

**PRESENTACIÓN
DE CASO CLINICO**

**SAMMY SILVA 001030
NATALIA LASSO 001070
MARCELA SAAVEDRA 001071
MARCELA CARDENAS 001101
ANGIE GAONA 001110
ALEXANDRA PAEZ 001113**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
ODONTOLOGÍA INTEGRADA
X SEMESTRE
2004**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	2
1.1 OBJETIVO GENERAL	2
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	2
2. CASO CLINICO	3
2.1 INFORMACION GENERAL	3
2.2 ANAMNESIS	3
2.3 EXAMEN FISICO GENERAL	3
2.4 HABITOS DE HIGIENE ORAL	4
2.5 EXAMEN FACIAL	4
2.5.1 SONRISA	4
2.6 EXAMEN CLINICO	5
2.6.1 EVALUACION DINAMICA	5
2.6.2 TRATAMIENTOS RECIBIDOS	5
2.6.3 ODONTOGRAMA	6
2.6.4 PERIODONTOGRAMA	7
2.7 EXAMEN RADIOGRAFICO	8
2.7.1 RADIOGRAFIA PÀNORAMICA	8
2.8 DIAGNOSTICOS	8
3. SOPORTE CIENTÍFICO PARA LOS DIAGNOSTICOS	10
4. TRATAMIENTOS	15

4.1 TRATAMIENTO IDEAL	15
4.2 TRATAMIENTO ALTERNATIVO I	16
4.3 TRATAMIENTO ALTERNATIVO II	17
4.4 TRATAMIENTO A REALIZAR	18
5. SOPORTE CIENTÍFICO PARA LOS TRATAMIENTOS	19
5.1 ANCLAJES INTRACORONARIOS	19
5.2 CORONAS TELESCOPICAS GALVANOFORMADAS	20
6. RECOMENDACIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24

INTRODUCCION

Gracias a los avances científicos en las técnicas restauradoras y debido a la gran variedad de combinaciones de dientes perdidos y remanentes, siendo hoy nuestra finalidad la de reconstruir la función del sistema estomatognático y la estética del paciente, a continuación se presentaran diferentes técnicas de restauración protésicas: desde prótesis fija sobre dientes naturales, retenedores intraradiculares, implantes, o combinaciones entre ambos, a la prótesis parcial removible (desde los tradicionales retenedores colados (ganchos) hasta conectores de gran precisión intracoronarios, extracoronarios, anclajes de barra y telescópicas) muy apropiados para la restauración y estética del paciente.

La presente exposición describe el caso clínico de una paciente por medio de elementos y procedimientos de diagnóstico, como por ejemplo: examen clínico de la paciente, fotografías de perfil y de frente, modelos de estudio, radiografía panorámica; los cuales nos ayudaran a dar un diagnóstico certero del estado del paciente y a plantear posibles tratamientos, que nos den resultados positivos.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Plantear diferentes alternativas de tratamiento para la restauración y rehabilitación de las funciones perdidas del sistema estomatognático en un paciente de la clínica de X semestre del Colegio Odontológico Colombiano.

1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer diferentes planes de tratamiento restaurador a un paciente del Colegio Odontológico Colombiano.
2. Exponer a los docentes y alumnos de X semestre del Colegio Odontológico Colombiano las diferentes alternativas de tratamiento.
3. Controvertir los sistemas tradicionales de restauración.

2. CASO CLINICO

2.1 INFORMACION GENERAL

GENERO : Femenino
EDAD : 48 años
No. DE HISTORIA CLINICA : 418577
OCUPACION : Servicio al Cliente

2.2 ANAMNESIS

ANTECEDENTES FAMILIARES : Madre sufre de hipertensión es controlada.
ANTECEDENTES PERSONALES : Paciente no reporta ningún compromiso sistémico.

2.3 EXAMEN FISICO GENERAL

PESO : 65 Kg.
ESTATURA : 1.58 mts
PULSO : 78 pulsaciones x minuto
PRESION ARTERIAL : 120/80 mmHg
TEMPERATURA : afebril

2.4 HABITOS DE HIGIENE ORAL

CEPILLO : Si
TECNICA DE CEPILLADO: Bass modificado
FRECUENCIA : 2 veces al día
SEDA DENTAL : 2 veces al día
ENJUAGUE : 2 veces al día

2.5 EXAMEN FACIAL

FRENTE: TERCIOS : Superior disminuido
LABIOS : Competencia labial
Perdida de tonicidad labial derecha

PERFIL: Convejo

2.5.1 SONRISA

TIPO DE SONRISA : Línea de sonrisa media
LINEA MEDIA DENTAL : superior desviada a la izquierda 3.5 mm
OVER JET : 3 mm
OVER BITE : 3 mm
MARGEN GINGIVAL : discontinuo

2.6. EXAMEN CLINICO

2.6.1 EVALUACION DINAMICA

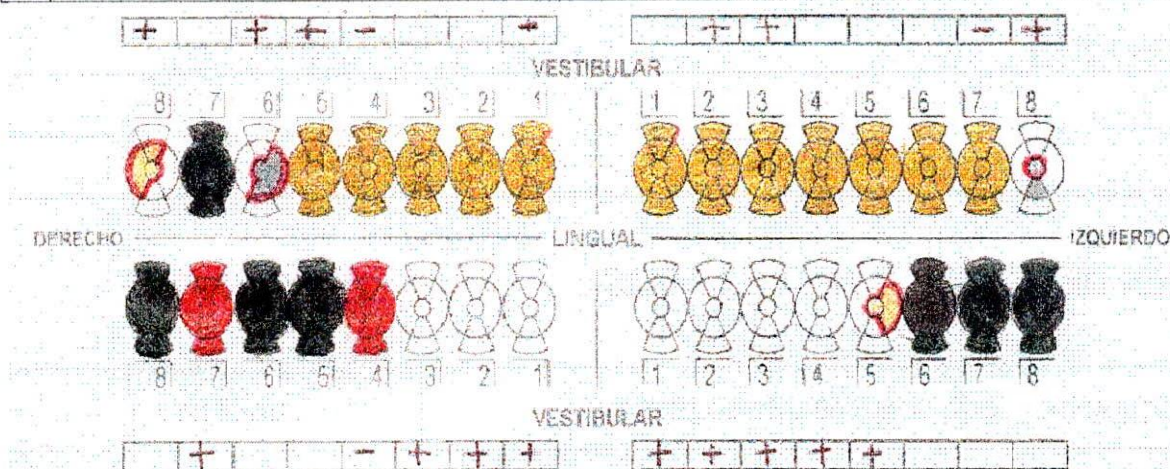
Ruidos en ATM y músculos masticatorios	:	No reporta
Dolor en ATM y músculos masticatorios	:	No reporta
Apertura	:	45 mm
Protrusión	:	3 mm
Lateralidad	:	No aplicable
Clasificación de Angle	:	No aplicable
Relación canina	:	No aplicable
Desarmonías oclusales	:	Si presenta

2.6.2 TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Prevención	:	No
Periodoncia	:	Detartraje subgingival, profilaxis.
Operatoria	:	Amalgamas:16.28. Resinas: 18.35
Implantología:	:	No
Cirugía	:	Exodoncias método cerrado: 17.13.12.26.25.24.21.38.37.36.48.46.45.
Prostodóncia:	:	Prótesis parcial fija superior de 14 a 22 y de 23 a 27 Retenedor intraradicular de 27. 11 14 Incrustación metálica tipo onlay de 15
Endodoncia	:	Tratamiento Convencional de Conductos de 27.11.14
Oclusión	:	No
Ortodoncia	:	No

2.6.3 ODONTOGRAMA

18	Caries recurrente OVD	28	Caries recurrente O. Caries activa VPD
17	Ausente	27	Pilar de P.F. caries recurrente
16	Caries recurrente OMP	26	Ausente reemplazado
15	Caries recurrente OMDVP	25	Ausente reemplazado
14	Pilar de P.F. caries recurrente	24	Ausente Reemplazado
13	Ausente reemplazado	23	Pilar de P.F. caries recurrente
12	Ausente reemplazado	22	Pilar de P.F. caries recurrente
11	Pilar de P.F caries recurrente	21	Ausente reemplazado



41	Faseta de desgaste	31	Faseta de desgaste
42	Faseta de desgaste	32	Faseta de desgaste
43	Faseta de desgaste	33	Faseta de desgaste
44	Destrucción coronal	34	Caries detenida O
45	Ausente	35	Caries recurrente OD
46	Ausente	36	Ausente
47	Caries activa cavitada MODVL / radicular M	37	Ausente
48	Ausente	38	Ausente

TIPO DE ARCO :

Ovalado superior e inferior

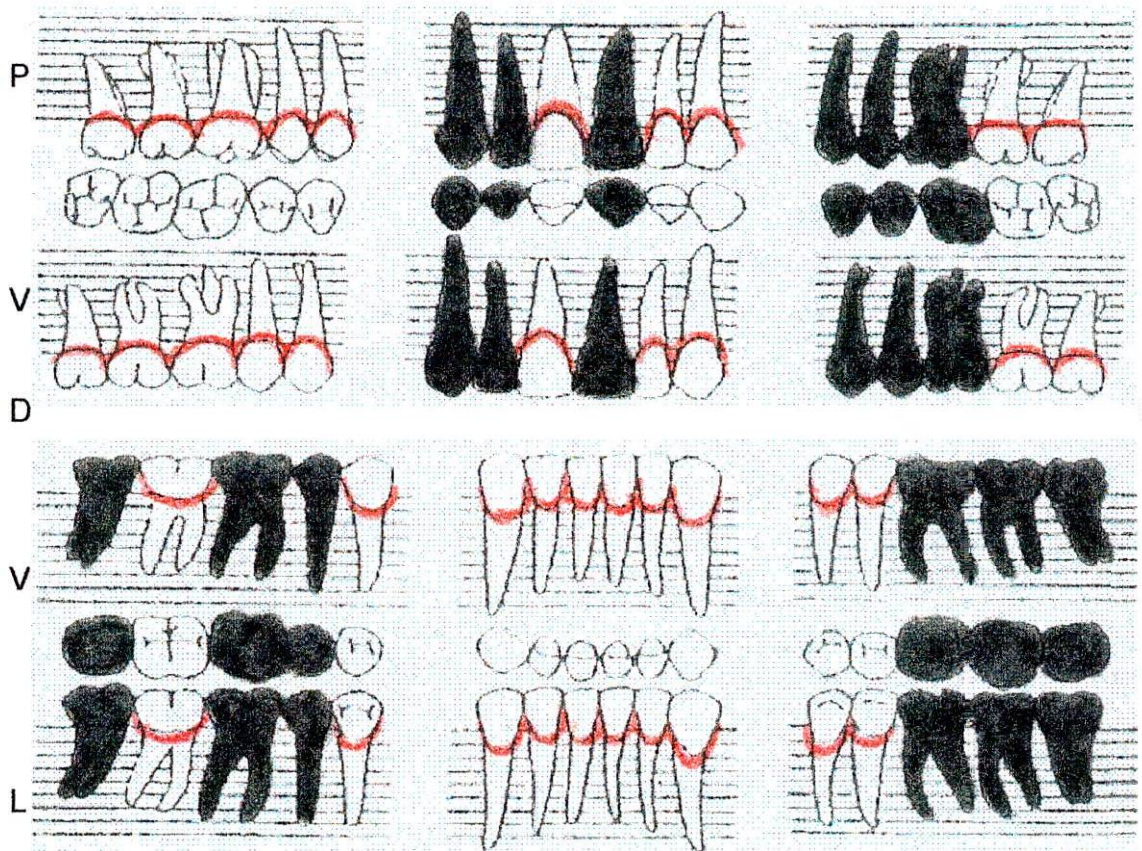
ROTACIONES

Meso vestibuloversión 35

CALCULOS

Generalizados subgingivales

2.6.4 PERIODONTOGRAMA



HALLAZGOS PERIODONTALES:

ENCIA: color eritematoso

Margen irregular

Contorno discontinuo

Papilas ausentes en maxilar superior y normales en maxilar inferior
sector anterior

Colapso de reborde inferior bilateral posterior Tipo III

Colapso de reborde anterior superior Tipo III

Ausencia de eminencia canina derecha

Lesión de furcación grado II por lingual de 47

Movilidad: grado III del 18, grado II del 11.47 y grado I del 16 y 28.

2.7 EXAMEN RADIOGRÁFICO

2.7.1 RADIOGRAFIA PANARAMICA

Cavidades neumáticas:

Senos maxilares, cavidad nasal radiolúcidas aparentemente normales.

Espacio del nervio dentario inferior derecho e izquierdo radiolucidos aparentemente normales.

Aparente simetría condilar.

Continuidad de la cortical de ángulo goniaco derecho e izquierdo.

2.8 DIAGNOSTICOS

GENERALES : ASA Tipo I

CRANEOMANDIBULARES : Desarmonías oclusales.

PERIODONTALES : Gingivitis inducida por placa bacteriana en dientes anteriores inferiores.

Gingivitis inducida por placa bacteriana
Asociada a factores contribuyentes
generalizada en maxilar superior.

Periodontitis crónica con pérdida de soporte avanzada del 11.

Mal pronóstico: 11, 18, 28 y 44

Pronóstico reservado: 47 con lesión de furca grado II lingual.

ENDODONTICOS

Periodontitis Apical Crónica no Supurativa del 44

Pulpitis Irreversible del 47

DENTALES

: Caries recurrente del 18, 16, 15, 28, 35
Caries Activa Cavitada del 47, 44
Caries Radicular del 47 (M y D)

PROSTODONTICO

: Desdentado parcial superior e inferior.
Clasificación de Kennedy
Inferior: Clase II: limitación -35
Modificación 1: limitación 44, 47
Superior: Clase III: limitación 23 – 27
Modificación 1: limitación 14 – 11
Modificación 2: limitación 11 – 22

3. SOPORTE CIENTÍFICO DE DIAGNOSTICOS

ASA TIPO I (Sociedad Americana de Anestesiología)

Establece unos parámetros para clasificar el estado general del paciente de la siguiente manera:

CLASE	
I	Paciente sano
II	Paciente con enfermedad sistémica ligera
III	Paciente con enfermedad sistémica severa pero no incapacitante
IV	Paciente con enfermedad sistémica incapacitante que es una amenaza constante a la vida
V	Paciente moribundo cuya supervivencia no supera 24 horas

(Raspall, 2002)

GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA BACTERIANA

Reacción inflamatoria de la encía debida a la acumulación de placa bacteriana en dientes que no presentan pérdida de inserción, cuyos signos clínicos son inflamación localizada, o circunscrita al diente, cambios de color y de contorno y hemorragia al sondaje. (Waite y col., 1992)

GINGIVITIS INDUCIDA POR PLACA BACTERIANA ASOCIADA A FACTORES CONTRIBUYENTES

Gingivitis que afecta la encía de dientes con periodontitis que perdieron inserción con anterioridad pero que recibieron tratamiento periodontal para estabilizar la pérdida de inserción. (Waite y col., 1992)

MOVILIDAD DENTARIA

La continua pérdida de tejidos de sostén en la enfermedad periodontal puede originar un incremento en la movilidad dentaria clasificándola así:

Grado I: movilidad de la corona dentaria de 0,2 a 1 mm en sentido horizontal.

Grado II: movilidad de la corona dentaria de más de 1 mm en sentido horizontal.

Grado III: movilidad de la corona dentaria también en sentido vertical.

(Lindhe y cols., 2001)

PERIODONTITIS CRÓNICA CON PERDIDA DE SOPORTE AVANZADA Y MODERADA

Se vincula con la acumulación de placa y cálculos y suele producir un ritmo de progresión lento a moderado o severo pero se observan períodos de destrucción más rápida, la aceleración del ritmo de la enfermedad puede deberse al impacto de los factores locales, sistémicos y ambientales que influyen la interacción normal entre huésped y las bacterias. (Novak, 1996)

LESION DE FURCA

En el progreso de la enfermedad periodontal alrededor de los dientes multirradiculares, el proceso destructivo puede afectar a las estructuras de sostén del área de la furcación, es necesario emplear técnicas terapéuticas complicadas para tratar apropiadamente dichas afecciones de las furcaciones. Por lo tanto, la identidad precisa de la presencia y extensión de la destrucción del tejido periodontal dentro del área de la furcación es importante para hacer un diagnóstico correcto y para la planificación del tratamiento.

Grado I pérdida horizontal de los tejidos de sostén que no excede a 1/3 de la anchura del diente

Grado II pérdida horizontal de los tejidos de sostén que excede a 1/3 de la anchura del diente pero sin incluir la anchura total del área de furcación.

Grado III destrucción horizontal de lado a lado de los tejidos de sostén de la furca.
(Lindhe y cols., 2001)

PERIODONTITIS APICAL CRONICA NO SUPURATIVA

Las lesiones periodontales se clasifican de acuerdo a los hallazgos clínicos e histológicos. La Periodontitis Apical Crónica No Supurativa es consecuencia de la Necrosis Pulpar y casi siempre consecuencia de la Periodontitis Apical Aguda . Clínicamente, es asintomática, con una ligera molestia negativa a la percusión, ligera sensibilidad a la palpación. (Walton y col. 1996)

PULPITIS IRREVERSIBLE

Es una inflamación grave que no se resuelve, incluso aunque se elimine la causa, hasta llegar a la necrosis, casi siempre es asintomática o de síntomas ligeros. Si presenta dolor este es agudo, sordo, localizado o difuso de unos cuantos minutos hasta horas de duración, positivos a las pruebas de sensibilidad (calor y frío). (Walton y col. 1996).

CARIES RECURRENTE

Es una enfermedad localizada que está estrechamente asociado a una placa bacteriana con potencial cariogénico, por lo tanto, el fenómeno de la microfiltración entre la restauración y el diente parece no jugar un papel importante en el inicio de la caries. La caries en relación con, o secundaria a las restauraciones deben ser, por lo tanto, considerada como una nueva lesión. (Convenio ACFO – ISS)

CARIES RADICULAR

Se inicia por debajo de la unión amelocementaria en aquellas superficies radiculares donde la cresta del margen gingival ha sufrido retracción llevando a la exposición de la superficie cementaria y bajo la presencia de acumulo de placa bacteriana. (Convenio ACFO – ISS)

CLASIFICACION DE KENNEDY:

Es el método de clasificación para los pacientes desdentados parcialmente , que se divide en:

CLASE I: Áreas desdentadas bilaterales ubicadas posteriormente a los dientes naturales remanentes.

CLASE II: Un área desdentada unilateral y posterior a los dientes naturales remanentes.

CLASE III: Un área desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anteriores y posteriores a ella.

CLASE IV: Un área desdentada única pero bilateral (por atravesar la línea media), ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes.
(McCracken.)

4. TRATAMIENTOS

El esfuerzo del tratamiento de restauración de este caso exige un correcto diagnóstico y un plan de tratamiento, establecidos después de una evaluación bien detallada, y de continuas evaluaciones hasta que las decisiones finales son tomadas.

4.1 TRATAMIENTO IDEAL

- Periodoncia: Fase higiénica (control de placa bacteriana, motivación del paciente, enseñanza de higiene oral, raspaje y alisado radicular, profilaxis).
- Cirugía: Exodoncia método cerrado de 18. 11. 28. 44. 47, injerto de hueso liofilizado recubierto con membrana de regeneración en: reborde anterior y posterior izquierdo superior; y en, rebordes posteriores inferiores. Colocación de implantes de oseointegración en los rebordes desdentados (13. 12. 11. 21. 24.25. 26. 37. 36.44. 45 .46).
- Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos en 15 y 35.
- Periodoncia: Alargamiento de corona clínica de 14 y 15.
- Prostodoncia: Retenedor intrarradicular de 15 y 35 (Prefabricados).
Coronas completas combinadas individuales implanto s
oportunidades para 13.12.11.21.24.25.26.37

.36.35.44.45.46

- Placa miorelajante.

Mantenimiento: 2 a 3 meses

4.2 TRATAMIENTO ALTERNATIVO 1

- Periodoncia: Fase higiénica (control de placa bacteriana, motivación del paciente, enseñanza de higiene oral, raspaje y alisado radicular, profilaxis)
- Cirugía: Exodoncia método cerrado de 18. 11. 28. 44. 47, injerto de tejido conectivo en zona anterior superior.
- Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos de 15 y 35.
- Periodoncia: alargamiento de corona clínica de 14 y 15.
- Prostodoncia: Retenedor intrarradicular en 15 y 35 (prefabricados)
 - Prótesis parcial fija de 16 a 23.
 - Ajuste de precisión en 23 distal.
 - Prótesis parcial fija de 24 a 27.
 - Coronas ferulizadas de 34 y 35, de 42 y 43 con ajuste de semiprecisión en distal de 43 y 35.
 - Prótesis parcial removible inferior.
- Mantenimiento: 2 a 3 meses.

4.3 TRATAMIENTO ALTERNATIVO 2

- Periodoncia: Fase higiénica (control de placa bacteriana, motivación del paciente, enseñanza de higiene oral, raspaje y alisado radicular, profilaxis)
- Cirugía: Exodoncia método cerrado de 18. 11. 28. 44. 47, injerto de tejido conectivo en zona anterior superior.
- Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos de 15 y 35.
- Periodoncia: alargamiento de corona clínica de 14 y 15. Retenedor intrarradicular en 15 y 35 (prefabricados)
Coronas telescópicas en 16.15.14.22.23.27
Prótesis parcial removible superior (Supraestructura)
- Prostodoncia: Corona completa combinada individual en 35.
Corona completa combinada individual en 35.
Prótesis parcial removible inferior convencional.
- Mantenimiento: 2 a 3 meses convencional.

4.4. TRATAMIENTO A REALIZAR

- Periodoncia: Fase higiénica (control de placa bacteriana, motivación del paciente, enseñanza de higiene oral, raspaje y alisado radicular, profilaxis)
- Cirugía: Exodoncia método cerrado de 18. 11. 28. 44. 47.

- Endodoncia: Tratamiento convencional de conductos de 15 y 35.
- Periodoncia: alargamiento de corona clínica de 14 y 15.
- Prostodoncia: Retenedor intrarradicular en 15 y 35 (prefabricados)
 Coronas completas combinadas individuales en 15.14.
 22.23.27.35
 Prótesis parcial removible superior e inferior .Corona completa
 combinada individual en 35.
 Corona completa combinada individual en 35.
 Prótesis parcial removible inferior convencional.
- Mantenimiento: 2 a 3 meses convencional.

5. SOPORTE CIENTÍFICO PARA LOS TRATAMIENTOS

5.1 ANCLAJES INTRACORONARIOS

Los retenedores intracoronarios o de precisión se basan en el concepto de resistencia friccional producida por las paredes de los anclajes. Desde el punto de vista periodontal son preferidos frente a otro tipo de retenedores.

Los anclajes intracoronarios contrarrestan las fuerzas que aparecen con la torsión y los brazos de palanca.

Los anclajes están constituidos por dos partes: la hembra o matriz, incluida en el contorno de la corona; y el macho o pátrix unida al complemento de la restauración.

Se recomiendan aquí los anclajes tipo Ney, que son de acrílico colables, deslizantes intracoronarios y a fricción. Son útiles en espacios reducidos.

El uso del anclaje tiene por fundamento la fuerza pasiva que se genera por la fricción de ambas superficies coladas gracias al acoplamiento; y está indicado su uso porque los dientes pilares remanentes son deficientes, lo que contraindica una sola estructura unida actuando como rompefuerzas (distribuidor de fuerzas) permitiendo, además, poder retirar la sección que podría fallar y realizar allí una nueva restauración. (Mallat, 1995)

5.2 CORONAS TELESCOPICAS GALVANIZADAS

Se basa en el principio de "dobles coronas" desarrollado en 1958, ideado por Körber. Su funcionalidad está basada en la capacidad de soportar, distribuir y amortizar las cargas transmitidas por la oclusión, evitando la concentración de fuerzas destructivas. La precisión entre las cofias primarias y secundarias, impide los movimientos tangenciales, permitiendo única y exclusivamente un movimiento axial.

En las coronas telescópicas coladas la fuerza de adhesión depende de:

- La angulación de la corona primaria.
- Magnitud de la presión de masticación.
- El estado de la superficie y calidad del metal.

En uso de la doble corona con el proceso de deposición galvánica, la fuerza de adhesión siempre es constante y permanente. Además, va acompañada de un efecto de "succión", por la acción de la saliva del sulcus gingival, sin incorporar pares de rozamiento y por lo tanto sin posibilidad de desgaste en su uso.

Componentes del sistema

1. Estructura o corona primaria: cofia galvanoformada sobre diente natural o pilar implantado.
2. Estructura o corona secundaria: cofia intermedia galvanoformada.
3. Estructura terciaria: supraestructura ceramometálica o sobredentadura unida a la estructura secundaria.

Proceso de elaboración:

- a. Diseño de los pilares. Los pilares deberán ser preparados con angulación si el diente pilar no tiene paralelismo con los demás, en forma cónica

friccionante. Reduciendo como mínimo 1,2 mm en vestibular y 0.5 en lingual. La línea de terminación será en chanfer similar a un hombro con el ángulo interno redondeado. Es importante hacer una canal vertical en el pilar para impedir la torsión de la cofia intermedia y facilite el montaje.

- b. Elaboración de la primera estructura: En el laboratorio, se duplican los muñones con silicona y se realiza el vaciado con yeso tipo III y se prepara la cofia metálica colocándola en el tronco galvánico haciendo un agujero a 1 mm del cuello y 2-3 mm de profundidad para pegar la barilla de cobre perpendicular al muñon. Se aplica el barniz conductor de plata sobre la superficie a galvanizar, incluso la conexión con el alambre de cobre. Sobre esta capa se van a depositar las partículas esféricas de oro en el baño galvánico con un espesor de 0.2 μ . Una vez preparado el tronco se colocan en la cabeza galvánica y se inicia el proceso, que consiste en pasar electricidad a través de un microprocesador, un ánodo, un electrolito y un cátodo, la deposición de oro ocurre sobre el cátodo, donde se colocan los troqueles; luego, se extrae la cofia del troquel y se desoxida con una solución de ácido nítrico al 53% para disolver la capa de oro. Ahora la cofia puede ser pulida.
- c. Elaboración segunda estructura: Se toma una impresión en silicona de la cofia primaria y se elabora la secundaria en metal y se realiza el mismo procedimiento. Se recomienda probar las cofias en boca y tomar una impresión de arrastre para obtener un buen registro de los tejidos blandos.
- d. Construcción de la tercera estructura: Se realiza de una manera convencional, es decir, si son coronas o si es prótesis removible.

Colocación del trabajo en boca:

- a. Cementado de la primera estructura, con cemento convencional.
- b. Se sitúa la segunda estructura sobre la primera.

- c. Se rellena de cemento el interior de la supraestructura (tercera estructura) y se procede a su inserción y se deja fraguar en oclusión.
- d. Se retira la estructura cementada de boca fácilmente gracias al mecanismo de doble cofias. Se limpian los excesos de cemento.
- e. Se coloca de nuevo en boca y se instruye al paciente para su mantenimiento.

Las características más relevantes del proceso de galvanizado son:

- Biocompatibilidad: no permite la corrosión.
- Precisión en el ajuste, impidiendo movimientos tangenciales.
- Ajuste pasivo, encaje de la estructura sin tensiones.
- Gran facilidad para la higiene.
- Facilidad para posibles reparaciones. (Lucena, 2003)

El contorno microfresado es la preparación que se realiza en los patrones en cera de las cofias para coronas, mejorando la estabilidad y compensando las fuerzas indeseadas. También evita las sobrecargas de los anclajes y su desgaste, manteniendo la retención. (Mallat y col., 1995)

6. RECOMENDACIONES

- La finalidad de la terapia periodontal es establecer un soporte adecuado para sostener la prótesis.
- Se busca con la futura prostodoncia, realizar una prótesis no iatrogénica con un diseño que disminuya los riesgos de fallas técnicas (fracturas, desalojos o complicaciones con los dientes pilares), que ayude a establecer forma y función fisiológica de la dentición.
- Es indispensable para la conservación de las prótesis y de la estructura periodontal, que el paciente colabore activamente en el mantenimiento meticuloso de su higiene oral.

BIBLIOGRAFIA

- Lindhe J., Karring T. Plany N. Periodontología clínica e implante odontológico. Ed. Panamericana. Tercera edición. 2001
- Raspall, Guillermo. Cirugía Oral. Edit. Panamericana. España 2002. P. 3
- Waite I., Strahan J. Atlas en color de periodontología. Editorial Labor. España. 1992. p. 142
- Walton R; Torabinejad M. Endodoncia principios y práctica. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. México. P: 38, 45, 46
- Novak MJ. Early onset periodontitis. Curr opinion. 1996. p. 4,7
- Mallat E., Keogh T. Prótesis parcial removable. Clínica y laboratorio. Mosby/Doyma libros. España. 1995. p. 97-99, 109, 372-378.
- Lucena J. Prótesis telescópicas: del anclaje tradicional al moderno sistema con dobles cofias galvanoformadas. Disponible en : www.gacetadental.com.