

Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes

Almeida EO, Silva EMM, Falcón Antenucci RM, Freitas Júnior AC. Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Rev Estomatol Herediana. 2007; 17(2):104-107.

RESUMEN

Para el paciente anciano la prótesis dental es una integradora familiar, social, mantenedora de la salud general y elevadora de la expectativa de vida. Algunos cambios fisiológicos, patológicos y funcionales que ocurren con los elementos dentales en la tercera edad pueden repercutir en el tratamiento protésico. La siguiente revisión de literatura destaca los aspectos fundamentales que deben ser considerados en el tratamiento protésico de pacientes ancianos. Se destacan las particularidades de la prótesis parcial removible, prótesis total removible, prótesis parcial fija y prótesis sobre implante, así como las indicaciones de higiene oral. Se concluye que el cirujano dentista debe discutir con el paciente la mejor alternativa de tratamiento para cada caso específico y elegir aquella opción más adecuada a la capacidad de higiene bucal del paciente.

Palabras clave: PRÓTESIS DENTAL / ANCIANO / HIGIENE BUCAL.

Dental prosthesis for the aging patients: relevant aspects

ABSTRACT

Dental prosthesis for the aging patient has become a integrate form to keep part of the family, social, general health and high life expectancy. Some physiological, pathological and functional changes that occur with the dental anatomy in the third age can influence the prosthetic treatment. A literature review was proposed to detach the basic aspects that must be considered in the treatment of prosthetic in elderly patients. Making an emphasises in partial removable prostheses, total removable prostheses, partial fixed prostheses and prostheses implant supported, as well as oral hygienic orientation. The conclusion must be that the dentist will have to discuss together with the patient the best alternative of treatment in each specific case to choose which is the best adequate option to the hygienic cleaning capacity of the patient

Key words: DENTAL PROSTHESIS / AGED / ORAL HYGIENE.

Erika Oliveira de Almeida¹
Eulália Maria Martins da Silva²
Rosse Mary Falcón Antenucci¹
Amílcar Chagas Freitas Júnior¹

¹Alumno de Maestría en Odontología, área de Prótesis Dental.

²Docente de Odontogeriatría.

Facultad de Odontología de Araçatuba - FOA.
Universidade Estadual Paulista - UNESP.

Correspondencia

Erika Oliveira de Almeida
R. José Bonifácio, 1520, casa D, Jardim Paulista
Araçatuba-SP, Brasil, cep: 16060-050.
Teléfono: (18) 36227227 / (18) 81166640.
e-mail: erikaunesp@gmail.com

Recibido : 19 de marzo del 2007

Aceptado : 15 de agosto del 2007

Introducción

La prótesis dental es mucho más que una simple reposicionadora de los elementos dentales, es una integradora familiar, social, mantiene la salud general y eleva la expectativa de vida, por proporcionar condiciones al anciano de formar el bolo alimenticio de forma adecuada, impidiendo que disminuya la consistencia alimenticia y esto lleve a un déficit proteico (1).

El factor más crítico en la parte operativa de la prótesis para ancianos, es la higienización y la mantención de las prótesis. Se debe destacar la importancia de la higienización y motivarlos para evitar una dieta cariogénica substituyendo los bizcochos, dulces y tortas, por verduras, carnes magras y frutas, con el fin de adecuar su sistema masticatorio para la rehabilitación parcial o total. Por tanto, debe haber una integración del equipo odontológico con los médicos, familiares y personal auxiliar (2).

Algunos cambios fisiológicos, pa-

tológicos y funcionales que ocurren con los elementos dentales en la tercera edad pueden repercutir en el tratamiento protésico (1,3,4):

- Reducción de la cámara pulpar: puede traer beneficios por permitir preparaciones cavitarias más extensas, por eso en esta edad es de fundamental importancia la preservación de la integridad pulpar, pues es con la pulpa viva, el diente crea barreras para enfrentar el ataque que viene de la desmineralización de el esmalte a través de la formación de la dentina secundaria.
- Oscurecimiento de la dentina secundaria: interfiere en la selección del color de los elementos artificiales.
- Fragilidad de la estructura dentaria: Se nota una mayor incidencia de fracturas verticales y horizontales de la corona y raíz.
- Pérdida de retención de las prótesis totales y parciales removibles extensas: causada por disminución de la película de saliva entre la

prótesis y la mucosa debido a la xerostomía.

- Aumento del número de caries y problemas periodontales: causadas por el menor flujo salival, dieta cariogénica y dificultad de higienización.
- Presencia de enfermedades sistémicas: La anamnesis debe ser minuciosa para prevenir que problemas de orden general puedan interferir en el tratamiento dentario o lo inverso.
- Pérdida de dimensión vertical de oclusión: resultado de extracciones tempranas que aumentan la posibilidad de reabsorción del reborde alveolar, generando cambios en la relación oclusal y contactos prematuros, que pueden favorecer el surgimiento de hábitos parafuncionales aumentando el desgaste de los remanentes.
- Alteraciones morfológicas de la ATM: pueden causar alteraciones neuromusculares.
- Abrasión fisiológica aumentada: interfiere en la anatomía oclusal de

los dientes artificiales, las cúspides deben poseer altura menos pronunciada.

- Obtención de las relaciones intermaxilares: La falta de cooperación para su obtención genera problemas principalmente en prótesis total.
- Mayor movilidad y volumen de la lengua: especialmente en pacientes con muchas pérdidas dentales y xerostomía, la lengua auxilia en la preparación del bolo alimenticio y se encuentra aumentada.
- Cambios en la mucosa: Hay disminución en el espesor del epitelio, en el aspecto y en la resiliencia de la mucosa en edades avanzadas.

Además de esto, otros factores deben ser considerados en la selección del mejor plan de tratamiento protésico para el paciente geriátrico (3,4):

- Ingestión de medicamentos: puede interferir en la disminución de flujo salivar.
- Actitud psicológica.
- Desenvolvimiento psicosocial.
- Calidad de vida: La planificación del tratamiento debe ser lo más sencillo, cómodo y eficiente posible.
- Expectativa de vida: Se debe pensar en la complejidad de la planificación.
- Aspecto financiero: La planificación debe estar de acuerdo a las condiciones económicas del paciente.

La elección del tratamiento debe ser tomar en cuenta un tratamiento racional y el juicio del profesional, considerando las reales necesidades estéticas y funcionales del paciente.

El objetivo de esta revisión de literatura es destacar los aspectos fundamentales que deben ser considerados en el tratamiento protésico de

pacientes ancianos, para auxiliar al cirujano dentista en las principales opciones protésicas para estos pacientes especiales.

Revisión y discusión

Para la elaboración del plan de tratamiento protésico, un examen clínico y radiográfico minucioso es fundamental para identificar problemas específicos en los elementos de soporte así como la integridad pulpar y periodontal. El montaje de los modelos iniciales en el articulador y un encerado de diagnóstico son de gran utilidad, pues permiten verificar discrepancias en el plano oclusal, la presencia o ausencia de espacio para la rehabilitación oral, la necesidad de cirugías pre-protésicas o alteraciones en la dimensión vertical de oclusión (DVO) (4).

Es de fundamental importancia la presentación de todas las opciones de tratamiento al paciente y a su cuidador, con sus ventajas, desventajas, costos, tiempo de tratamiento y número de sesiones necesarias (4).

Prótesis Parcial Removible (PPR).

Se puede considerar que la prótesis parcial removible aún es la prótesis de elección para pacientes parcialmente dentados en la tercera edad (1). Sus ventajas incluyen facilidad de higienización por el paciente y cuidador; rapidez de confección, por el menor número de sesiones clínicas en relación a los demás tratamientos protésicos; indicada para espacios protésicos amplios y de extremo libre; costo inferior a las demás modalidades y planes de tratamientos (5,6).

El factor crítico para este tipo de prótesis es la falta de criterio por parte de los profesionales que, muchas veces, instalan una prótesis provisoria, sin estructura metálica adecuada

o sin respetar los principios y requisitos imprescindibles para el caso. El delineamiento del modelo de estudio posee como principal función definir la mejor trayectoria de inserción y remoción de la prótesis. La trayectoria ideal es aquella que permite la obtención de los factores determinantes del delineamiento: planos guías, superficies paralelas entre sí y paralelas al eje de inserción y remoción de la prótesis; áreas retentivas, áreas destinadas a la punta activa del gancho de retención; áreas de interferencia, pueden ser óseas, mucosas o inclinaciones dentales; y estética. Después de la preparación de los elementos de soporte para PPR, se realiza el delineamiento en el modelo final, se planea el caso con el diseño adecuado para encaminar al laboratorio. En el caso de extremo libre y espacios protésicos amplios, se torna indispensable la impresión funcional para permitir íntimo contacto con el reborde residual (5,7,8). Después de la toma de las relaciones intermaxilares, montaje de los modelos en articulador, prueba de los dientes en cera e instalación de la prótesis, se recomienda realizar controles después de 24 horas, una semana, 15 días, un mes, tres meses y cada seis meses o un año, dependiendo de cada caso (5).

Prótesis total removible.

Algunos autores creen que los usuarios de sobredentaduras consiguen mantener cerca del 80% de su habilidad masticatoria, valor muy encima de los 40 a 50% obtenidos con las prótesis totales convencionales. Uno de los factores para la mayor retención de estas, es la presencia del ligamento periodontal y propiocepción de las raíces mantenidas bajo la prótesis, que acaba por modular la fuerza masticatoria y

ayuda a mantener la posición de los dientes artificiales montados, permitiendo confort (3).

Pero no siempre la realidad permite que se mantengan elementos radicales remanentes o se instale implantes en el paciente, la prótesis total realizada dentro de los criterios de confección puede ser un tratamiento seguro y bien indicado (9). Por tanto, se indica la impresión dinámica del soporte secundario, para mejorar la adaptación y retención; cambio gradual de la dimensión, para que el paciente se adapte a los cambios advenidos en el nuevo tratamiento de forma lenta y progresiva (1,10).

Prótesis parcial fija.

Para la confección de prótesis fija en pacientes ancianos, se debe pensar en la capacidad de higienización, análisis de los elementos de soporte, verificar las reales condiciones de estos, considerando la xerostomía y fuerza masticatoria acentuada.

El tipo de preparación debe ser adaptado a las condiciones en que el elemento dental se encuentra, pudiendo haber una alteración en la proporción corona/raíz o hasta inclinaciones axiales acentuadas (11). Las coronas veneer son una buena opción estética en la tercera edad, por preservar más los elementos dentales, que se encuentran fragilizados en estos (1). Cuando fuera estrictamente necesario realizar coronas en el sector antero inferior, se indica preparaciones supragingivales y, si posible, hasta encima del estrechamiento cervical de estos dientes, porque no hay necesidad estética de esconder los márgenes de estas prótesis y facilitan la higienización de los espacios interdentales (12).

Siguiendo este enfoque conser-

vador, otra opción dentro de las prótesis fijas es la prótesis adhesiva, indicada en los casos de dientes vecinos al espacio protésico, por el enorme poder de conservación estructural que propicia, de higiene (preparaciones supragingivales), de adhesión y menor tiempo de ejecución de este procedimiento (13,14).

Para evitar prótesis fijas muy extensas en pacientes con deficiencia motora, dificultad de higienización o excesiva fuerza masticatoria se indica asociar la prótesis fija del elemento soporte con la prótesis parcial removible en la región desdentada. En este caso, se torna necesario planificar el tipo de estructura metálica en el inicio del tratamiento (5).

El tiempo de vida de las prótesis y las condiciones físicas del paciente deben ser compatibles con la complejidad del tratamiento y el número de sesiones necesarias para la rehabilitación completa. Así como el presupuesto financiero también debe ser evaluado antes del inicio del tratamiento. En algunos casos, se pueden realizar reparaciones en las prótesis antiguas (3,5). Lo importante es que el paciente y el cuidador estén conscientes de las opciones de planificación y participen de la elección juntamente con el profesional.

Prótesis sobre implantes.

La contribución del implante oseointegrado para la odontología es muy positiva por restablecer con mayor capacidad la función masticatoria, estética y fonética (1), mantener el hueso alveolar, restaurar y mantener la dimensión vertical de oclusión, aumentar la estabilidad de rehabilitación y poseer una gran longevidad de tratamiento (15). Entretanto, los pacientes que recibieron esta modalidad de tratamiento, necesitan de cierta cantidad de

hueso suficiente, estado de salud general sin alteraciones limitadoras y estado psicológico aceptable (16). La edad no sería un factor limitante, su instalación debe ser decidida caso a caso, verificando si el paciente tiene vigor físico, destreza manual (para la higiene bucal) y estado de salud favorable para la realización de la cirugía.

En el paciente totalmente edéntulo, una prótesis implanto-soportada removible ofrece muchas ventajas en relación a la restauración fija: la estética facial puede ser mejorada con flancos labiales y dientes artificiales, la remoción nocturna favorece el control de la parafunción, facilita la higienización, pocos implantes son necesarios y el costo será reducido (16). Con todo, la prótesis fija presenta ventajas psicológicas, puede requerir en algunos casos el mismo número de implantes que una sobredentadura, posee una durabilidad aumentada porque los ataches no necesitan de cambios y los dientes artificiales de acrílico se desgastan más rápido que los de porcelana o metal y poseen menor retención de alimento (17,18).

Orientaciones de higiene oral.

Los ancianos que usan prótesis dental necesitan de un cuidado específico de higienización que debe ser verbal y escrito, estimulando la higienización de los rebordes, lo mismo en usuarios de prótesis totales removibles o prótesis sobre implante removibles, pues hay un acumulo de restos alimenticios que irán, con el pasar del día, a trasladarse para los dientes remanentes, principalmente en pacientes con xerostomía. Las prótesis deben ser lavadas en un lavatorio conteniendo agua para evitar que se rompan al caer. Después de cada comida, las prótesis deben ser removidas e higienizadas

obligatoriamente y en la noche deben ser removidas para descansar el reborde (1,19).

Cepillos especiales aumentan la eficiencia de la limpieza dentro de los ganchos de las prótesis parciales removibles o en las bases de acrílico. No existe un consenso acerca de la solución más adecuada para higiene de las prótesis. Algunos autores recomiendan la crema dental (2), otros, el jabón de piedra, jabón de coco o jabón líquido neutro (9). Polvos y cremas adhesivas deben ser indicados con cautela, pues pueden inducir la reabsorción ósea, favorecer el acumulo de bacterias por el acumulo de alimentos, pudiendo generar problemas en dientes remanentes (1).

El profesional debe informar al paciente sobre la necesidad de controles periódicos, de preferencia cada seis meses, así como de la necesidad de rebasado de la prótesis en algunos casos (9).

Consideraciones finales

Actualmente existen medios para rehabilitar pacientes ancianos con cualquier posibilidad disponible de tratamiento protésico, por lo tanto, compete al cirujano dentista discutir juntamente con el paciente la mejor alternativa de tratamiento para cada caso específico y elegir la opción más adecuada a la capacidad de higienización del paciente.

Referencias bibliográficas

- Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatría: Noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
- Montenegro FLB, Brunetti RF. Prótese Dentária na terceira idade: aspectos importantes a serem ponderados. In: I Encontro interdisciplinar de Odontologia em Gerontologia. São Paulo: Ed. Casa do Novo Autor; 1999.
- Montenegro FLB, Marchini L, Brunetti RF, Pereira CM. Aspectos importantes da prótese dentária na 3ª idade. J APDESP Informa. 2000; 94:32-34.
- Marchini L, Montenegro FLB, Cunha VPP, Santos JFF. Prótese dentária na terceira idade. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2001; 55(2):83-7.
- Bezzon OL, Ribeiro RF, Mattos MGC. Prótese Parcial Removível. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.
- Marchini L, Brunetti RF, Montenegro FLB. Acompanhamento odontológico em centros geriátricos. Atual Geriatria. 1999; 4(24):34-6.
- Klienam C, Oliveira W. Manual de Prótese parcial removível. São Paulo: Ed Santos; 1999.
- Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Atlas de prótese parcial removível. São Paulo: Ed Santos; 1996.
- Guerra CMF, Gonçalves SLMB, Cueiros DAG. Manual para uso e conservação de próteses totais. Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia, Recife; 1999.
- Telles D, Holloweg H, Castellucci L. Prótese total convencional e sobre implantes. 2da ed. São Paulo: Ed Santos; 2004.
- Pegoraro LF. Prótese fixa. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
- Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- Chiche GJ, Pinault A. Estética em próteses fixas anteriores. São Paulo: Quintessence Editora Ltda; 1996.
- Jordan RE. Estética com resinas compostas. São Paulo: Ed Santos; 1992.
- Misch CE. Prótese sobre implantes: Um guia passo-a-passo. São Paulo: Ed. Santos; 2006.
- Misch C. Implant overdentures relieve discomfort for the edentulous. Dentist. 1989; 67(1):37-8.
- Gilbert GH, Minaker KL. Principles of surgical risk assessment of the elderly patient. J Oral Maxillofac Surg. 1990; 48(9):972-9.
- Zarb GA, Schmitt A. The edentulous predicament. II: The longitudinal effectiveness of implant-supported overdentures. J Am Dent Assoc. 1996; 127(1):66-72.
- Zwetchkenbaum SR, Shay K. Prosthodontic considerations for the older patient. Dent Clin North Am. 1997; 41(4):817-45.