución 8 meses, intraoral la masa tiene una coloración violácea, en región del paladar duro, no móvil, indurada y dolorosa a la palpación, con interferencias en las funciones de masticación y fonación.

Exámenes

Tomografía axial computarizada y biopsia por congelación, el paciente se somete a maxilectomia parcial izquierda sin reconstrucción inmediata y posteriormente colocación de la prótesis inmediatamente.

El paciente dado de alta 7 días, con una evolución satisfactoria, consulta a los dos meses por dificultada en la fonación y masticación, se realiza prótesis maxilofacial.

Materiales

- Acrílico termocurado
- Diente acrílico
- Cera base
- Ganchos metálicos
- Alginato
- Cubetas perforadas

1. Técnica impresión: no copia fidedigna por que puede crear fuerzas friccionales en la mucosa nasal y antral, toma impresión del defecto.
2. Segunda impresión del defecto: en cera, se lleva a una mufla.
3. Elaboración de prótesis externa.

Prótesis indicadores

- Mantener un estándar de masticación.
- Proveer una barrera física en las cavidades nasal, antral y oral.
- Reconstruir una bóveda palatina que sea adecuada para la fonación.
- Reemplazar en cierta manera el esqueleto óseo para lograr una apariencia agradable y estética.
- Adaptación psicológica y funcional del paciente.

7.2. AYUDAS AUDIOVISUALES

Filminas, artículos, entrevistas, diferentes libros.

8. ANEXO. REPORTE DE UN CASO CLINICO

9. CONCLUSIONES

1. El tratamiento de un paciente con cáncer oral que cause mutaciones o no, debe ser tratado de forma integral de tal manera que devuelva en lo posible estética, funciones primordiales pero sobre todo, adaptabilidad tanto física como mental para aceptar su nuevo estado.
2. Para que un tratamiento sea exitoso, depende de la detección y un diagnóstico acertado y a tiempo del caso específico de cada paciente, analizando causas, síntomas, tiempo de evolución, características, etc., y utilizando los exámenes o pruebas de laboratorio indicadas.
3. Los virus pueden jugar varios papeles en el desarrollo de las neoplasias humanas, pueden actuar como carcinógenos en conjunto con otros factores tales como químicos y radiación ionizante.
4. Los virus pueden ser adquiridos del ambiente o transmitidos de forma hereditaria como parte de un genoma celular (retrovirus), el genoma hereditario puede ser archivado durante los momentos de proliferación celular.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BAKER, Harvey, y N.H, Rickles: oral cancer; american cancer society. Ca-A cancer journal for clinicians. Volumen 23, No. 1, 1973.

BEHAN, Kahn y LOVE, Richard; Concepts in cancer medicine, cap. 42, págs. 557-588. Edit. Gurne y Stratton 1990.

BEUMER, John y LEWIS, steven; Sistema de implantes branemark. Págs. 144-154. Edit Roselló, 1991. Barcelona, España.

HARRISON, M. Principios de medicina interna, tomo 1. Págs. 456-470. Edit. McGraw Hill, 1986.

IMPLANTES DENTALES. Derechos reservados 1994 de la primera edición en español. Edit. Interamericana S.A. de C.V. subdivisión de McGraw Hill, 1994.

MC, KINNEI, Jr. Implantes dentales endoosseos. Cap. 3 y 5. Edit. Times Mirror de España, 1993.

MEYER, Y. Abd Shklar, G; Malignant tumors metastasic, to the mouth and jaws, Oral Surg. Oral med. oral pathol. 60, 327, 328, 1985.

ORAL - DIA. La actividad mundial en odontología; edit. Andrea S.A. Bogotá, Colombia. Mayo-junio 1992.

ONCOLOGIA. 5 edit. Dirijido por D.K. Hossfeld. Sherman. Travesera de gracia, 17-21 080-21. Edit Doyma S.A. España, 1992.

REVISTA DE ODONTOLOGIA; Universidad Nacional de Colombia. Facultada de Odontología. Sept. 1993, Vol. 17 No. 1.

ROBBINS, patología estructural y funcional. 3 De, Cap. 17. Págs. 773-778. Editorial Interamericana.

PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. Periocular reconstruction: asistematic approach. Vol 91 No. 6. Págs. 1017-1027. Mayo, 1993.

LAURENCE, TIERNEY, Jr. y McPhee, Stephen J. Diagnóstico clínico y tratamiento. Edit. Manual Moderno, 1991.