

Trabajos Originales:

CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE PARCIALMENTE EDÉNTULO SEGÚN EL MÉTODO DEL COLEGIO AMERICANO DE PROSTODONCIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO PERIODONTAL EN SUJETOS TRATADOS EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Recibido para arbitraje: 12/02/2008

Aprobado para publicación: 29/05/2008

- **Andrés Eloy Sánchez Y.**

Profesor Asociado de la Cátedra de Dentaduras Parciales Removibles de la UCV, Especialista en Protopdoncia UCV.

Resumen:

Se analizó el grado de complejidad de 103 sujetos parcialmente edéntulos que requieren tratamiento con Prótesis Parciales Removibles y se estableció su relación con la condición periodontal. El 55,3% corresponde a los grados I y II de complejidad y el 44,7% corresponde a los dos niveles superiores de complejidad. En la evaluación de los promedios de índice de placa, índice gingival y profundidad de surco gingival no se evidencia relación entre el grado de alteración periodontal y el grado de complejidad del caso. En la evaluación de los promedios de movilidad dental si se evidenció una relación con el grado de complejidad del caso con diferencias estadísticamente significativas.

Palabras Clave: Clasificación. Parcialmente edéntulo, periodoncia

Abstract:

It had been analyzed the complex degree of 103 subjects that need removable partial denture treatment to establish their relation with periodontal condition. The 53,3% of those subjects were in I and II of complexity degrees and the other 44,7% were in upper degrees of complexity. The average evaluation of plaque index, gingival index and probing depth did not show relationship with periodontal alteration and complexity degree, therefore, in dental mobility average evaluation, it had been in evidence that there was a relation with complexity degree.

Key words: Removable, partial, denture, periodontal condition.

INTRODUCCIÓN:

En el estudio de las necesidades protésicas de los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la UCV, se evidencia que 70% requiere de algún tipo de tratamiento protésico, con predominio de las necesidades de Dentaduras Parciales Removibles (DPR) en grupos de 25 a 44 años de edad (1). En este sentido, es importante considerar, que la demanda por parte del paciente siempre es menor que la necesidad estipulada por el profesional, esta diferencia se debe a la disponibilidad del servicio, la aceptabilidad por el paciente y la accesibilidad al tratamiento (2).

La mayoría de los estudios que incluyen una forma de clasificar los arcos parcialmente edéntulos utilizan la clasificación de Kennedy. En Venezuela (3,4,5) al igual que estudios realizados en el exterior(6), se observa que la clase I de Kennedy inferior es el tipo de arcada parcialmente edéntula más frecuente. Esto se relaciona con el patrón general de la pérdida de dientes, el cual evidencia que en primer lugar se pierden los molares, seguidos de los premolares y finalmente, los dientes anteriores inferiores (7).

Todo método de clasificación de los maxilares parcialmente edéntulos, debe observar los siguientes aspectos: simplificar la descripción de todas las posibles combinaciones de dientes y espacios edéntulos; mejorar la comunicación entre profesionales; relacionar cada una de las situaciones con el diagnóstico, el pronóstico y el diseño empleado para su tratamiento (6).

En epidemiología protésica a veces puede resultar difícil definir lo que se está midiendo, se utiliza ampliamente para establecer comparaciones entre poblaciones, sin embargo, no es posible establecer comparaciones sin descripciones correctas y fiables de las técnicas y los parámetros utilizados (8). Kayser (7), propone una forma sencilla para clasificar los patrones de edentulismo parcial, identificando dos grupos, uno de denticiones no complicadas, donde la única anomalía es la ausencia de dientes y otro de denticiones complicadas que se caracteriza por la presencia de factores de complicación como: placa, caries, enfermedad periodontal y migración dental.

El colegio Americano de Prostodoncia propone un método para identificar de forma sencilla niveles crecientes de complejidad en cuanto al diagnóstico y tratamiento en los diferentes grados de edentulismo parcial, el cual ofrece las siguientes ventajas: aumenta la coherencia entre los operadores, constituye una herramienta útil para organizar la admisión de pacientes en las escuelas de odontología, unifica criterios para las investigaciones, aumenta la coherencia en la planificación y simplifica la decisión de referir un paciente para una atención especializada (9).

Por otra parte, el uso de prótesis con frecuencia se asocia a alteraciones de las estructuras dentales y periodontales remanentes. Yousof e Isa (10) refieren que a través del tiempo se han realizado muchos estudios para determinar el efecto de la D.P.R. sobre las estructuras bucales especialmente el periodonto y los dientes remanentes. En tal sentido, Angulo (11); Chandler y Brudvick (12); Bergman y Ericson (13); Isidor y Bbudtz (14) y Bergman y colaboradores (15), coinciden en que la D.P.R. no causa alteraciones periodontales siempre y cuando se realice una terapia periodontal completa previa a la instalación de la prótesis, se establezca un adecuado plan de tratamiento, control de placa dental y de la prótesis; agregado a la cooperación y motivación del paciente.

Resultados adversos del uso de D.P.R. evidenciaron Touminen et al(16); Yusof e Isa (10); y Bassi y colaboradores (17), quienes observaron mayor índice de placa dental, inflamación gingival y pérdida de inserción, asociado al uso de D.P.R., así mismo refieren que dicha situación puede empeorar por la acción de las tensiones excesivas producidas por la prótesis.

En este aspecto, Sánchez (18) refiere que el éxito del tratamiento prostodóntico depende en gran parte de la presencia de tejidos periodontales sanos, para tal fin es necesario realizar una evaluación completa del estado periodontal y establecer el adecuado diagnóstico, pronóstico y el tratamiento apropiado en cada situación.

De lo anterior se desprende la necesidad de analizar las necesidades protésicas basados en una clasificación que incluya el nivel de complejidad del caso y establecer su relación con la condición periodontal inicial de manera de obtener datos que permitan realizar un abordaje más racional de la problemática en la enseñanza de la Prostodoncia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se evaluaron 103 sujetos asignados al curso de pregrado "Atención integral del adulto I" de la Facultad de Odontología en el periodo académico 2006-2007 que representaban el total de pacientes que requieren tratamiento con Dentaduras Parciales Removible, que aceptan participar en el estudio de acuerdo al consentimiento informado aprobado por la coordinación de investigación de la Facultad de Odontología de la UCV.

Para determinar grado de complejidad según la clasificación del Colegio Americano de Prostodoncia (9) se le realizará examen clínico empleando espejo y explorador además de la evaluación radiográfica, empleando las radiografías realizadas previamente para la asignación como paciente de la Facultad de Odontología. Los criterios a evaluar son:

Criterio 1: Localización y extensión del área o áreas edéntulas.

A. *Ideal o áreas edéntulas mínimamente comprometidas.*

El espacio edéntulo está en una sola arcada y uno de los siguientes:

- Cualquier área edéntula en la zona maxilar anterior que no exceda de 2 incisivos.
- Cualquier área edéntula en la zona mandibular anterior que no exceda 4 incisivos.
- Cualquier área edéntula posterior ya sea maxilar o mandibular que no exceda 2 premolares o 1 premolar y 1 molar.

B. *Áreas edéntulas comprometidas moderadamente.*

Áreas edéntulas en ambas arcadas y en uno de los siguientes:

- Cualquier área edéntula en la zona maxilar anterior que no exceda de 2 incisivos.
- Cualquier área edéntula en la zona mandibular anterior que no exceda 4 incisivos.
- Cualquier área edéntula posterior ya sea maxilar o mandibular que no exceda 2 premolares o 1 premolar y 1 molar.
- Que falte un canino superior o inferior.

C. *Áreas edéntulas comprometidas sustancialmente.*

- Cualquier área edéntula posterior ya sea maxilar o mandibular que sea mayor de 3 dientes o 2 molares.
- Cualquier área edéntula incluyendo la zona anterior o posterior de 3 dientes o más.

D. *Áreas edéntulas comprometidas severamente.*

- Cualquier área edéntula o combinación de áreas edéntulas que requieran de un alto grado de colaboración por parte del paciente.

Criterio 2: Condición de los pilares.

A. *Ideal o condiciones de los pilares mínimamente comprometidos.*

- No es necesario indicar terapia preprotésica.

B. *Condiciones de los pilares comprometidos moderadamente.*

- Pilares en 1 o 2 sextantes* tienen insuficiente estructura dentaria para retener o soportar restauraciones intracoronaes o extracoronaes.
- Pilares en 1 o 2 sextantes requieren terapia localizada adicional (por ejemplo: procedimientos periodontales, endodónticos, ortodónticos).

C. *Condiciones de los pilares comprometidos sustancialmente.*

- Pilares en 3 sextantes y tienen insuficiente estructura dentaria para retener o soportar restauraciones intracoronaes o extracoronaes.
- Pilares en 3 sextantes que requieren terapia localizada adicional más sustancial (por ejemplo: procedimientos periodontales, endodónticos, ortodónticos).

D. *Condiciones de los pilares comprometidos severamente.*

- Pilares en 4 o más sextantes tienen insuficiente estructura dentaria para retener o soportar restauraciones intracoronaes o extracoronaes.
- Pilares en 4 o más sextantes requieren terapia adicional extensa (por ejemplo: procedimientos periodontales, endodónticos, ortodónticos).
- Los pilares han empeorado el pronóstico.

Criterio 3: Oclusión

A. *Ideal o características oclusales mínimamente comprometidas.*

- No es necesaria la terapia preprotésica.
- Se observa una relación Clase I molar.

B. *Características oclusales comprometidas moderadamente.*

- La oclusión necesita terapia localizada adicional (por ejemplo, ameloplastia en contactos oclusales prematuros).
- Se observa una relación Clase I molar.

C. *Características oclusales comprometidas sustancialmente.*

- La oclusión completa se tiene que restablecer, pero sin cambios en la dimensión vertical.
- Se observa una relación Clase II molar.

D. *Características oclusales comprometidas severamente.*

- La oclusión completa tiene que restablecerse, incluyendo cambios en la dimensión vertical.
- Se observa una relación molar Clase II división 2 y Clase III.

Criterio 4: Características del hueso alveolar residual.

El criterio publicado para el sistema de clasificación para los edéntulos totales son usados para categorizar las características del hueso alveolar residual tipo de paciente parcialmente edéntulo.

Grado I:

- Altura del hueso residual mayor a 21 mm a nivel de la menor altura vertical de la mandíbula en una radiografía panorámica.
- La morfología del hueso residual debe evitar los movimientos horizontales y verticales de las bases de la dentadura.
- Las inserciones no interfieran con la estabilidad de la dentadura.
- Relación maxilo-mandibular clase I.

Grado II:

- Altura del hueso alveolar residual 16 a 20 mm.
- La morfología del hueso residual debe evitar movimientos verticales y horizontales de las bases de la dentadura.
- Las inserciones musculares tienen influencia limitada en la estabilidad y retención de la dentadura.
- Relación maxilo -mandibular clase I
- Modificaciones menores, enfermedades sistémicas leves con manifestaciones bucales.

Grado III:

- Altura del hueso residual de 11 a 15 mm
- La morfología del hueso residual ofrece mínima resistencia a los movimientos horizontales y verticales de las bases de la dentadura.
- Las inserciones musculares tienen influencia moderada en la estabilidad y retención de la dentadura.
- Relación maxilo-mandibular clase I, II o III.
- Condiciones que requieren cirugía preprotésica.
- Manifestaciones bucales moderadas de enfermedades sistémicas o condiciones como la xerostomía.
- Síntomas de alteraciones temporomandibulares.
- Lengua grande (que ocupa el espacio intermaxilar).
- Reflejo nauseoso hiperactivo.

Grado IV:

- Altura del hueso residual menor a 10 mm.
- Relación maxilo-mandibular clase I, II o III
- La morfología del hueso residual no ofrece resistencia a movimientos horizontales y verticales.
- Condiciones mayores que requieren cirugía preprotésica.
- Historia de parestesia.
- Espacio interdentario que requiere corrección quirúrgica.
- Manifestaciones bucales severas de enfermedades sistémicas.
- Reflejo nauseoso hiperactivo que se maneje con medicación.

Los parámetros periodontales evaluados son los mismos empleados por Yusof e Isa (10) y Bergman et al (15): Índice de placa de Silness y Loe (1964); índice gingival de Loe y Silness (1963), Promedio de profundidad de surco gingival (tomando seis medidas por diente) y movilidad dental de acuerdo a la escala de Miller.

RESULTADOS:

Tabla 1
Distribución de pacientes parcialmente edéntulos clasificados por
grados de complejidad según sexo

			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Parcialmente edéntulo	Grado I	Recuento	5	11	16
		% de Parcialmente edéntulo	31,3%	68,8%	100,0%
		% de Sexo	22,7%	13,6%	15,5%
		% del total	4,9%	10,7%	15,5%
	Grado II	Recuento	8	33	41
		% de Parcialmente edéntulo	19,5%	80,5%	100,0%
		% de Sexo	36,4%	40,7%	39,8%
		% del total	7,8%	32,0%	39,8%
	Grado III	Recuento	7	27	34
		% de Parcialmente edéntulo	20,6%	79,4%	100,0%
		% de Sexo	31,8%	33,3%	33,0%
		% del total	6,8%	26,2%	33,0%
	Grado IV	Recuento	2	10	12
		% de Parcialmente edéntulo	16,7%	83,3%	100,0%
		% de Sexo	9,1%	12,3%	11,7%
		% del total	1,9%	9,7%	11,7%
Total	Recuento	22	81	103	
	% de Parcialmente edéntulo	21,4%	78,6%	100,0%	
	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	21,4%	78,6%	100,0%	

Análisis Descriptivo:

El total de pacientes atendidos parcialmente edéntulos son 103, de los cuales aquellos del grado II de complejidad son 41, representando 39,8%, los del grado III de complejidad son 34, representando 33%, los del grado I de complejidad son 16, representando 15,5%, y los del grado IV de complejidad son 12, representando 11,7%. Además, aquellos parcialmente edéntulos del sexo femenino son 81, representando el 78,6%, y aquellos parcialmente edéntulos del sexo masculino son 22, representando el 21,4%, donde el grupo mayor son aquellos parcialmente edéntulos del sexo femenino del grado II de complejidad representando 32% del total de pacientes parcialmente edéntulos.

Gráfico 1
Distribución de pacientes parcialmente edéntulos clasificados por grados de complejidad según sexo

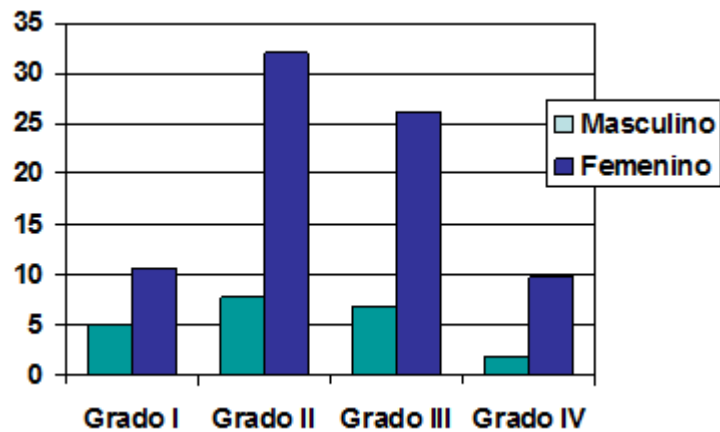


Tabla 2
Distribución porcentual de pacientes por tipo de prótesis requerida según el grado de complejidad

Tipo de prótesis removible requerido	Grado I N %	Grado II N %	Grado III N %	Grado IV N %	Total N %
Prótesis parcial superior e inferior	4 3,6	17 16,5	19 18,5	6 5,9	46 44,7
Solo prótesis parcial inferior	7 6,8	9 8,7	9 8,7	5 4,9	30 29,1
Solo prótesis parcial superior	1 0,9	7 6,8	3 2,9	1 0,9	12 11,6
Prótesis parcial inferior y dentadura total (monomax.)	4 3,9	8 7,1	3 2,9	0 0	15 14,6
Total	16 15,5	41 38,9	34 33	12 11,7	103 100

Gráfico 2
Distribución porcentual de pacientes por tipo de prótesis requerida según el grado de complejidad

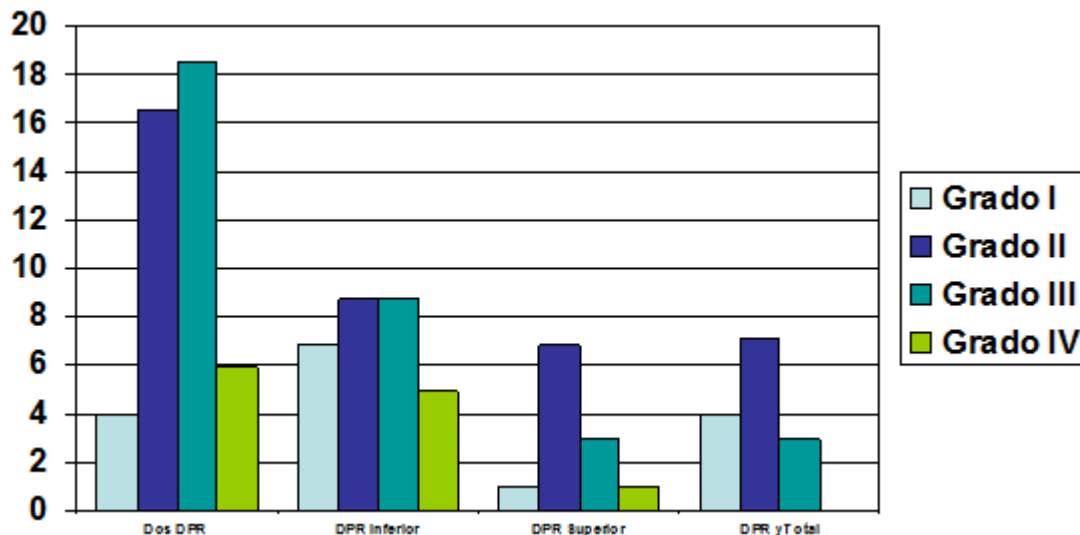


Tabla 3
Distribución de pacientes con necesidades de prótesis parcial removible por grados de complejidad según clasificación de Kennedy

Clasificación de Kennedy	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Clase I	6	5,8	13	12,6	13	12,6	5	4,9	37	35,9
Clase II	4	3,8	13	12,6	10	9,7	3	2,9	30	29,1
Clase III	6	5,8	15	14,6	11	10,7	4	3,9	36	35
Clase IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	16	15,5	41	39,8	34	33	12	11,7	103	100

Tabla 4
Distribución de pacientes parcialmente edéntulos que son monomaxilares
clasificados por grados de Complejidad.

			Totalmente edéntulo			Total
			Grado I	Grado II	Grado III	
Parcialmente edéntulo	Grado I	Recuento	3	1	0	4
		% de Parcialmente edéntulo	75,0%	25,0%	,0%	100,0%
		% de Totalmente edéntulo	75,0%	12,5%	,0%	26,7%
		% del total	20,0%	6,7%	,0%	26,7%
	Grado II	Recuento	0	4	0	4
		% de Parcialmente edéntulo	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% de Totalmente edéntulo	,0%	50,0%	,0%	26,7%
		% del total	,0%	26,7%	,0%	26,7%
	Grado III	Recuento	1	3	1	5
		% de Parcialmente edéntulo	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
		% de Totalmente edéntulo	25,0%	37,5%	33,3%	33,3%
		% del total	6,7%	20,0%	6,7%	33,3%
Grado IV	Recuento	0	0	2	2	
	% de Parcialmente edéntulo	,0%	,0%	100,0%	100,0%	
	% de Totalmente edéntulo	,0%	,0%	66,7%	13,3%	
	% del total	,0%	,0%	13,3%	13,3%	
Total	Recuento	4	8	3	15	
	% de Parcialmente edéntulo	26,7%	53,3%	20,0%	100,0%	
	% de Totalmente edéntulo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	26,7%	53,3%	20,0%	100,0%	

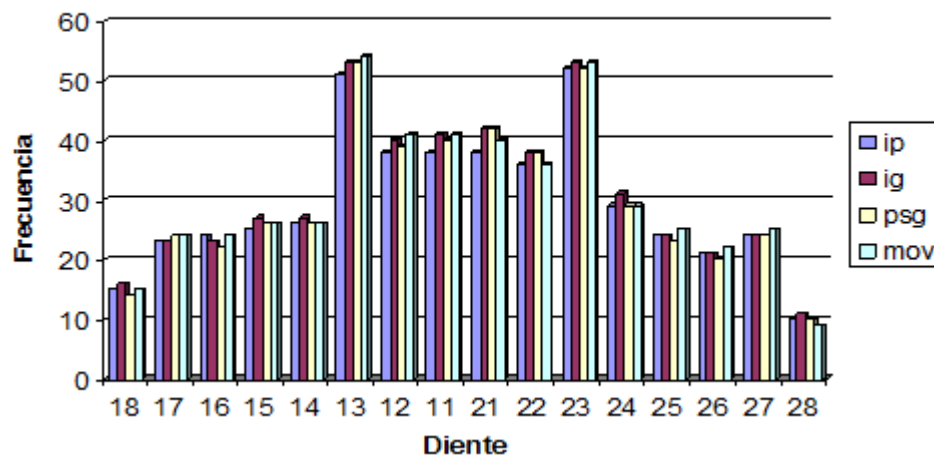
El total de pacientes atendidos monomaxilares son 15, de los cuales aquellos del grado II de complejidad son 8, representando 53,3%, los del grado I de complejidad son 4, representando 26,7%, y los del grado III de complejidad son 3, representando 20%. Además, aquellos pacientes monomaxilares que son parcialmente edéntulos del grado III de complejidad son 5, representando el 33,3%, aquellos parcialmente edéntulos del grado I y II de complejidad son 4 respectivamente, representando el 26,7%, y aquellos que son parcialmente edéntulos del grado IV de complejidad son 2, representando el 13,3% del total de pacientes monomaxilares. No hubo pacientes monomaxilares del grado IV de complejidad en la muestra.

Tabla 5
Distribución de pacientes parcialmente edéntulos con necesidades de Prótesis
Parcial Fija o coronas según grados de complejidad

Tabla de contingencia PPF o Coronas superiores y inferiores * Parcialmente edentulo						
		Parcialmente edentulo				Total
		I	II	III	IV	
1 a 2		4	12	4	3	23
	% filas	17,4%	52,2%	17,4%	13,0%	100,0%
	% columnas	40,0%	57,1%	40,0%	50,0%	48,9%
3 a 4		3	5	2	3	13
	% filas	23,1%	38,5%	15,4%	23,1%	100,0%
	% columnas	30,0%	23,8%	20,0%	50,0%	27,7%
5 a 6		1	4	3	0	8
	% filas	12,5%	50,0%	37,5%	0,0%	100,0%
	% columnas	10,0%	19,0%	30,0%	0,0%	17,0%
7 o +		2	0	1	0	3
	% filas	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	% columnas	20,0%	0,0%	10,0%	0,0%	6,4%
total		10	21	10	6	47

Histograma 1

Histograma por diente superior según índice



Histograma 2
Histograma por diente inferior según índice

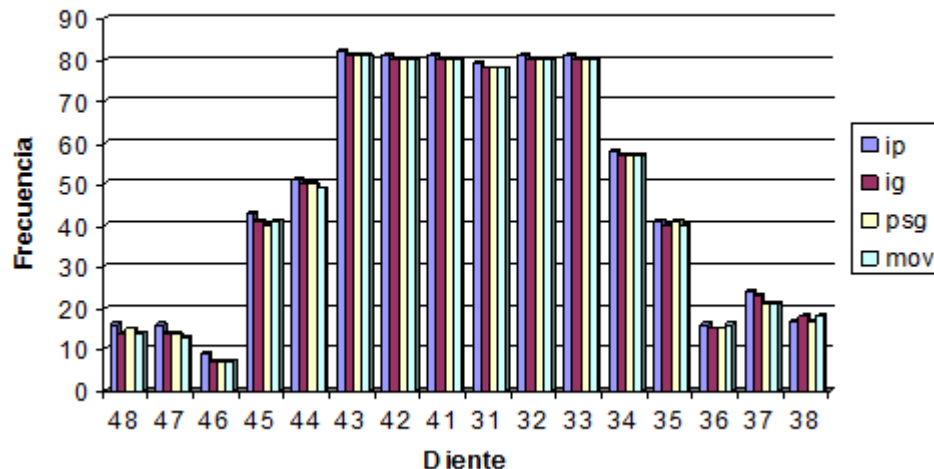


Tabla 6
Distribución de los promedios de índice gingival, índice de placa, profundidad de surco y movilidad dental de los dientes remanentes de los pacientes parcialmente edéntulos, según el grado de complejidad del caso.

	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		Total	
	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P
Índice Placa	176	1,15	486	1,29	433	1,21	109	1,30	1204	1,24
Índice Gingival	178	1,13	475	1,05	437	1,10	127	1,33	1217	1,15
Profundidad de surco	180	1,75	483	1,98	435	1,87	123	2,2	1221	1,95
Movilidad Dental	188	0,24	473	0,23	432	0,38	112	0,52	1205	0,34

P: Promedio
N: Numero de Dientes

Gráfico 3
Distribución de dientes por promedios de Índice de Placa según el grado de complejidad

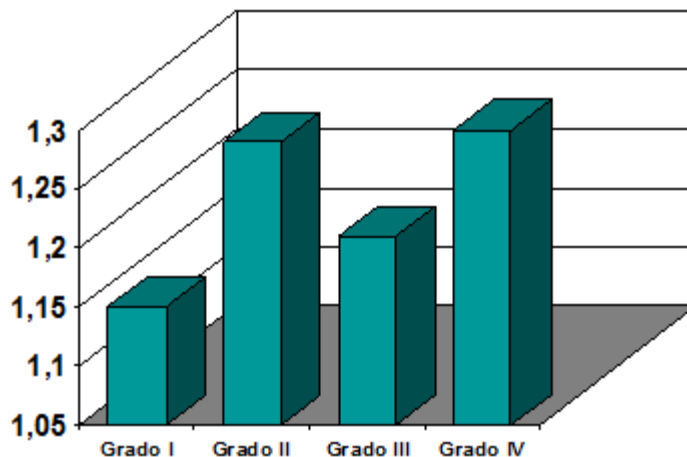


Gráfico 4
Distribución de dientes por promedios de Índice Gingival según el grado de complejidad

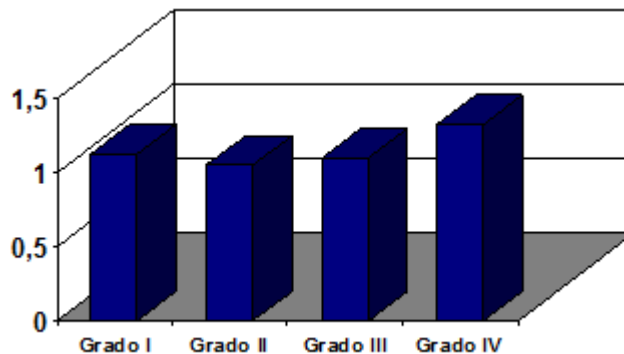


Gráfico 5
Distribución de dientes por promedio de Profundidad de Surco gingival según el grado de complejidad

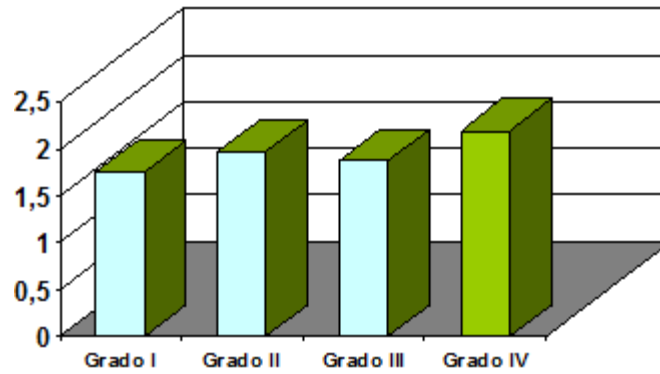
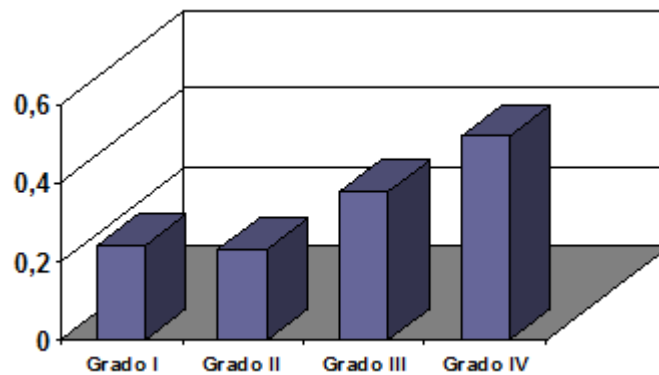


Gráfico 6
Distribución de dientes por promedio de Movilidad Dental según el grado de complejidad.



Prueba estadística T para el Grado de Movilidad Dental de los dientes remanentes según el grado de complejidad del caso.

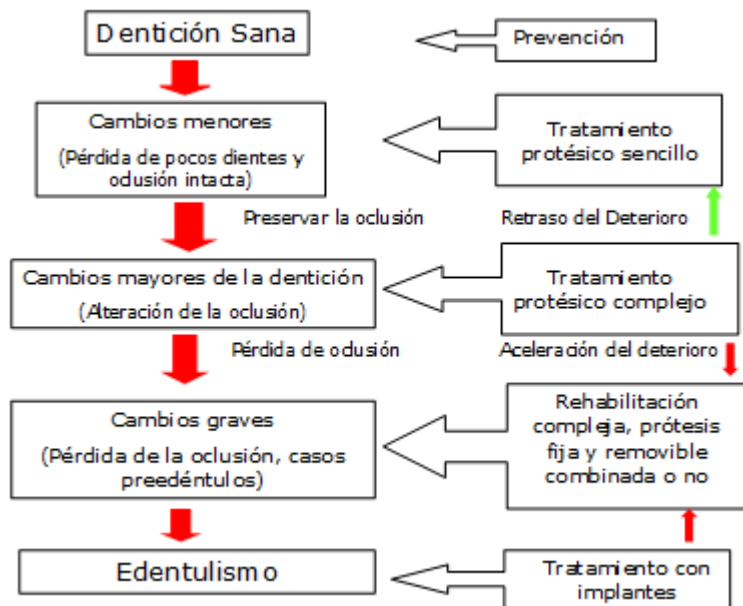
Prueba para una muestra

	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
GPRIMERO	6,354	187	,000	,2340	,1614	,3067
GSEGUNDO	11,167	472	,000	,2283	,1882	,2685
GTERCERO	13,228	431	,000	,3773	,3212	,4334
GCUARTO	5,712	116	,000	,5239	,3423	,7056

La prueba estadística T para una muestra con un nivel de significación del 95% ($p=0.05$) arroja evidencias significativas de diferencias de medias para los grados de complejidad según el Grado de Movilidad dental de los dientes remanentes.

DISCUSIÓN:

El mayor porcentaje de los casos estudiados se ubican en los grados inferiores de complejidad (55,3%). Sin embargo los grados de complejidad superiores (grado III y IV) presentan una concentración de casos importante (44,7%) considerando que se tratan de casos tratados en la formación de pregrado. Una explicación a esta situación es el hecho de que muchos de estos casos son tratados con alternativas sencillas de tratamiento dirigidas a detener el deterioro, como lo refiere Kalk (20) Figura 1.



El tipo de tratamiento requerido con mas frecuencia es la confección de dos Dentaduras Parciales en un sujeto, en esta alternativa existe un porcentaje alto de casos grado III de complejidad, mientras que la alternativa menos frecuente es una Dentadura Parcial que es antagonista de una Dentadura Total, situación similar a lo observado por Sánchez et al 1998 (1). Un porcentaje alto de casos requiere la preparación de coronas en los pilares, situación que se corresponde con la frecuencia de casos Grado III y IV de complejidad, pero es contraria a lo observado por Sánchez et al 1998 (1), donde solo el 10% de los casos de Dentaduras Parciales requieren Prótesis Fija.

En la distribución de los casos por la clasificación de Kennedy y en los Histogramas de Frecuencia de los dientes examinados, se evidencia que existe un patrón general de pérdida de dientes, donde los molares constituyen grupos de dientes de alto riesgo y el grupo antero inferior de dientes son los últimos en perderse, lo cual se corresponde con la historia natural de la dentición reportada por Kayser (7) y a lo observado por Curtis et al (6), en la producción de Dentaduras Parciales, donde los pilares con mayor frecuencia son los caninos superiores y los premolares inferiores.

La salud periodontal esta íntimamente relacionada con el diagnóstico y el pronóstico de los pacientes parcialmente edéntulos (7,9), pudiera pensarse que a mayor grado de complejidad se incrementaran los promedios de índice de placa, índice gingival y profundidad de surco gingival, en este estudio no se evidenció esta relación al evaluar los valores promedios entre los cuatro grados de complejidad, sin embargo al comparar el grado I de complejidad con el grado IV de complejidad si se evidencia una diferencia estadísticamente significativa.

En los promedios de movilidad dental por grados de complejidad es evidente un incremento de los promedios en relación al grado de complejidad de los casos, con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Si se aplica la escala de evaluación de la movilidad de Miller no es posible observar esta relación ya que la mayor concentración se ubicaría entre el grado 0 y 1 de movilidad en todos los grados de complejidad. Por lo que en la evaluación de este parámetro periodontal es importante considerar el empleo del Periotest que resulta un método más sensible que incluye una escala amplia que valores entre -8 y 50. (21).

La universidad no puede, ni debe ser, un mero instrumento de transmisión pasiva de conocimientos, debe relacionarse con la generación de conocimientos, con la búsqueda de soluciones, de alternativas que den solución a los cambios demográficos de la salud de la población y a la demanda de tratamiento de la sociedad (22). En este sentido, Owall (8), refiere que los métodos y las definiciones utilizadas en la epidemiología protésica deben seleccionarse meticulosamente, resulta difícil, tal como se ha demostrado, definir que es lo que se está midiendo.

En prostodoncia removible son muchos los métodos de clasificación propuestos para orientar el diseño de los casos, pero ninguno de estos métodos considera la condición inicial del caso y su relación con los procedimientos preprotésicos que hacen más o menos complejo el tratamiento, situación que debe orientar la asignación de los pacientes. Por lo que es importante que en la planificación de la enseñanza de la Prostodoncia se adopte el método de clasificación aplicado en este estudio; lo cual contribuye a la definición de objetivos clínicos precisos, elemento primordial en cualquier proceso, lo cual es contrario al enfoque tradicional donde se establecen un número de ejercicios prácticos injustificados, que muchas veces distorsionan la enseñanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sánchez, AE, Troconis, I., Di Gerónimo, M. 1998 Necesidades protésicas de los pacientes que asisten a la Facultad de Odontología de la UCV. Acta Odont Venez. 36(2): 92-99.
2. Davemport, J., Basker, R., Heat, J., Ralph, J., Glantz, P. 2000 Need and demand for treatment. British Dental Journal 189: 364-368.
3. Sánchez, AE., Tarantini, M. 1993 Frecuencia de los tipos de maxilares parcialmente edéntulos y diseños indicados para su tratamiento con Prótesis Parciales Removibles. Acta Odont Venez. 31(2): 27-38
4. Sánchez, AE., Troconis, I., Morelly, E. 1999 La prótesis parcial removible en la práctica

odontológica de Caracas, Venezuela. Acta odont Venez 37(3): 123-135.

5. Sánchez, AE., Morelly, E., Vieira, J. 2006 Evaluación de estructuras metálicas de los casos de Dentaduras Parciales Removibles de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. Caracas.
6. Curtis, D., Curtis, T., Wagnild, G., Finzen, F. 1992 Incidence of various classes of removable partial dentures. J. Prosthet Dent 67: 664-7.
7. Kayser, A. 1997 Dientes, pérdida de dientes y aparatos protésicos. En Owall, B, Kayser, A, Carlson, G. odontología protésica principios y estrategias terapéuticas. Editorial Mosby, Madrid España.
8. Owall, B. 1997 Epidemiología protésica. En Owall, B, Kayser, A, Carlson, G. odontología protésica principios y estrategias terapéuticas. Editorial Mosby, Madrid España.
9. McGarry, T., Nimmo, A., Skiba, J., Ahlstrom, R., Smith, C., Koumjian, J., Arbore, N. 2002 Classification system for partial edentulism. J. Prosthodont 11: 181-193.
10. Yusof, Z., and Isa, Z. (1994). Periodontal status of teeth in contact with denture in removable partial denture wearers, J. of Oral Rehab. 21: 77 - 86.
11. Angulo, F. (1983). Dentaduras parciales removibles relacionadas con la placa dental y la salud gingival. Trabajo de ascenso. Facultad de Odontología, U.C.V.. Caracas. P 36.
12. Chandler, J., and Brudvick, J. (1984). Clinical evaluation of patients eight to nine year after placement of removable partial dentures. J. Prosthet. Dent. 51: 736 - 43.
13. Bergman, B., and Ericson, G. (1989). Cross - sectional study of the periodontal status of removable partial denture patients. J. Prosthet. Dent. 61: 208 - 11.
14. Isidor, F., and Budtz, E. (1990). Periodontal conditions following treatment with distally extending cantilever bridges or removable partial dentures in elderly patients. J Periodontol. 61: 21-6.
15. Bergman, B., Huoson, A., and Olsson, C. (1995). A 25 year longitudinal study of patients treated with removable partial dentures. J. of Oral Rehab. 22: 595 - 599.
16. Tuominen, R., Ranta, K., and Paunio, I. (1989). Wearing of removable partial denture in relation to periodontal pockets. J. of Oral Rehab. 16: 119 -26.
17. Bassi, F., Mantecchini, G., Carossa, S., and Preti, G. (1996). Oral conditions and aptitude to receive implants in patients with removable partial dentures: a cross - sectional study. Part I oral conditions. J of Oral Rehab. 23: 50 - 4.
18. Sánchez, AE. (1999). Consideraciones periodontales en el diseño de prótesis parciales removibles. Acta Odontológica Venezolana 37: 50-61
19. Carranza, F. (1985). Periodontología clínica de Glikman. 5° e d. editorial Interamericana Mexico D.F. , 984 - 1021.
20. Kalk, W (1997) El paciente preedéntulo. En Owall, B, Kayser, A, Carlson, G. odontología protésica principios y estrategias terapéuticas. Editorial Mosby, Madrid España.

21. Jorge, J., Giampaolo, E., Vergani, C., Machado, A., Pavarina, A., Cardoso, M. (2007) Clinical evaluation of abument teeth of removable partial denture by means of the Periotest method. *J. of Oral Rehabilitation* 34; 222-227.
22. Calatrava, L. 2002 Crecimiento científico contemporáneo, escenario epidemiológico actual de las enfermedades bucales y currículo odontológico. *Acta Odnt. Venez* 40(2):100- 108.