



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Prótesis nasal para paciente con secuelas de carcinoma  
epidermoide

### **CASO CLÍNICO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**ESPECIALISTA EN PRÓTESIS MAXILOFACIAL**

P R E S E N T A:

ENRIQUE CHI TURRIZA

TUTOR: Esp. RENÉ JIMÉNEZ CASTILLO

# **PROTESIS NASAL PARA PACIENTE CON SECUELAS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE.**

CHI TURRIZA ENRIQUE

JIMENEZ CASTILLO RENE

## **ABSTRACT.**

Algunas de las dificultades con las que se encuentra el Protesista Maxilofacial, para rehabilitar a un paciente que ha perdido un órgano tan importante como es la nariz, representa un serio problema estético y funcional para el paciente, pues se considera el órgano más prominente y más notorio de la cara.

También el profesional se enfrenta a otro problema como es la retención, razón por la cual en este caso clínico, se utilizó una base para la prótesis nasal de material Partial Flex (parcialmente flexible), que por su flexibilidad, ligereza y translucidez puede ser una alternativa que aporte beneficios al paciente.

Palabras clave: rehabilitación, prótesis nasal, partial flex y retención.

## **ABSTRACT.**

Somme of the difficulties that a Maxillofacial Prosthodontist could find to rehabilitate a patient who lost such as important organs as the nose, represent a serious aesthetic and functional problem to the patient, cause nose is considered the most prominent and visible organ of the face.

Also the professional may face another trouble as the retention, reason why in this specific clinical case was used Partial Flex material to make a base for the prosthesis nasal, because is flexible, light and translucent, you can be alternative contribution benefits for the patient.

Key words: rehabilitation, nasal prostheses, partial flex y retention.

## CARCINOMA EPIDERMOIDE

También llamado epiteloma espinocelular o carcinoma de células espinosas. Se trata de una neoplasia maligna derivada de las células de la epidermis o sus anexos, con capacidad de producir metástasis a ganglios regionales u otros órganos. Tiene un crecimiento rápido y aparece con mucha frecuencia sobre lesiones precancerosas como las queratosis actínicas, úlceras crónicas, después de tratamientos con PUVA (psoralenos y radiación ultravioleta). A diferencia del basocelular éste aparece en genitales, mucosas, palmas y plantas.<sup>2,3,4,5</sup>

Etiopatogenia. Deriva de las células de la epidermis o sus anexos y puede desencadenarse por agentes químicos (hidrocarburos), medios físicos (radiaciones ionizantes o ultravioleta), enfermedades virales y lo favorecen la inmunosupresión, ya sea por fármacos, enfermedades linfoproliferativas, trasplantes así como inmunodeficiencia humana. Los factores de riesgo más importantes son la exposición solar, piel blanca, ojos claros, la edad y tabaquismo. Pueden aparecer de novo o bien sobre lesiones precancerosas, sobre todo en queratosis actínicas, menos comúnmente en queilitis, leucoplasia, cicatrices o úlceras crónicas.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer epidermoide ocupa el 2º lugar en frecuencia. En las estadísticas del Centro Dermatológico Pascua viene a ser el 17% de los tumores malignos de la piel.<sup>7</sup> Se ha visto a nivel mundial un aumento en un 4 a 8% anual.

En nuestro país hay un subregistro de casos, ya que la mayoría de ellos no causan mortalidad y muchos son tratados sin estudio histopatológico confirmatorio. A pesar de esto, gracias al Registro Nacional de las Neoplasias en México el cáncer de piel desde hace algunos años ocupa el primer lugar en hombres y en mujeres el tercer lugar. En el año 1999 de un total de 90,605 neoplasias malignas 13,361 correspondieron a cáncer de piel (14.7%).<sup>8</sup>

En el Centro Estatal de Oncología de la Ciudad de Campeche, Campeche los tumores de Cabeza y cuello ocupan el segundo lugar en consulta externa.

Predomina en personas de piel blanca que se exponen en forma importante a las radiaciones solares. Afecta más al sexo masculino. Hay un franco predominio después de los 60 años de edad.

## MARCO TEÓRICO

Predomina en la cara (alrededor del 50%) de ésta en labio inferior, mejillas y pabellones auriculares. Le siguen en frecuencia las extremidades, principalmente superiores, siendo más común en el dorso de la mano. Puede verse en genitales, mucosa oral y anal. El de pene es frecuente en Uganda, México, China, India, Vietnam, Puerto Rico, y se relaciona con mala higiene y en no circuncidados. La clasificación clínica que utilizamos en la dermatología mexicana es la propuesta por el Dr. Peniche quien la divide en: superficial, ulcerada, tumoral, vegetante o verrugosa y nodular queratósica.<sup>3,4</sup>

La variedad superficial es intraepidérmica (*in situ*) y puede permanecer por un periodo largo de evolución. Se observa como una placa eritematosa de uno o varios centímetros, se le conoce como enfermedad de Bowen o eritroplasia de Queyrat si afecta al pene. La forma ulcerada es la más frecuente, está constituida por una úlcera de superficie anfractuosa, infiltrada en su base, sangra fácilmente y es de crecimiento rápido.

La nodular queratósica tiene un aspecto queratósico, su base generalmente está infiltrada, puede parecer un cuerno cutáneo o mostrar ulceración central con un cráter de queratina.<sup>2,3,4</sup>

La forma vegetante o verrugosa se desarrolla con frecuencia sobre lesiones inflamatorias crónicas como cicatrices pueden alcanzar grandes dimensiones.

En forma internacional se clasifica según el sistema TNM que mide el tamaño del tumor en cm (T), presencia de ganglios regionales (N) y las metástasis (M).

El riesgo de aparición de metástasis tiene una relación con el tamaño del tumor (mayor de 2 cm) del grado de diferenciación, de la profundidad del tumor, del sitio afectado ya que se sabe que en mucosas o semimucosas es mucho más agresivo así como de la inmunocompetencia del paciente.<sup>1,2,3,9</sup>

Histopatología. La confirmación histológica es definitiva y muestra una epidermis hiperqueratósica, con paraqueratosis, proliferación irregular de células del estrato espinoso, dispuestas en cordones mal limitados, invaden dermis, atipias celulares, mitosis, falta de puentes intercelulares y queratinización individual formando globos córneos.

Las células del Carcinoma Epidermoide pueden conservar su capacidad de maduración, lo que se manifiesta por el grado de queratinización.

Brothers lo clasificó en cuatro grados según el porcentaje de células queratinizadas contra las no diferenciadas.<sup>9</sup>

Grado I. Más del 75% de células bien diferenciadas

Grado II. De 75% a 50% de células bien diferenciadas

Grado III. Del 50% a 25% de células bien diferenciadas

Grado IV. Menos del 25% de células bien diferenciadas

Para el tratamiento, la elección del método dependerá de una serie de consideraciones respecto a la localización, el tamaño, la profundidad, el grado de diferenciación histológica (Brothers), la edad, el estado clínico y psicológico del paciente. Puede ser quirúrgico, o utilizar la radioterapia y en casos avanzados quimioterapia.

Pronóstico. En general será bueno si las lesiones se diagnostican en forma temprana. Sin embargo las metástasis y el grado de invasión dependerán de factores de riesgo entre los cuales se deben tomar en cuenta: el tamaño mayor a 2 cm, la velocidad de crecimiento, el sitio anatómico, ya que se sabe que son más agresivos en mucosas o semimucosas, así como la etiología, pues los que

aparecen sobre queratosis actínicas son menos agresivos que en cicatrices de quemadura. Otros factores son el grado de diferenciación histológica, mientras menos diferenciados peor pronóstico y la inmunosupresión que da un comportamiento más agresivo.

## ESTADIFICACIÓN

Sistema AJCC-UICC 2002 para carcinoma basocelular y epidermoide

Tumor primario (T)	
T1	<2 cm en su máxima dimensión
T2	=o>2cm pero < 5 cm
T3	=0>5cm
T4	Tumor que invade estructuras profundas (hueso o cartílago)
Estado ganglionar (N)	
Nx	Ganglios linfáticos no evaluables
N0	No existe metástasis a distancia
N1	Existe metástasis a distancia
Metástasis a distancia (M)	
Mx	Metástasis a distancia no es evaluable
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Hay metástasis a distancia

Agrupación por estadios	
Etapa I	T1 N0M0
	T2 N0M0
Etapa II	T3N0M0
Etapa III	T4N0M0
	Cualquier T+N1M0
Etapa IV	Cualquier T+cualquier N+M1

Mal pronóstico: tamaño creciente, tumor >4cm, localizado en cuero cabelludo, invasión de estructuras profundas=letalidad del 50%.

## REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Se presenta en el Centro Estatal de Oncología de la Ciudad de Campeche, Campeche, paciente femenino de 72 años de edad, casada, religión católica.

Lugar de Residencia: Ciudad del Carmen, Campeche.

Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia:

AHP. Interrogados y negados.

APNP. Proviene de medio socio-económico medio, con malos hábitos dietéticos, tabaquismo y alcoholismo negados. Niega toxicomanías, cuadro de inmunizaciones completo.

APP. Niega alérgicos, traumatismos, transfusionales e infectocontagiosos. Niega cirugías previas.

AP: Litiasis vesicular, diabética sin control, hernia hiatal sin tratamiento.

Antecedente de CA en vestíbulo nasal, tratada inicialmente con cirugía local+ radioterapia, recibe 16 sesiones, (se desconoce dosis y campos de tratamiento) finaliza hace en abril de 2008.

Posteriormente 7 meses después reaparece la lesión en sitio original.

Se le tomó biopsia, sin embargo no tiene reporte histopatológico, no trae laminillas, esto es en junio de 2010.

Descripción macroscópica:

Referido como biopsia de vestíbulo derecho, se reciben dos fragmentos de tejido diminutos que en conjunto miden 0.3x0.2 cm, puntiformes de superficie irregular, café claros de consistencia media. Se incluyen íntegramente en una cápsula.

Se realizó biopsia incisional de tumor de fosa nasal derecha y el diagnóstico es el siguiente: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no se observa permeación vascular o perineural, el resultado, se recibió en junio de 2010.

## **TOMOGRAFIA**

Se realiza TAC de cuello en cortes axiales simple y contrastado se observó lo siguiente: tejido óseo normal. El tejido blando a nivel de nariz de lado derecho se observa discretamente aumentado de densidad, hay disminución de tamaño de cornete superior, medio e inferior. A nivel de maxilar superior se observa material hiperdenso, con material de osteosíntesis con una densidad de 2000 UH, (Unidades Hounsfield). El paquete vasculonervioso carotideo de manera bilateral presenta ganglios que van de 2 a 10 mm cada uno de ellos, Glándulas parótidas, sublinguales y submaxilares son normales, el espacio aéreo de la nariz, oro e hipofaringe tiene calibre normal. En los tejidos blandos que conforman las paredes del espacio aéreo no hay tumoraciones, la faringe es normal incluyendo las cuerdas vocales, la tráquea tiene calibre normal, la glándula tiroides tiene forma, tamaño, situación y densidad normales. Se observa a nivel apicoposterior de pulmón derecho una imagen la cual mide 31 x 28 mm. heterogéneo, de bordes espiculados, con densidad aire en el interior.

**Conclusión:** aumento de la densidad a nivel de fosa nasal derecha, a nivel apical derecho se observa masa de bordes espiculados, heterogénea, a descartar implante primario, se sugiere TC de tórax s y cc., ganglios de aspecto inflamatorio en paquete carotideo derecho e izquierdo.

Se solicita interconsulta con prótesis maxilofacial para realizar impresión preoperatoria.

Procedimiento quirúrgico: rinectomía total por indicaciones oncológicas.

## **RESULTADOS DE HISTO- PATOLOGIA**

Descripción macroscópica:

Después de la cirugía el departamento de patología recibe producto de excenteración nasal. Mide 4x3x2.5 cm.

Diagnostico: Producto de excenteración nasal, carcinoma epidermoide invasor, ulcerado de 0.4X0.3 cm. poco diferenciado, localizado en mucosa septal izquierda, sin invasión vascular o perineural, bordes quirúrgicos libres de lesión, un fragmento de tejido con fibrosis e inflamación crónica y aguda.

## **POSTOPERATORIO**

Se recibe paciente en buenas condiciones, con buena cicatrización, bien hidratada, no presenta otras alteraciones, ni sangrado, refiere un poco de dolor, se limpia la herida con una gasa embebida con suero fisiológico para observar los bordes de la resección quirúrgica, los cuales no presentan signos de infección.

## **PRONOSTICO**

Reservado, se recomienda asistir a sus citas periódicas cada tercer mes para control y se recomienda el uso de prótesis nasal para ser rehabilitada.

## **IMPRESIÓN FACIAL PREOPERATORIA**

A la paciente se le conoce en la visita médica en el hospital de especialidades de ésta ciudad de Campeche, por lo que se le realizó una impresión facial y se obtuvo un modelo en yeso piedra de su rostro antes del procedimiento quirúrgico, así como se le tomaron fotografías para tener un registro de su estructura anatómicas natural, para la elaboración de un prótesis transicional que restablezca su función nasal temporal.

## **IMPRESIÓN FACIAL POSTQUIRÚRGICA**

Se limpia bien el defecto y se seca perfectamente, posteriormente se coloca gasas embebidas en agua en el fondo del defecto para no dañar los tejidos adyacentes, así como también alrededor del defecto y se toma la impresión facial con alginato, luego se bardea con cartulina y se corre con yeso piedra, obteniéndose así el modelo correspondiente para el encerado final.

## **FABRICACION DEL SOPORTE CON EL SISTEMA PARTIAL FLEX**

Teniendo el modelo de yeso piedra se aplica separador de yeso realizando el encerado sobre éste para confeccionar la base de la prótesis nasal, posteriormente se enmufla con yeso piedra, se desencera, se coloca sellador seal flex, se cierran las muflas y se inyecta con el material partial flex. Una vez obtenido la base de la prótesis, se procede a la limpieza, recortado y pulido, con materiales propios del sistema partial flex. Posteriormente se efectúan perforaciones a los lados y en la base para que el silicón grado medico pueda fluir y retenerse en éstas.

## **CARACTERISTICAS DEL PARTIAL FLEX**

Partial flex es una resina de copolímero random que está diseñado para moldeo por inyección; se desprende de un grupo en particular de la familia del plástico conocida por Olefinas.

Este superpolímero se forma al unirse pequeñas moléculas (monómeros) a largas cadenas con miles de enlaces, entre ellas (polímeros).

Esta transformación química solo puede darse bajo ciertas condiciones de temperatura y presión, dando como resultado un material termoplástico, flexible, muy resistente al impacto y excelente translucidez como ningún otro superpolímero en su tipo.

Partial flex es un material que por su conformación molecular no absorbe agua (sorción acuosa de 0.001 %), lo que elimina el riesgo de ablandamiento de la prótesis durante su uso, así mismo, tampoco existe pérdida de coloración con el tiempo como frecuentemente sucede con otros materiales derivados de las poliamidas como es el Nylon.

## **INFORMACION DE PROCESAMIENTO:**

Termoplastificación 250° C

Tiempo de termoplastificación 11 minutos

Tiempo de plastificado 8 minutos

Contracción 0.1 %

Absorción de agua 0.001 %

Nombre Genérico: Poliolefina

Propiedades

Partial Flex es un material ideal para la fabricación de prótesis dentales, ya que dadas sus características y propiedades químicas y físicas nos conlleva a obtener un removible flexible, ligero de peso, y altamente translúcido, con un grosor de 1 mm., lo que nos permite brindarle al paciente estética y confort a la medida de su boca.

Partial Flex es un concepto en materiales dentales que da la pauta para ofrecer al paciente la oportunidad de lograr mayor estética, ya que cuenta con tres tonalidades para cada tipo de encía, ventaja que no se ofrece en ninguno de los materiales para la elaboración de prótesis flexibles que actualmente se encuentran en el mercado.

La ligereza del material Partial Flex constituye una parte importantísima en la adaptabilidad y aceptación del paciente. Psicológicamente el paciente tiene el concepto de que algo grueso o burdo es sinónimo de inconformidad y por lo tanto no aceptará tan fácilmente una prótesis pesada o gruesa.

Hemos comprobado este concepto con paciente que se les da una prótesis gruesa y sin flexibilidad y el primer comentario es que les va a lastimar. Esa misma prótesis se adelgaza y por lo tanto se hace más flexible y ligera de peso y el comentario del paciente es el siguiente "ahora sí," esta no me va a lastimar. Sin que aún se haya colocado la prótesis en la boca del paciente.

El hecho de que la prótesis sea flexible no quiere decir que sea confortable. Aún si la prótesis fuera de algodón y este presionara la encía constantemente de tal forma que isquemizara alguna zona, el paciente va a referir dolor. Por lo tanto la ligereza de la prótesis, así como también su poco grosor, ayudan a aceptar la prótesis, pero un mal ajuste de la prótesis, traerá como resultado que la prótesis lastime.

#### Propiedades físicas

Índice de fluidez dg/min 11

Resistencia de la Tensión N/mm 29 (4,200)

Resistencia al impacto J/m (ft-lb/in) 69 (1.3)

Alargamiento en el punto de cedencia % 12

Módulo de flexión N/mm<sup>2</sup> (psi) 1200 (170,000)

Densidad g/cm<sup>3</sup> 0.9

#### Usos del material Partial Flex

El concepto de prótesis libres de metal ha traído como consecuencia el abuso de ellas e incluso llegar a formular hipótesis erróneas sobre que las prótesis flexibles masajean de tal manera a la encía y al hueso, que no hay resorción ósea. Ese concepto es totalmente falso, además de no tener ningún sustento científico.

Partial Flex aporta el concepto de las prótesis flexibles y hacemos hincapié de que ninguna prótesis en el mercado ya sea flexible o metálica, evita la resorción ósea, ya que la fisiopatología de un hueso maxilar o mandibular, demuestra que la resorción ósea se da aún en presencia de los dientes, ya sea por problemas periodontales, producto de la mala higiene dental; ahora bien, si estas piedras angulares llamados dientes se pierden, el problema es aún mayor, pues la pérdida de hueso se ve acelerada y el aporte vascular se limita al trabeculado óseo, que es mayor en maxilar que en mandíbula, lo que puede observarse claramente en un paciente edéntulo cuando la mandíbula sufre mayor destrucción basal que el maxilar.

Ahora bien, si colocamos prótesis flexibles muco soportadas únicamente, la resorción ósea será evidente. Pero, por qué no realizarlas muco dentosoportadas si esto se logra fácilmente colocando apoyos oclusales "metálicos".

Estos aditamentos no demeritan a la prótesis flexibilidad, pero si le confieren estabilidad y soporte en dientes.

Ahora bien, Partial Flex es una excelente alternativa para evitar el uso de metal, tomando en cuenta la importancia de dejar una oclusión balanceada, así como evitar áreas isquémicas al colocar la prótesis, evitar el abuso de ganchos en cada diente pilar; dado que quien da la retención son las guías de inserción de la prótesis más no los ganchos.

Una excelente opción para el uso del material Partial Flex son las prótesis bilaterales, las cuales tras un buen ajuste y aliviando la prótesis le brindan al paciente una calidad de masticación y estética asombrosa.

No podemos dejar atrás los conceptos de prótesis removibles tradicional, que sin desmeritarla podemos conjuntarla con la técnica Partial Flex y hacer prótesis tradicionales sin deteriorar el valor cosmético que solicita el paciente, y por eso el postular conceptos contemporáneos es un indicio de la superación y racionalidad que existe en este mundo lleno de tecnología.

Su técnica de inyección no es manual, por lo que la inyección siempre es un éxito, pues el equipo Partial Flex Smart Machine, asegura una inyección con la velocidad y presión que necesita el material, así como también de contar con un sistema computarizado interno para eliminar riesgos de errores de tiempo, atribuibles al personal protésico.

## **PRUEBA DE LA BASE DE PARTIAL FLEX EN EL PACIENTE**

Se limpia el defecto con gasa húmeda, eliminando los remanentes cicatrizales y se prueba la base en el defecto, posicionándose de manera delicada para no causar lesión en los tejidos cicatrizales.

## **CEROPLASTIA**

Teniendo la base lista en el material partial flex, se procede a incorporar el encerado de la prótesis nasal con el patrón de cera obtenido de su modelo de yeso obteniendo las características correspondientes de la anatomía de éste órgano, tratando de adaptar lo mejor posible el encerado al modelo de yeso.

## **PRUEBA EN EL PACIENTE**

El modelo obtenido en cera, para el defecto de la región nasal, es probado sobre la cara del paciente. La prueba de adaptación de los bordes se hace cuidadosamente con agua caliente y bajo ligera presión de la pieza ceroplástica contra las superficies que le servirán de apoyo.

## **INCLUSION**

Una vez concluido el modelado, deberá ser incluido con yeso piedra en una mufla metálica para permitir el mantenimiento de su integridad durante las fuerzas de prensado.

## **ELIMINACION DEL PATRON DE CERA**

Después del fraguado del yeso, la mufla debe ser calentada en agua y posteriormente abierta, para que la cera sea eliminada totalmente. El yeso debe ser aislado con separador de yeso-acrílico.

## **CARACTERIZACION**

La caracterización de la prótesis nasal es un conjunto de recursos y artificios técnico-artísticos empleados en el sentido de imprimir mayor apariencia de vida a la prótesis aloplásticas de la cara.

La preocupación por disimular la prótesis nasal tiene su inicio en la delimitación sobre el modelo de trabajo del área a ser cubierta por la prótesis, continúa con el modelado cuando se intenta imprimir en la morfología los caracteres raciales, familiares e individuales y termina con los medios técnico-artísticos, cuando se emplea la caracterización o detalles morfológicos.

De manera general, la caracterización de la prótesis está representada por la forma y por el color.

La coloración de la prótesis nasal como mencionamos antes es el conjunto de medios técnicos-artísticos empleados en el sentido de darle a la prótesis el color más coincidente con el matiz y la tonalidad de la piel del paciente.

La coloración intrínseca o en masa, como la denomina Quiroga<sup>17</sup>, es aquella que se obtiene por el agregado de pigmentos colorantes en éste caso fibras flock al silicón silastyc grado medico que presenta apariencia lechosa, hasta que alcance una coloración semejante a la piel del paciente. El rostro presenta una gama de



PREOPERATORIA



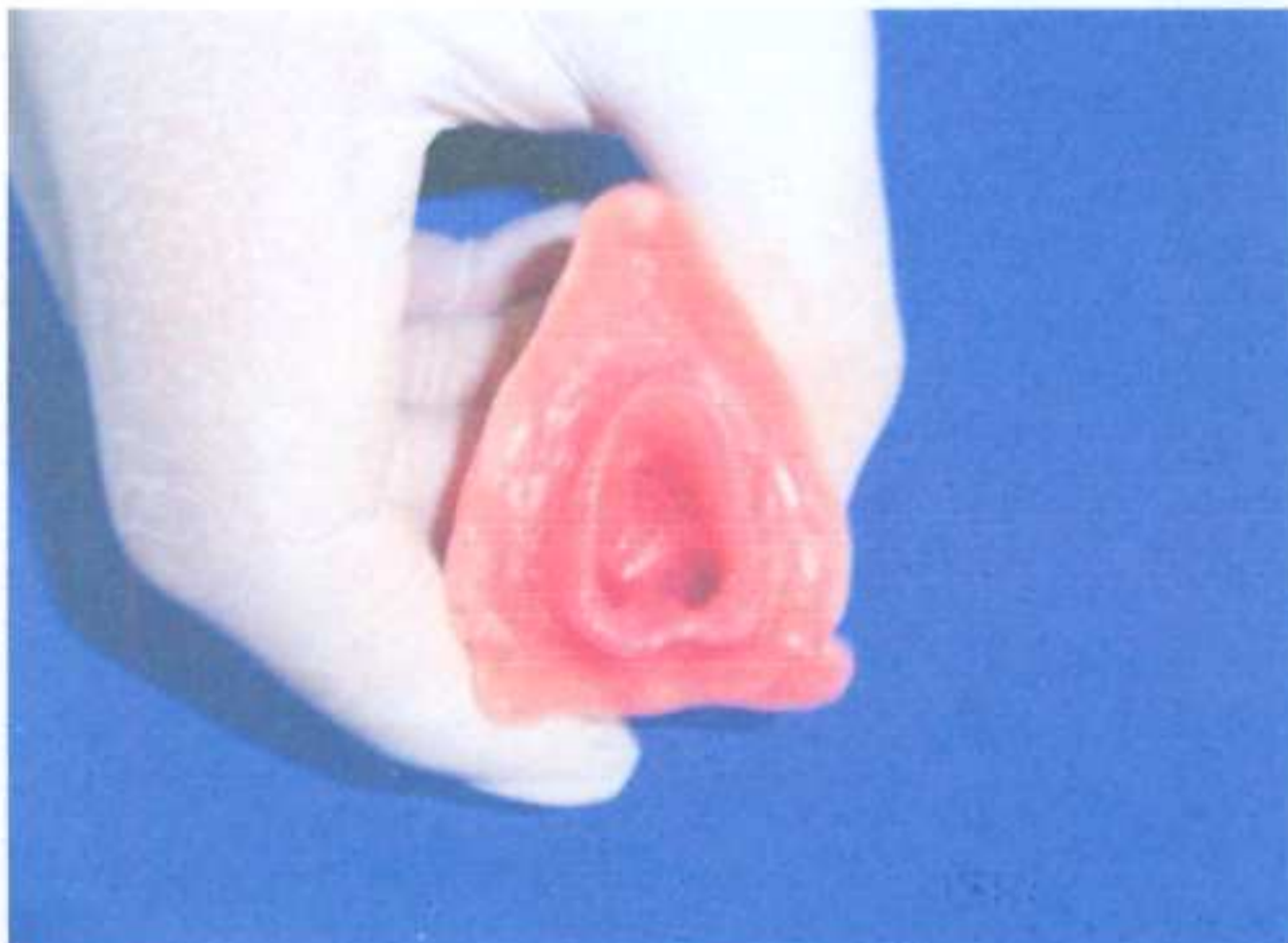
IMPRESION



POST-QUIRURGICA



CEROPLASTIA



INCLUSION PARTIAL FLEX



FINAL

## **LIMPIEZA Y CUIDADOS**

La prótesis deberá ser retirada diariamente del lecho quirúrgico para la higiene. En cada retiro, la capa de adhesivo deberá ser removida de la prótesis, con una gasa embebida en agua tibia presionándola contra los bordes. Después que la prótesis se seca, una nueva capa de adhesivo deberá ser aplicada y la prótesis podrá ser adherida nuevamente.

## **CONCLUSION**

Según las necesidades, varias modificaciones pueden introducirse en la confección de las prótesis nasales, en éste caso al usar esta base en material partial flex, fue con la finalidad de mejorar la retención y la estética del paciente, así como una mejora de la función respiratoria.

La prótesis nasal presenta las siguientes ventajas:

El paciente no necesita hospitalizarse.

Posibilita la inspección de la región operada.

El tratamiento se realiza en el momento oportuno, después del periodo de observación en lo que se refiere a una recidiva.

Se realiza en pocos días.

Desventajas:

Necesita cambiarse periódicamente debido al clima caluroso de la región.

## **DISCUSION**

Es importante mencionar que pese a que materiales usados en la clínica de Prótesis Maxilofacial como: metales a base de cromo cobalto, implantes oseointegrados y acrílicos de uso en el laboratorio dental, son de excelente calidad y con muchos años de estudios por autores como Branemark, Philips, Bergstrom, O'brien, se debe considerar que el uso de materiales nuevos como el

Partial Flex usado como base de una prótesis nasal, pueden aportar beneficios como alternativa para evitar el uso de metales y acrílicos por su flexibilidad, ligereza, translucidez y que al ser recubierta la base con silicón grado médico permite que esté en contacto directo con el defecto, ya que al ser un material parcialmente flexible, no lesiona los tejidos que circundan al defecto con lo cual el paciente mejora la retención y soporte de su prótesis nasal, usando también una ligera capa de adhesivo Pro-saide en el contorno de la prótesis nasal, con el cual se prolonga el tiempo de permanencia de más de 48 horas.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Freedberg, Eisen, Wolf. Et. al. Dermatology in General Medicine.
- 2.- Friedman R.J. et al Cáncer of the Skin. Editorial Saunders. EUA, 1991.
- 3.- Peniche J. Tumores de la Piel. En: Saúl A. Lecciones de Dermatología. 14ava edición. México D.F. : Méndez Cervantes Editores 2000: 539.592.
- 4.- Arenas. Dermatología Atlas Diagnóstico y tratamiento. Segunda Edición. Editorial Mc Graw Hill- Interamericana. México D.F. 1996.
- 5.- Salashe S J. Epidemiology of actinic Keratosis and squamous cell carcinoma. J AM Acad Dermatol 2000: 42-47.
- 6.- Rosso S, Zanetti R. Martínez C, Tormo MJ, Schraub S, et al. The Multicentre South European Study "HELIO" II: different sun exposure patterns in the aetiology of basal cell and squamous cell carcinomas of the Skin. Br J Cáncer 1996; 73 (11): 1440-6.
- 7.- Gutiérrez R. Servicio de Oncología Dermatológica. Revista del centro Dermatológico Pascua 1997; 6 (3): 143-149.
- 8.- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México, 1999 .Secretaría de salud. Subsecretaría de Prevención y control de enfermedades.
- 9.-The national comprehensive cáncer network (NCCN) guidelines of care for Nonmelanoma Skin Cancer Dermatol Surg 2000; 26 (3): 289-92.
- 10.- Elder D, Elenitsas R, Jaworsky Ch, Johnson B. Levers Histopathology of the Skin, 8ava. Edición. Editorial Lippincott-Raven 1997.
- 11.- Philips RW. La ciencia de los materiales dentales, 7ª. Edición. Ed. Interamericana; 1983; p. 152-4
- 12.- Lefebvre CA, ShusterGS. Biocompatibilidad de sistema de resinas ligeramente curable en prostodoncia. J Prosthet Dent 1994; 71:178-85.

- 13.- Neville B, et al. Oral and Maxillofacial pathology. Ed. Saunders; 43. P. 541-2
- 14.- Weaver RE, Goebel WM. Reacciones a las prótesis dentales acrílicas. J Prosthet Dent. 1980; 43: 138-42.
- 15.- Cabrera J.F. Aplicación del nuevo Material Flexible. Soprodén. España. Volumen XIV. Núm. 1. P. 31-37.
- 16.- O'Brien WJ. RYGE G. Materiales Dentales y su selección s/e. Ed. Panamericana; 1980 p. 75-76-
- 17.- Quiroga, JM- Prótesis auricular en acrílico resiliente. Coop Dent., 18(1):203-12, enero/feb. 1951-
- 18.- Bergstrom, K.- Materials and Artistic Conceptions. In Branemark, P.I., Tolman, D.E. In Osseointegration in Craniofacial Reconstruct. Quintessence Publ. Co, Inc. Chicago, 1988: 256.
- 19.- Reisberg, D.F. e habakuk, S.W.- Orbital Prosthesis, In Branemark P. Y., Tolman, D.E., In Osseointegration in Craniofacial Reconstruction. Quintessence Publ. Co, Inc. Chicago, 1988: 256.
- 20.- Prótesis Buco-Maxilo-Facial. Dra. Isabel Jankielewicz y Co-autores, Ed. Quintessence, S.L.Barcelona, 2003.