

**REHABILITACION CON PROSTODONCIA TOTAL EN PACIENTES CON
PALADAR HENDIDO**

NINI JOHANA CORDOBA	COD. 981062
MARITZA MACIAS	COD. 981071
YENNY GOMEZ	COD. 981216
KELLY JOHANA GOMEZ	COD. 981232

DECIMO SEMESTRE

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

AREA DE ODONTOLOGIA INTEGRADA

BOGOTA

2002

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dr. Alberto Angulo, Cirujano Maxilofacial; Dra. Nery Villota, Prostodoncista, por sus valiosas orientaciones.

Dra. Diana Guzmán, Prostodoncista Colegio Odontológico Colombiano, Dra. Luz Angela Cortes, Odontóloga General, por su constante motivación en este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2. CASO CLINICO

2.1. INFORMACION GENERAL

2.2. EXAMEN FISICO

2.3. ANAMNESIS

2.4. HISTORIA ODONTOLOGICA

2.5. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

2.6. EXAMEN RADIOGRAFICO

2.7. ANALISIS FACIAL

2.8. EXAMENES DE LABORATORIO

2.9. DIAGNOSTICOS

2.10. PLAN DE TRATAMIENTO

3. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las deformidades congénitas del labio fisurado (Quieloesquisis), y el paladar fisurado (Palatoesquisis), han afectado al hombre, según se sabe, desde la época prehistórica.

Los esfuerzos por corregir estas anomalías han evolucionado con los siglos, con creciente éxito a medida que avanza el conocimiento científico.

Se vea que las fisuras bucales comprenden un complejo tratamiento a largo plazo y aparece con suficiente frecuencia como para constituir un problema de salud pública.

En uno de cada 800 nacimientos vivos se produce algún tipo de fisura labial y fisura palatina.

Debido a la necesidad del paciente después de la cirugía de ayudar a su parte fonética, se han creado aparatos protésicos como lo son los obturadores que colaboran a este fin.

Tal aparato puede influir en los dientes presentes en cavidad oral y llegar a producir daño sobre ellos, causando caries y movilidad hasta el punto de perderlos.

En nuestro caso clínico el paciente recibió este tipo de obturador, lo que hizo que con el tiempo perdiera sus dientes, y desde entonces no ha recibido ningún tipo de rehabilitación.

Actualmente el porcentaje de pacientes edentulos que no presentan ningún tipo de rehabilitación en aumento, debido a muchas causas.

El objetivo de el caso presentado en nuestro trabajo es rehabilitar al paciente con Prótesis Total superior e inferior, con el fin de devolverle la función, fonación, deglución, masticación y confianza que el había perdido.

Para la elaboración de estas, se requiere practicar algunas cirugías preprotésicas para garantizar el buen éxito del tratamiento.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer cual es el diagnostico y tratamiento mas adecuado en el paciente edentulo que presenta paladar hendido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar y conocer la historia clínica del paciente.
- Identificar la clasificación de las fisuras de Paladar Hendido.
- Determinar los factores que influyen en la formación del Paladar Hendido.
- Conocer la importancia de la corrección quirúrgica para la fisura palatina.
- Valorar la importancia de la cirugía preprotésica en el buen éxito del tratamiento y saber identificar en que circunstancias se requiere.
- Determinar cual es el tratamiento adecuado para el paciente, con el fin de ejecutarlo y obtener resultados óptimos.

REHABILITACION CON POROSTODONCIA TOTAL EN PACIENTES CON PALADAR HENDIDO

CASO CLINICO

I. INFORMACION GENERAL

- Nombre del paciente: Jairo Alfonso García
- Lugar y fecha de nacimiento: Sasaima - Cundinamarca, abril 5/ 1951
- Edad: 51 años
- Sexo: Masculino
- Raza: Mestizo
- Estado Civil: Separado
- Dirección: Cll. 58 No. 15 A 18, Bogotá.
- Teléfono: 2555113
- Escolaridad: Cuarto de Bachillerato
- Ocupación: Albañil
- Historia Clínica: Hospital Militar
- Motivo de Consulta: "Realizar las Cajas de Dientes".

II. EXAMEN FISICO:

- Aspecto General:

Paciente que presenta aparentemente buen estado de salud.

- Peso: 55 Kg.
- RH: O+
- Estatura: 1.61 mts.
- Temperatura: 36.5°C.
- Presión Arterial: 108/69 mm/Hg.
- Frecuencia Cardiaca: 87 ppm.

III. ANAMNESIS.

- ANTECEDENTES FAMILIARES:

- La madre sufre de insuficiencia respiratoria hace 14 años, actualmente esta controlada.
- El padre murió de insuficiencia respiratoria hace 25 años.

- ANTECEDENTES PERSONALES:

- Prenatales: La madre no tuvo ningún tipo de control durante el embarazo, consumía alcohol, habito de cigarrillo.

- El paciente presento fisura de paladar desde su nacimiento, le han practicado cuatro cirugías; la ultima se le realizo hace 35 años, estuvo hospitalizado durante 20 días, tuvo buena evolución. Se le recomendó otra cirugía mas donde tenia el 80% de riesgo y 20% de éxito; nunca se la realizo.
- A los 26 años recibió un trauma en su pierna izquierda, por motivo de un accidente automovilístico, le realizaron la cirugía en el Hospital la Hortua donde estuvo hospitalizado por 3 días.

El paladar hendido es una alteración congénita frecuente que a menudo producen deficiencias importantes de lenguaje, masticación y deglucion.

CLASIFICACION:

El labio y paladar hendido se clasifican en cuatro tipos o clases según VEAY:

- Clase I PALADAR BLANDO (20.8%)
- Clase II PALADAR BLANDO Y DURO (30.8%)
- Clase III PALADAR BLANDO, DURO, PREPALATINA UNILATERAL (38.8%)
- Clase IV PALADAR BLANDO, DURO, PREPALATINA BILATERAL (9.6%)

La deformidad que se presenta con mayor frecuencia es una combinación del labio y paladar hendido.

(Clase III), Regezi, 1995; Pruzansky, 1953.

Las fisuras del labio son más frecuentes en los varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en mujeres. El compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo que del derecho.

La falta de unión de las partes que normalmente forman el labio y el paladar se producen en un momento temprano de la vida fetal.

El problema de la fisura bucal se produce entre la sexta y décima semana de vida intrauterina.

Una combinación de falla en la unión normal y desarrollo inadecuado, puede afectar los tejidos blandos y los componentes óseos del labio superior, el reborde alveolar y los paladares duro y blando.

Durante la sexta y la séptima semana, los procesos maxilares del primer arco branquial crecen hacia delante para unirse con los procesos nasales medios, formando el labio superior, el piso de las fosas nasales y en el paladar primario.

Los procesos palatinos se expanden hacia la línea media, y a medida que la cara se ensancha y se alarga, la lengua se descende. Durante la octava y novena semana, los procesos palatinos se extienden aún más en sentido medial hasta

contactar en línea media y fundirse desde adelante hacia atrás para crear la separación palatina entre las cavidades nasal y bucal.

El desarrollo asincrónico y la falta de proliferación mesodérmica para formar uniones de tejido conectivo a través de las líneas de fusión. Se citan como variantes embriológicas involucradas en la fusión de la fisura. (Avery, 1957).

El paladar hendido se produce alrededor de la octava semana de desarrollo embrionario por rotura epitelial, que origina falla del crecimiento del tejido mesodermico y falta de fusión de los segmentos laterales del paladar. (Fraseri, 1970).

ETIOLOGIA:

- Herencia. La base genética de las fisuras bucales es importante pero no predecible. La tendencia hereditaria, como lo evidencia la presencia de algún miembro de la familia afectado. Se han encontrado en un 20 al 30% de la mayoría de las series publicadas en todo el mundo.

El defecto genético del labio fisurado y el paladar fisurado se manifiesta como una falta de potencial de proliferación mesodérmica a través de la línea de fusión, después de que los bordes de las partes componentes se han puesto en contacto.

Otra teoría de la producción de la fisura describe un error en un cambio transicional del suministro sanguíneo embrionario.

El aumento de la edad de la madre también puede contribuir a la vulnerabilidad embrionaria a la producción de la fisura.

- Factores ambientales: Los factores ambientales desempeñan un papel contribuyente en el momento crítico de la fusión de las partes del labio y el paladar. Los estudios en animales han dirigido la atención hacia la deficiencia nutricional como elemento que aumentaría la incidencia de las fisuras bucales. Se ha demostrado que la hipoxia, la aspirina y muchas otras drogas, la alteración del líquido amniótico y otros factores ambientales aumentan la incidencia de fisuras bucales. (Pruzansky, 1955).
- Multifactorial. Causas inexplicables.
(Pruzansky, 1955).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

El pronóstico depende de la gravedad del defecto, los problemas estéticos y las deficiencias de audición y lenguaje suelen causar alteraciones del desarrollo. (Preston, 1986).

CORRECCION QUIRUGICA

Los procedimientos quirúrgicos para la corrección de la fisura labial y el paladar fisurado son siempre electivos. Los objetivos de la cirugía requieren que el niño este en un estado óptimo de salud antes de emprender la operación.

Palatorrafia.

Anatomía quirúrgica. La función palatina es necesaria para la fonación y la deglución normales. El paladar duro forma la división entre las cavidades bucal y nasal, mientras que el blando funciona junto con la pared faringea en una importante acción valvular denominada mecanismo velofaríngeo. En la fonación normal esta acción valvular es intermitente, rápida y variable, para efectuar los sonidos normales y las presiones desviando las corrientes de aire con sus ondas sonoras hacia fuera de la boca. Sin la acción valvular, la fonación es hipernasal y la deglución esta dificultada. Cabe recordar que, además de su acción en la elevación y tensión del paladar blando, los músculos elevadores y tensores efectúan una apertura del conducto auditivo.

Los tejidos palatinos reciben un colapso suministro sanguíneo por parte de las ramas palatina mayor y menor y nasopalatinas de la arteria maxilar superior.

El pronostico de la Palatorrafia es la corrección del defecto embrionario para restaurar la función palatina, la fonación y la deglución normal y realizar esta

restauración con mínima perturbación del crecimiento y el desarrollo del maxilar superior. (Braitwaite, 1965).

Existen 3 tiempos Quirúrgicos:

1. Antes de los 3 meses de edad (labio, parte de nariz y parte anterior del paladar duro).
2. De los 18 a 24 meses (paladar blando). Importancia para la fonación.
3. 6 años de edad. (Cierre del paladar duro, cuando ya se haya terminado el crecimiento del maxilar superior). Si la cirugía se realiza antes se estaría frenando el crecimiento del maxilar. (Steffensen, 1990).

El tratamiento tiene una secuencia cronológica y requiere equipo medico multidisciplinario, para la extensión de los problemas y su impacto en el niño y la familia. El equipo de especialistas en hendiduras del paladar, cirujanos odontólogos, médicos, cirujanos plásticos y otros profesionales en relación con la salud y los servicios sociales y de desarrollo infantil, el cómo por terapeutas de lenguaje y audición. (Steffensen, 1990).

IV. HISTORIA ODONTOLOGICA

- ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS

- El paciente manifiesta que se le ha practicado tanto anestesia local como general y no presento ninguna complicación.
- No reporta complicación alguna post-exodoncia.
- El paciente ha sido atendido en el hospital militar donde se le han practicado las cirugías respectivas para la corrección de la fisura palatina.
- El paciente manifiesta haber recibido después de las cirugías del paladar aparatología protésica, para ayudar a la fonación y a la deglucion, lo que hizo que los dientes sanos presentes en cavidad oral sufrieran caries hasta el punto de perder sus dientes.
- Desde entonces el no ha recibido ninguna rehabilitación prostodontica y acudió a la consulta con el fin de bulæ3 un tratamiento adecuado que solucionara su necesidad de reemplazar sus dientes perdidos y devolverle la confianza, función, fonación y masticación.

- ANTECEDENTES PSICOLOGICOS.

- El paciente presenta una buena actitud ante el tratamiento, estado de animo, transferencia y contratransferencia positivas.

V. HISTORIAQ ESTOMATOLOGICA.

▪ REVISION POR SISTEMAS

El paciente no reporta ninguna alteración.

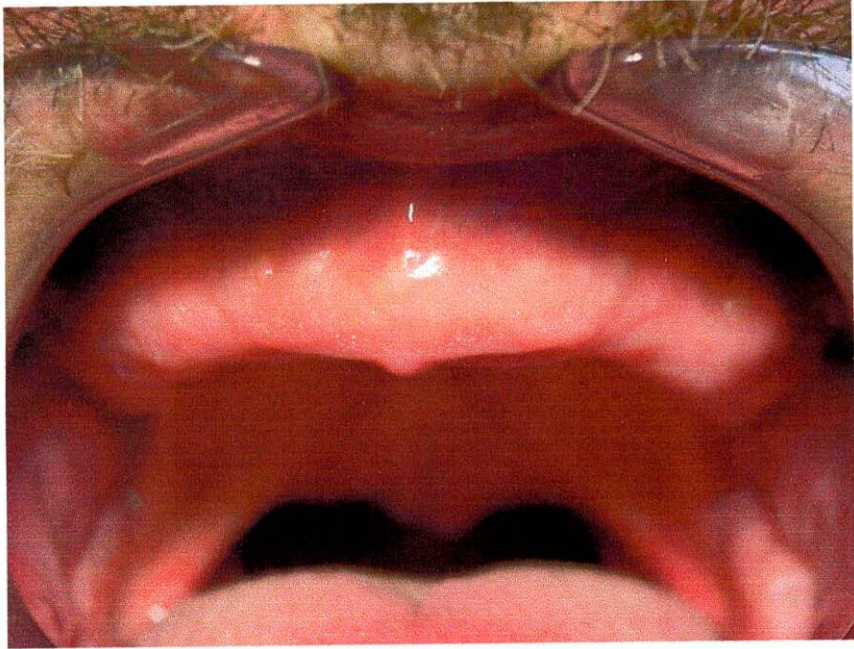
▪ EXAMEN FISICO ORAL.

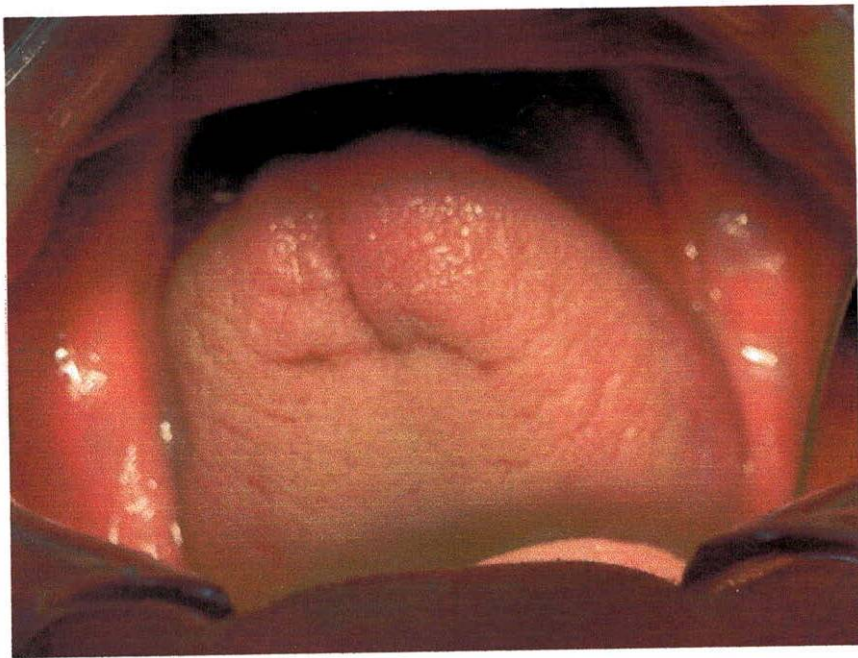
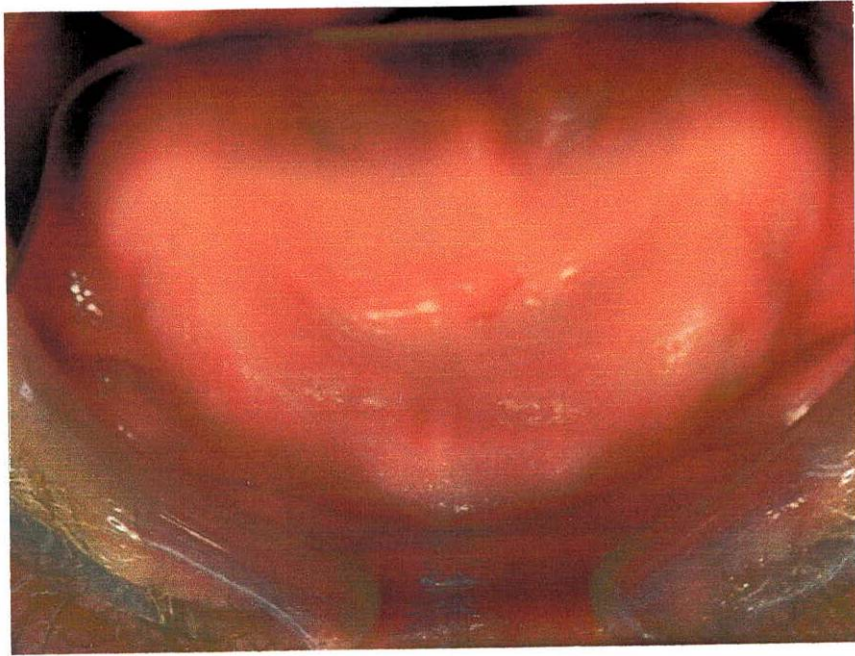
Se puede observar:

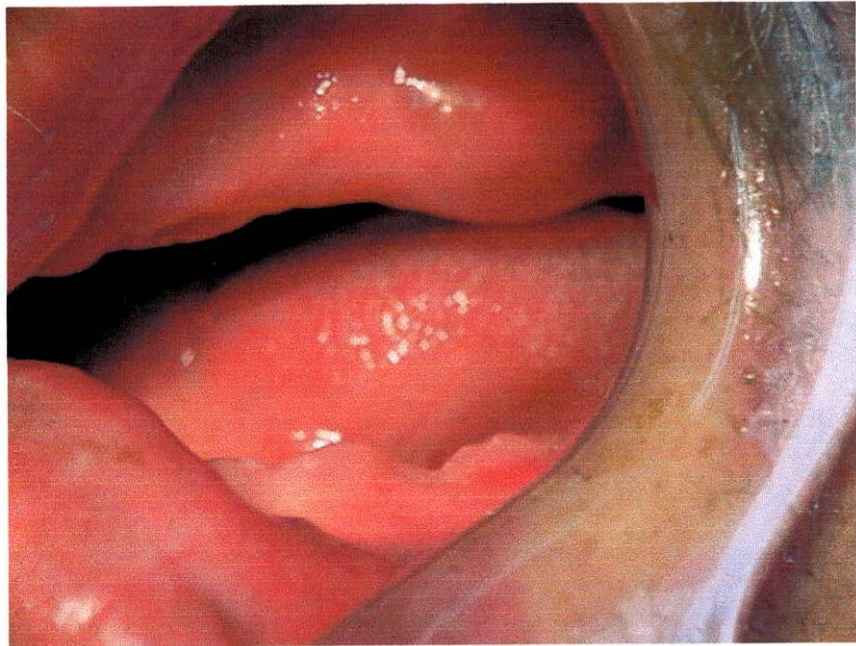
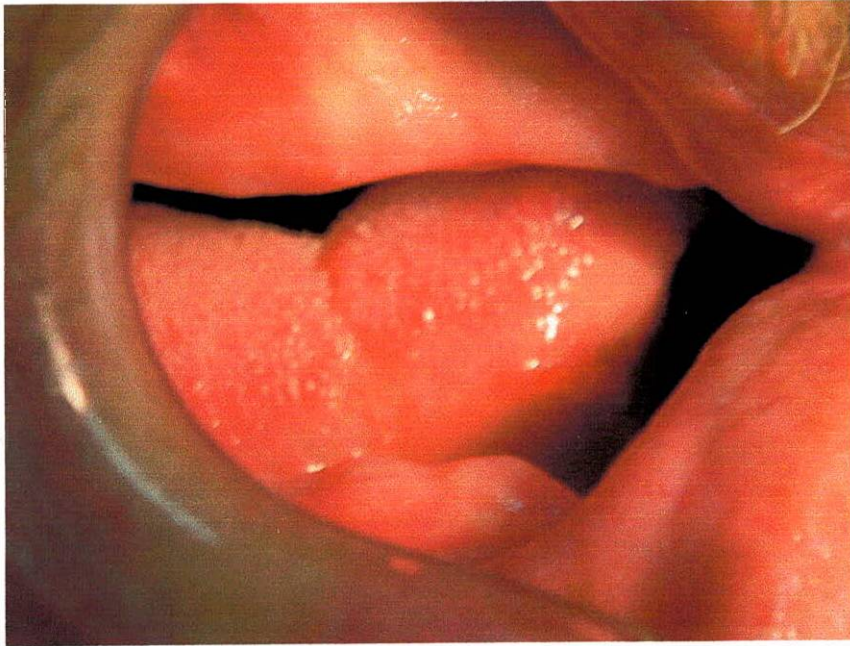
- Surco vestibular anterior inferior poco profundo.
- Reborde alveolar inferior irregular.
- Frenillo anterior inferior anormal.
- Paladar duro y blando con irregularidades, ya que presento desde su nacimiento paladar fisurado.
- Inserción baja del frenillo superior.

▪ EXAMEN INTRAORAL

- Arco maxilar superior: ovoide
- Arco maxilar inferior: ovoide
- Tamaño del reborde residual: normal.
- Forma del reborde residual: en "U".
- Relación intermaxilar: clase III, Protrusiva.
- Espacio Intermaxilar: normal.
- Forma del paladar: fisurado.





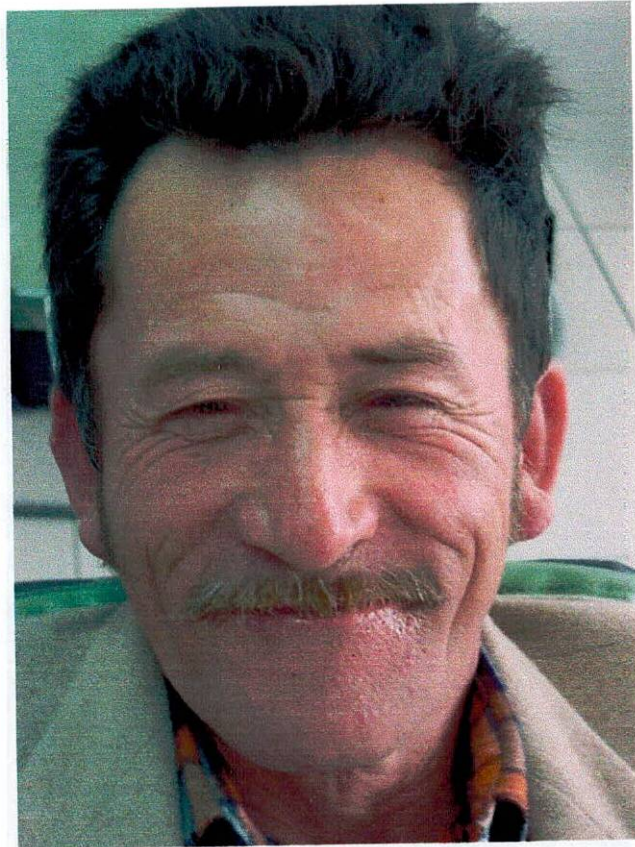
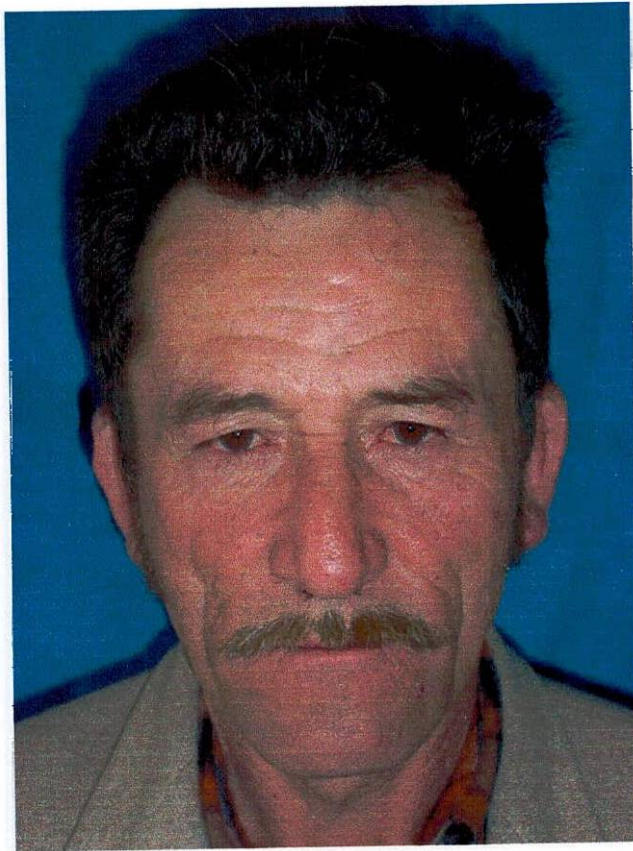


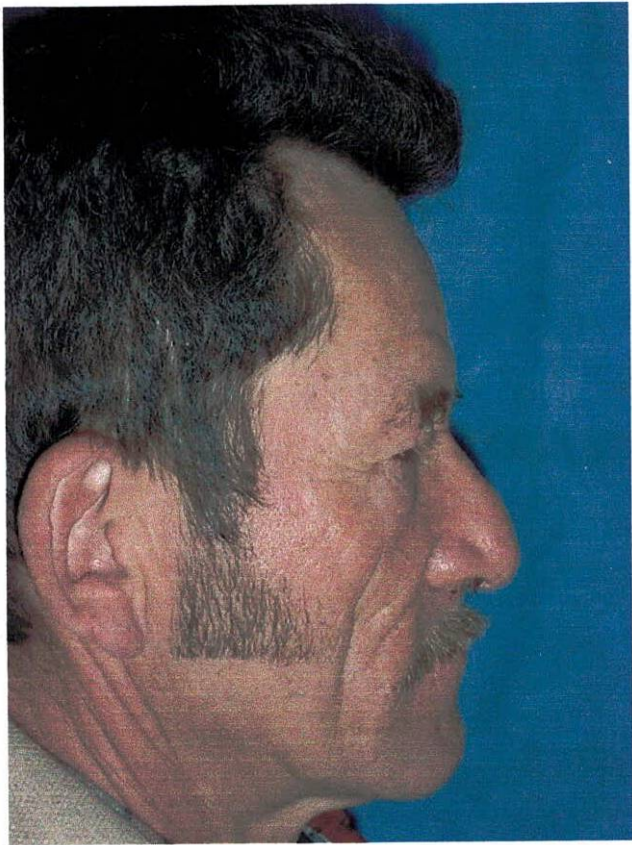
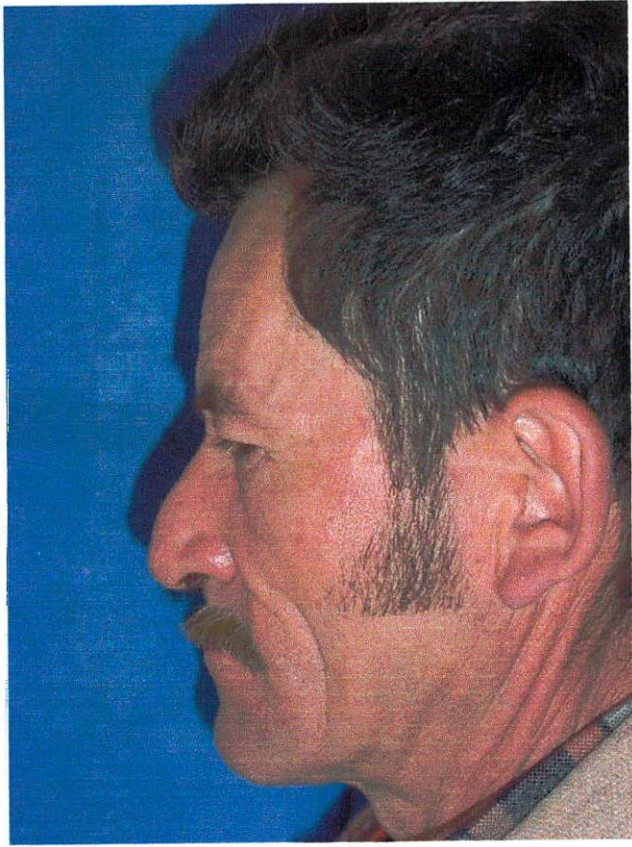
VI. EXAMEN RADIOGRAFICO.

- Tipo de radiografía: Panorámica.
- Aparentemente podemos observar estructuras anatómicas normales, con muy buena densidad del hueso. A nivel superior podemos observar una pérdida ósea horizontal a través de todo el maxilar.
- A nivel inferior observamos aparentemente un buen espesor del cuerpo de la mandíbula con ciertas irregularidades a nivel del reborde alveolar.

VII. ANALISIS FACIAL.

- Paciente: normal.
- Línea media facial: coinciden
- Sonrisa: Es imposible clasificar, debido a que no hay un parámetro establecido por que el paciente nunca ha usado prótesis.
- Paciente: clase III.
- Competencia labial: presente
- Perfil: Cóncavo.





VIII. EXAMENES DE LABORATORIO

Se le solicitaron al paciente los siguientes exámenes:

- TP: 14 seg. (CD. 13 seg.).
- TPT: 45 seg. (CD. 39 seg.).
- CUADRO HEMATICO:
 - Hemoglobina 16.7 g/dl
 - Hematocrito 50%
 - Leucocitos 12.000/mm³
 - Neutrofilos 77%
 - Linfocitos 22%
 - Eosinofilos 1%
- GLICEMIA BASAL: 70mg/dl VR(60 - 110 mg/dl)

IX. DIAGNOSTICOS

- GENERALES: el paciente manifiesta no sufrir ninguna enfermedad sistémica y hemorrágica que intervenga en el tratamiento.
- CRANEO-MANDIBULARES: Desórdenes de crecimiento y desarrollo adquiridos tipo desarmonía oclusal.

- **ORALES:**
 - A nivel de tejidos blandos: presenta poca profundidad del surco vestibular anterior superior e inferior , siendo el inferior mas marcado.
Etiología: Exodoncias traumáticas, perdida del reborde alveolar.
 - A nivel óseo: presenta perlda osea en el maxilar superior. Etiología: Neumatosis del seno maxilar (en la mayoría de los casos es debido al uso de prótesis totales mal adaptadas.
- **DENTALES:** Desdentado total superior e inferior.
Etiología: Multifactorial.

X. PLAN DE TRATAMIENTO

- **TRATAMIENTO IDEAL.**
 1. CIRUGIA PREPROTESICA
 - Cirugía de profundización de surco vestibular anterior inferior "VESTIBULOPLASTIA SUBMUCOSA".

VESTIBULOPLASTIA

Su objetivo es aumentar de manera indirecta el reborde alveolar por medios quirúrgicos al desinsertar los músculos y llevarlos, junto a la mucosa en la mayoría de los casos, a una posición mas baja en el maxilar inferior o mas alta en el superior. Así es posible confeccionar una prótesis con unos flancos mas

extendidos y por tanto con una retención y una estabilidad de mayores. En ocasiones sera suficiente una profundización en el segmento anterior o en los posteriores, en otras bastara con la plastia vestibular y en otras habrá que complementarlas con el descenso del suelo bucal. Por último, si el reborde alveolar sufre una gran reabsorción, es inútil realizar estas técnicas y serán necesarias las plastias de aumento. (Obwegeser, 1970).

Otro objetivo es el de mejorar el control de placa permitiendo un espacio para el uso efectivo no traumático de coadyudantes en el control de placa. (Genco, Rosember, Evian, 1960).

Indicaciones

Esta técnica esta indicada en pacientes con pequeños rebordes clínicos y mucosa de recubrimiento sana, sin fibrosis submucosa excesiva, hiperplasia o cicatrices.

Procedimiento

En el maxilar inferior se practican tres incisiones verticales: una mediana y dos a la altura de los músculos mentonianos. Por tunelización submucosa se practica con bisturí y tijeras la disección de la submucosa y la desinsercion de los músculos; estos se extirpan en parte o se llevan hacia el fondo del vestibulo. La mucosa despegada se aplica sobre la superficie osteoperióstica, manteniéndose con puntos en U. (Propper, 1970).

Complicaciones

Las complicaciones que pueden aparecer ante cualquier vestibuloplastia son:

- Hematomas,
- Equimosis,
- Hemorragias,
- Lesiones nerviosas,
- Parestesias,
- Recidivas de las intervenciones quirúrgicas. (Zabalegui, 2002).

La poca profundidad del surco se deben a la sobre inserción de algunos musculos como son:

- Canino
- Orbicular de los labios
- Borla del mentón
- Buccinador, etc.

El músculo mirtiforme o depresor del tabique nasal incluido en un amplio frenillo no se debe resear, puesto que se produciría una modificación del contorno labial; se hará exclusivamente su desinserción e inserción posterior en un punto mas alto. Suelen recidivar por formación de tejido cicatrizal.

Las desinserciones musculares mas amplias, bien sean para solucionar problemas de acusadas reabsorciones alveolares, inserciones musculares altas o existencia

de abundante tejido cicatrizal, entran de lleno en el campo de las vestibuloplastias. Estas intervenciones, consideradas de mayor envergadura, requieren técnicas más especializadas. (Kazanjian, Clark, Trauner, Schuchardt, Obwegeser, Godwin y Cooley, 1970).

2. PROSTODONCIA

Elaboración de prótesis total superior e inferior.

PROSTODONCIA TOTAL.

Este tipo de rehabilitación se realiza con el fin de devolver y restaurar las porciones funcional y estéticas del sistema gnatólogico que se han perdido o están congénitamente ausentes.

Dado que una prótesis no puede ser mejor que la base ósea sobre la cual se apoya con su correspondiente cubierta de tejidos blandos. El odontólogo debe realizar todos los esfuerzos que estén a su alcance para reparar, mejorar, preservar y hasta reconstruir los maxilares para lograr un uso prolongado de la prótesis.

Muchas dentaduras que se usan con molestias, podrían volverse confortables y funcionales si se realizaron modificaciones quirúrgicas para mejorar su uso.

CRITERIOS PARA LOS REBORDES DESDENTADOS

Goodsell, señaló los criterios para la prótesis en una boca desdentada ideal. Los siguientes son los criterios de un reborde desdentado ideal:

1. Soporte óseo adecuado para la prótesis.
2. Hueso Cubierto con tejido blando adecuado.
3. Ausencias de socavados o protuberancias sobresalientes.
4. Ausencia de rebordes agudos.
5. Surcos vestibular y lingual adecuados.
6. Ausencia de bandas cicatriciales que impidan el asentamiento normal de la prótesis en su periferia.
7. Ausencia de fibras musculares o frenillos que movilicen la periferia de las prótesis.
8. Relación satisfactoria de los rebordes alveolares superior e inferior.
9. Ausencia de pliegues de tejidos blandos, redundancias o hipertrofias en los rebordes o en los surcos.
10. Ausencia de enfermedades neoplásicas.

3. CIRUGIA "FRENILECTOMIA". (opcional).

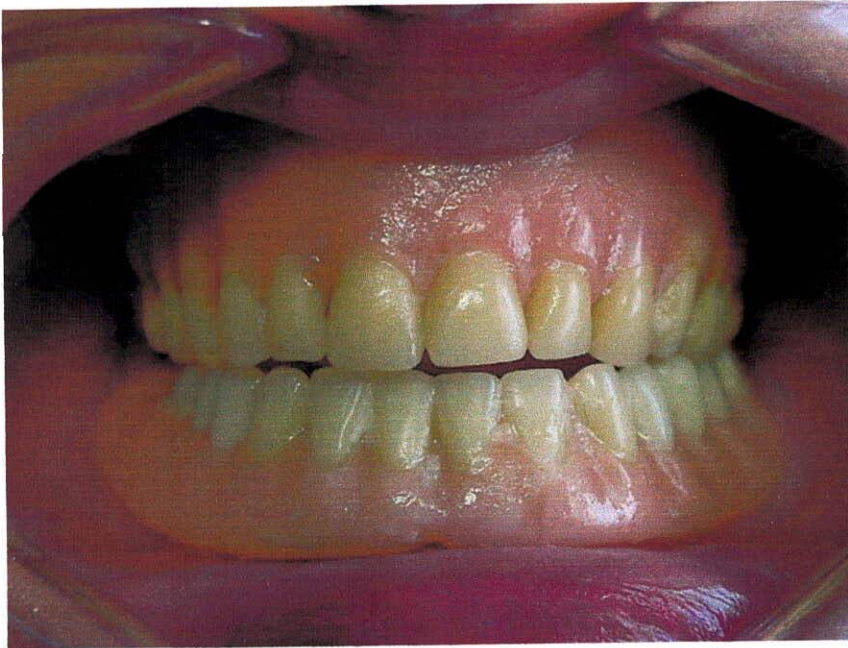
Este procedimiento se utiliza para eliminar el frenillo que se inserta de modo directo dentro de la encía marginal, dando como resultado un estiramiento y retracción de margen gingival, el cual se vincula frecuentemente con la recesión localizada progresiva. Este procedimiento también está indicado cuando se dificulta la higiene bucal por los vestíbulos provocada por una inserción alta de los frenillos, cuando se dificulta la construcción de una prótesis por inserciones altas de frenillo. (Detery y Bernimoulin, 1980).

Procedimiento

El objetivo es el de remover todas las fibras del frenillo hasta el periostio para que la recurrencia sea mínima. Después de una anestesia adecuada, el frenillo se toma con una pinza hemostática para definir su extensión coronal, apical y lateral. Una hoja de bisturí amplia se utiliza para incidir la mucosa y diseccionar las fibras musculares. Esto se lleva a cabo como un procedimiento de espesor dividido, dejando periostio en el hueso labial. La incisión se sutura. La extensión gingival no se cierra y se permite que cicatrice por segunda intención. (Carranza, 1970).

4. Se observan flancos y se decide si hay que reducirlos.

5. Se observan si las prótesis requieren rebase.



- TRATAMIENTO ALTERNATIVO

- Implantes: sobredentadura, ajustes tipo ERA, en la zona de caninos, lo cual brindara estabilidad a la prótesis total.

- INTERCONSULTAS

- Cirugía: Cirugía de profundización de surcos vestibulares anteriores, inferior vestibuloplastia submucosa. Cirugía Frenilectomia superior.
- Prostodoncia: Elaboración de Prostodoncia total superior e inferior.
- Diagnostico: Analisis de Resultados de exámenes y programación de cirugías.

- PRONOSTICO: Bueno.

CONCLUSIONES

- La Historia Clínica del paciente nos reveló todos los datos necesarios para llegar a determinar cuál era el diagnóstico y tratamiento más adecuado para el paciente.
- El Paladar Hendido es una alteración congénita que produce deficiencia importante en la fonación, deglución, masticación.
- El paciente aparentemente presentó una fisura tipo II en la que involucraba Paladar Duro y Paladar Blando.
- Las causas aparentes por las cuales el paciente sufrió de Paladar Hendido, fueron por factores ambientales, ingesta de alcohol y hábito de cigarrillo de la madre.
- La Palatorrafía tiene como propósito la corrección del defecto embrionario para restaurar la función palatina, fonación, función y deglución normal.
- El objeto de la cirugía preprotésica es preparar, mejorar y preservar los tejidos blandos y la parte ósea para lograr el uso prolongado y cómodo de la prótesis.
- El tratamiento ideal para nuestro paciente es una cirugía preprotésica (Vestibuloplastia) maxilar inferior, confección de la Prótesis Total superior e inferior, posible cirugía maxilar superior (Frenilectomía), uso de las prótesis, se

observan flancos y se decide si hay que reducirlos, por ultimo se observa si las prótesis requieren algún tipo de rebase, control post-tratamiento.

- El paciente se encuentra muy motivado con relación al tratamiento, ha asistido a todas las sesiones clínicas, puesto que ha asimilado la importancia y los beneficios que a nivel de salud oral, estética y desenvolvimiento socio - comunicativo le esta aportando dicho tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- Avery, J. K., Bunting. R. W.: Oral Hygiene, tercera ed., Filadelfia 1957.
- Boucher, Protesis para el desdentado total, 1967
- Braithwaite, F, Cleft lip and palate repair in Battle, R.J.V., editor: Clinical Srugery (plastic). Washington, 1965.
- Carranza and Carrarro JJ: Mucogingival technique in periodontal. Surgery, J Periodontol 41: 294, 1970.
- Fraser FC, The genetics of cleft lip and cleft palate. Am J Hum Genet 22:336-352, 1970.
- Obwegeser, H: In Thoma K. H: Oral Surgery, ed. 5 Vol 1 St Louis, 1970.
- Preston C, J, Yates AJP. Effective Short-term treatment of paget's disease. With oral etidronate. Br. Med J 292:79-80, 1986.
- Propper, RH: Simplified ridge extension using free mucosal grafts. J oral surg 22:49, 1970.
- Pruzansky S: Description, classification and analysis of unoperated elefts of the lip and palate. Am . J orthod 39:590, 1953.

- Pruzansky, S, Factors determining arch forms in clefts of the lip and palate. Am J orthod 41:827, 1955.
- Steffensern, W.H: Palate lengthening operations - collective review. Plast reconstr. 27:261, 1990
- WWW.endodoncia-zabalegui.com. Zabalegui, asesores científicos de contenidos: Clinica Dental Albia, Copyright PULSOMED, marzo 2002.