

223
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"CONSIDERACIONES PROTESICAS EN LA ODONTOLOGIA GERIATRICA"

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

VERONICA ALEJANDRA MANCERA MENDOZA

DIRECTORA: M.O.C.D. MA. GUADALUPE MARIN GONZALEZ.

ASESOR: DR. C.O. FILIBERTO ENRIQUEZ HABIB.



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Verbo
[Firma]

269432



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Martha y Manuel

Les agradezco toda la ayuda que me han brindado, su apoyo, orientación y comprensión para que mis sueños de ayer se hicieran realidad hoy, gracias por su paciencia, su amor y el inmenso cariño porque gracias a ello han hecho posible mi desarrollo como persona y como profesionalista.

A mis hermanos:

Gaby, Moni, Martha y Manuel

Gracias porque siempre me han brindado su cariño y apoyo y contribuyeron a que cumpliera mi meta.

Gracias a todas aquellas personas que han estado conmigo en los momentos más importantes de mi vida y me han ayudado y animado a continuar superándome.

*Gracias le doy a esta honorable
Universidad Nacional Autónoma de México
y a la Facultad de Odontología por haberme
permitido ser universitaria y darme la oportunidad
de formarme como persona y como profesionista.*

*Gracias a todos mis profesores por
su dedicación y esfuerzo y a
aquellas personas que formaron
parte de mi enseñanza y de mi
aprendizaje.*

A mis asesores:

**M.O.C.D.Ma. Guadalupe Marín González
Dr.C.O. Filiberto Enríquez Habib, les doy
gracias por guiarme y apoyarme en la
realización de este trabajo.**

**CONSIDERACIONES PROTÉSICAS EN
LA ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA**

ÍNDICE

CONSIDERACIONES PROTÉSICAS EN LA ODONTOLOGÍA GERIÁTRICA

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

- 1.1 Importancia de la Odontología Geriátrica en el paciente geriátrico. 1

CAPÍTULO II

ESTADO BUCAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO

- 2.1 Índice Periodontal 7
2.2 Índice de Caries 15

CAPÍTULO III

ACTITUD DEL PACIENTE GERIÁTRICO HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL

- 3.1 Evaluación Médica 23
3.2 Evaluación Psicológica 28

CAPÍTULO IV

USO DE PRÓTESIS FIJA

- 4.1 Prótesis fija en el paciente tratado periodontalmente 31**
- 4.2 Mantenimiento de la Prótesis Fija 41**

CAPÍTULO V

USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE

- 5.1 Prótesis Removible en el paciente geriátrico 44**
- 5.2 Mantenimiento de la prótesis removible 51**

CAPÍTULO VI

USO DE PRÓTESIS TOTAL

- 6.1 Prótesis Total 54**
- 6.2 Dentadura Total Inmediata 59**
- 6.3 Sobredentaduras 61**
- 6.4 Mantenimiento de la Prótesis Total 64**

CONCLUSIONES 67

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 69

GLOSARIO 72

INTRODUCCIÓN

El término Gerontología proviene del griego gerón-anciano; logos-tratado. Es la ciencia que estudia el proceso del envejecimiento en sus aspectos biológicos, funcionales, psicológicos y sociales que aparecen como consecuencia del paso del tiempo, siendo inevitables e irreversibles.

En 1909 fue introducido el término Geriatria con el fin de designar la edad avanzada.

En la siguiente investigación se trata de reconocer la importancia que tiene para el cirujano dentista de práctica general o especializado la odontogeriatría, debido a que existen enfermedades bucales que son crónicas y que afectan a los ancianos.

Para los ancianos la boca representa un factor esencial del sistema digestivo y se encuentra relacionado con las funciones del lenguaje, trastornos emocionales y el ego, de manera que, estas pueden exacerbar las deficiencias nutricionales contribuyendo a que aparezcan trastornos metabólicos.

Para que el cirujano dentista ofrezca un tratamiento adecuado deberá analizar al paciente en cuanto a su estado de salud general y tendrá que reconocer que existen diferentes tipos de pacientes, los cuales necesitarán un trato distinto, se tomarán en cuenta que en los pacientes ancianos, por el proceso de envejecimiento pueden aparecer cambios, disminuye el sentido del oído y de la vista principalmente, por lo que, el cirujano dentista tomará ciertas medidas para tratar a los pacientes y puedan entender mejor su tratamiento.

También se ve afectado su estado emocional, existen problemas psicológicos como delirio, demencia y depresión, las cuales pueden influir en la actitud del paciente hacia el tratamiento dental.

Anteriormente era común encontrar a un paciente anciano edéntulo, actualmente esa situación ha cambiado y hay más pacientes ancianos que conservan dientes naturales, por lo que, es necesario conservarlos el mayor tiempo posible y ofrecerle a los pacientes diferentes alternativas de tratamiento y no sólo extracción de los dientes remanentes para construir una prótesis total; sino elaborar una prótesis parcial fija o una prótesis parcial removible en los casos que así se requiera, o en determinado caso elaborar una prótesis total inmediata o una sobredentadura, además de enseñar al paciente al correcto mantenimiento de su prótesis y educarlo para que asista periódicamente a revisión dental.

CAPÍTULO I

IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGÍA

GERIÁTRICA EN EL PACIENTE

GERIÁTRICO

1.1 IMPORTANCIA DE LA ODONTOLOGÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Una de las finalidades que persigue la práctica dental consiste en lograr que el cirujano dentista aprenda a comunicarse con el paciente, pues, éste a veces carece de información y experiencia acerca de su cuidado dental.

La mayoría de los ancianos crecen con la creencia de que sólo deben procurar recibir tratamiento dental cuando padecen de dolor o si sus dientes necesitan ser extraídos, ya que no tienen un concepto de visita regular al dentista orientada a la prevención y por si fuera poco está fuera de su entendimiento y comprensión porque los ancianos prefieren dar prioridad a su salud física y no a su salud bucal.¹ Según estudios realizados los servicios dentales son más solicitados por los jóvenes que por la población anciana. En varios países industrializados el 50% de la población es edéntula, actualmente el número de personas edéntulas total o parcialmente está disminuyendo, por lo tanto, se comprende que la presencia de dientes naturales favorece el plan de tratamiento, sobre todo para la retención y estabilización de la prótesis, siempre y cuando el Cirujano Dentista realice revisiones regulares del sistema masticatorio y de la higiene bucal.

Se ha notado un aumento en la población geriátrica que conserva dientes naturales, ocasionando un mayor interés en el cuidado y atención de los ancianos que pierden sus dientes por descuido en sus años pasados, resultado de una higiene oral deficiente y enfermedades de los tejidos duros y blandos, obligando al dentista a modificar el tratamiento radicalmente, teniendo que extraer los dientes de pronóstico dudoso y tratando únicamente el periodonto de los dientes que es probable se puedan mantener hasta el final de la vida,² es decir, es mejor implantar una prótesis a una edad a la cual pueda acostumbrarse el paciente a tiempo y realizar tratamiento periodontal, que acabar recurriendo a una prótesis total.

Además de la presencia de enfermedades sistémicas como: artritis, hipertensión, enfermedades respiratorias, cáncer y osteoporosis que tienen mayor probabilidad de aparecer con la edad y las enfermedades cardíacas, aparecen otros problemas principalmente como son la caries radicular, la periodontitis, la cual se presenta desde los 30 años y va incrementando su prevalencia, incidencia y severidad con la edad.

Los pacientes edéntulos también requieren de gran atención y una mejor comunicación con el equipo dental, ya que, es menor la utilización del servicio dental por pacientes edéntulos comparada con los pacientes ancianos dentados, dichos

pacientes únicamente se presentan por alguna emergencia, como: reparación de la dentadura, irritación de tejidos, o rotura de la dentadura, los mismos ancianos han mencionado que ellos una vez que poseen su dentadura ya no es necesario regresar al dentista, lo cual representa un gran problema, esto quiere decir que el dentista no dedica el tiempo suficiente a la educación de sus pacientes .¹

Con el envejecimiento se presentan alteraciones somáticas y psíquicas que obligan tanto al médico como al dentista a utilizar otros métodos que no son habituales en el tratamiento, por lo tanto, el anciano no es más difícil de tratar que el joven, sino que hay que aplicar otros conceptos.²

En el paciente anciano tiende a cambiar su memoria y su capacidad de aprendizaje, lo que significa que puede desorganizar ó modificar el significado de la información que recibe, además de que la puede manipular.

Para ellos aprender requiere más tiempo y repetición, la información debe ser proporcionada en forma lenta y con interrupción frecuente, de hecho el paciente puede mantener su salud bucal en su hogar. Siempre y cuando el dentista siga las siguientes recomendaciones:

1) Estructurar el mensaje. El dentista debe organizar la información que se le presentará al paciente anciano, debe explicar los procedimientos para el cuidado en forma cronológica para que la pueda llevar a cabo en su hogar.

En caso de pacientes edéntulos que portan prótesis total, remover sus dentaduras en la noche y cepillarlas con un cepillo mediano, usando una pasta de dientes no abrasiva, dejarlas en un vaso con agua toda la noche y asear su boca.

2) El dentista debe tomarse más tiempo para escuchar al paciente, discutir o comentar el procedimiento dental y repetir el mensaje con un lenguaje comprensible para el paciente y explicarle los términos que no entienda.

3) Tratar de no darle al paciente todas las instrucciones en una sola visita, se deberá seguir un orden y primero proporcionarle la información de los cuidados que debe tener en su hogar y si posee dientes naturales explicarle el procedimiento en su próxima consulta.

4) Finalmente, proporcionar la información en forma escrita, la cual deberá ser revisada en forma oral con el paciente, éste procedimiento se realiza cuando existen problemas de retención

de información, así como, deterioro de la audición y de la visión por la edad.¹

Algunos problemas de aprendizaje y memoria pueden estar relacionados a cambios en los procesos sensoriales, disminuye la visión, audición y gusto principalmente, por ello es necesario entender dichos problemas para poder tratar a los pacientes eficazmente.

Para tratar a dichos pacientes es necesario seguir las siguientes recomendaciones:

- 1) Cuando escriba deberá utilizar letra legible y grande
- 2) Usar colores contrastantes cuando prepare el mensaje en forma escrita, se recomienda utilizar letras azules y resaltarlas con amarillo.
- 3) Al hablar con el paciente uno puede usar mecanismos directos compensatorios, manteniendo contacto hacia los ojos, esto permitirá que las personas ancianas que han perdido la audición puedan leer los labios.
- 4) Hablar claro y lentamente
- 5) Hablar con el paciente en un ambiente silencioso, privado, que inspire confianza para que el paciente pueda expresar sus preguntas y sus dudas.¹

Los factores sociales como la pobreza, la jubilación, y forma de vida son importantes para entender las necesidades de los ancianos y poder establecer una mejor relación entre dentista y paciente, también es necesario que exista una mejor comprensión tanto de la familia, amigos y de la comunidad en general.

La medicina geriátrica ha desarrollado una propuesta a la que no atribuyen síntomas sólo de la edad. Se intenta evaluar exigentemente y valorar los problemas y así desarrollar un plan de tratamiento y de cuidado que sea más comprensivo, la medicina geriátrica es la única que se ha enfocado al cuidado de una población específica como en éste caso que se dedica a los pacientes ancianos, por este hecho y por todo lo que se ha mencionado es necesario que también la odontología se enfoque más hacia el tratamiento de dichos pacientes³ por eso es importante brindar atención a esta parte de la población.

CAPÍTULO II
ESTADO BUCAL Y NECESIDADES DE
TRATAMIENTO

2.1 ÍNDICE DE CARIES

La caries es un proceso infeccioso crónico que resulta de la destrucción de la mineralización de los tejidos dentarios, este proceso depende de tres factores como son: los dientes, su medio ambiente y los microorganismos, además existen otros factores asociados al huésped (edad, sexo, saliva, respuesta inmune, higiene oral); el agente (tipo, número y virulencia del microorganismo); o el sustrato (potencial cariogénico o presencia de fluoruro en los alimentos).

La caries usualmente se clasifica de acuerdo a su localización anatómica. En los ancianos, la caries la podemos encontrar frecuentemente en las raíces dentarias (caries radicular), mientras que en los jóvenes es más común encontrarla en la porción coronaria. Ambos tipos de caries coronal y radicular pueden ser activas y no ser tratadas, detenidas sin ser tratadas o restauradas con cierto tratamiento dental. También estos tipos de caries pueden ser incipientes, rampantes, presentar un estado de descalcificación, es decir, una lesión temprana, o puede haber cavidades que es una lesión severa del diente.

La presencia de caries en niños y adultos jóvenes ha disminuido notablemente, en respuesta al gran esfuerzo de prevención de la enfermedad que se llevó a cabo la década

pasada, con el uso de fluoruro sistémico y tópico, mejor nutrición, procedimientos mecánicos de higiene dental y una mejor educación de la salud, dando lugar a que en un futuro haya un aumento de adultos jóvenes con presencia de dientes naturales.⁴

En los ancianos de la actualidad se presenta con mayor frecuencia caries radicular y esto se ha ido incrementado notablemente con el avance de la edad, incluyendo raíces que ya fueron restauradas. En un estudio realizado se observó una asociación entre la prevalencia de caries y la edad, sobre todo en aquéllos dientes que presentan recesión gingival.(Tabla 1)

EDAD (Años)	PREVALENCIA DE CARIES (%)
20-29	3-14 %
30-39	9-36 %
40-49	15-47 %
50-59	22-64 %
60 ó +	38-70 %

Tabla 1 (Prevalencia de caries con la edad)

Consideraciones clínicas.

Es importante mencionar que se han utilizado diferentes términos para describir las lesiones cariosas de las raíces de los

dientes como son: caries del cemento, radicular, senil, cervical y por radiación, aunque se han utilizado los mismos términos para nombrar a la caries cervical y por radiación que pueden involucrar tanto a la corona como a la raíz del diente, por ello es preferido el término de "caries radicular". Se debe diferenciar la caries de otras condiciones que resultan de la destrucción de la raíz, como son: abrasión, erosión y resorción idiopática de la raíz.

Billig desarrolló el criterio para incluir cavidades en la superficie radicular para establecer un régimen de tratamiento. Se realizó un índice de caries radicular tomando en cuenta la textura de la superficie, defectos en la superficie y grado de pigmentación.

ÍNDICE DE CARIES EN LA SUPERFICIE RADICULAR

Grado I(Incipiente)

1. Textura de la superficie: Suave, puede ser penetrado con un explorador dental.
2. Superficies sin defectos
3. Pigmentación: variable

Grado II (Superficial)

1. Textura de la superficie: Suave, puede ser penetrado con un explorador.

2. Defectos en la superficie: menos de 0.50 mm de profundidad
3. Pigmentación: Variable, Tono café

GRADO III (Cavidades)

1. Textura de la superficie. Suave, puede ser penetrado con un explorador
2. Lesión penetrante: Presencia de cavidad (más de 0.50 mm) no involucra a la pulpa
3. Pigmentación: Variable, de un grado café a un tono café oscuro

GRADO IV (Pulpar)

1. Lesión profunda hacia la pulpa ó involucra el canal radicular
2. Pigmentación: Variable, café a café oscuro.

El criterio utilizado para medir la caries radicular en los pacientes individuales y grupos de población depende de dos decisiones clínicas importantes:

La primera involucra a las superficies radiculares que han perdido la unión periodontal, es decir, existe una migración apical de la unión periodontal en la unión cemento-esmalte.

El índice de caries propuesto por Katz define a la superficie radicular como una zona de riesgo porque la unión cemento-esmalte puede ser visualizada.

Varios investigadores han demostrado que del 10% al 20% de lesiones cariosas radiculares ocurren subgingivalmente.

La segunda incluye raíces con restauraciones que son consideradas de riesgo, éste índice de caries no es tan específico, pues es obvio que la unión cemento-esmalte no es visible, pero las restauraciones están expuestas al medio ambiente oral, por lo tanto son consideradas como superficies de riesgo. La caries radicular puede ser encontrada tanto en dientes con restauraciones o sin ellas.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CARIES RADICULAR

Como se mencionó anteriormente la caries radicular puede presentarse en dientes que han perdido la unión periodontal, en superficies proximales y bucales.

El proceso carioso que comienza en la superficie radicular que normalmente no afecta al esmalte adyacente, podría socavar al esmalte cervical pero se remarca en la dentina coronal saliendo al esmalte cervical. Si el proceso carioso continua, los dientes podrían fracturarse y se sabría en dónde se originó si en el esmalte o en el cemento.

El riesgo absoluto, o probabilidad, de una enfermedad es el número de casos nuevos que aparecen en la población en cierto

periodo de tiempo. El riesgo de caries radicular es de aproximadamente 0.1 a 0.4 superficies por persona por año.⁴

PREVENCIÓN DE CARIES EN LOS ANCIANOS

La placa dentobacteriana juega un papel muy importante para la prevención de caries. según estudios realizados por Lindhe & Nyman es evidente que una remoción profesional de placa previene en su totalidad el desarrollo de caries en la superficie radicular.¹

La prevención de caries depende de tres procedimientos básicos:

1. Eliminación del microorganismo. Se realiza por el cepillado y el uso del hilo dental, que son los métodos mecánicos más comúnmente aplicados para llevar a cabo un control de placa, pero son los métodos más limitados porque la remoción de la placa sólo es temporal, además se puede ver reducida si el paciente presenta alguna enfermedad debilitante, pero el dentista es el que determina si se requiere algún otro método que sea suplementario.

2. Incremento en la resistencia del huésped. Generalmente se lleva a cabo con aplicaciones tópicas de fluoruro o ingesta de éste en la dieta, para mineralizar los tejidos dentarios como son: el esmalte, el cemento o la dentina de la superficie radicular.

El fluoruro se concentra en las capas superficiales de los tejidos del diente, particularmente en el cemento, disminuyendo su solubilidad en presencia de ácidos débiles. (Tabla 2)

Situación clínica	Procedimiento	Vehículo y dosis
No existe evidencia de caries recurrente	No está indicada la terapia con fluoruro tópico	No aplicable
Evidencia de caries recurrente coronal	Fluoruro tópico cada seis meses	1.23% APF o 2.0% NaF gel
Evidencia de nueva caries recurrente radicular	Fluoruro tópico cada seis meses	5.0% NaF solución
Caries rampante radicular o coronal	Fluoruro tópico cuatro veces al año	5.0% NaF barniz

Tabla 2 (Regimen de fluoruro tópico recomendado para ancianos susceptibles a la caries)

3. Reducción del sustrato para el microorganismo. Es decir, reducirlo con agentes químicos y aplicaciones de fluoruro, además retirando restauraciones defectuosas que permitan el acúmulo de placa y por lo tanto, la formación de caries.

Desde el punto de vista práctico, es imposible prevenir la caries en todos los pacientes que presenten exposición de la superficie radicular, pero es posible identificar a los pacientes que presenten algún riesgo para desarrollar dicha enfermedad, como secreción disminuida de la saliva y además exposición de la superficie radicular. Se debe colocar una restauración y cuidar de que no queden márgenes defectuosos que permitan la acumulación de placa.⁴

2.2 ÍNDICE PERIODONTAL

La necesidad de recibir servicio periodontal en los ancianos continuará aumentando, pues disminuye el edentulismo y aumenta la conservación de los dientes naturales en la población,⁴ sobre todo, en las sociedades tecnológicamente sofisticadas que presentan un incremento de la enfermedad periodontal en individuos ancianos dentados. Por lo tanto, la práctica dental ha enfocado un poco de atención al impacto de la salud periodontal en el envejecimiento así como a sus enfermedades y sus implicaciones.⁵

Recientemente la hipótesis de la placa era no específica porque no se determinaba cual era la bacteria específica de la enfermedad periodontal. Ahora se acepta que cierto tipo de bacterias están involucradas y aparentemente existe una combinación de especies que podrían estar asociadas con diferentes enfermedades.

Un modelo aceptado durante los 60's sugirió que la periodontitis era una condición lenta y continuamente progresiva, que comenzaba con gingivitis, si se desarrollaba afectaba inevitablemente al ligamento periodontal, progresaba y continuaba con pérdida del hueso alveolar y por último con la pérdida de dientes y se dieron cuenta que afectaba a la mayoría de la

población adulta, ya que estos eran susceptibles a la enfermedad.⁶

Estudios epidemiológicos han demostrado que los dientes anteriores inferiores usualmente se mantienen por un período de tiempo más largo y que de éstos el diente que más persiste es el canino y después le siguen los premolares en un 20 ó 30% de la población anciana. El desarrollo tecnológico de la odontología restauradora no podría detener por sí sola el progreso de la caries y de la enfermedad periodontal los cuales dan como resultado la pérdida de los dientes.

CAMBIOS EN EL PERIODONTO CON EL ENVEJECIMIENTO

Con el envejecimiento ocurren los siguientes cambios en la encía: disminución de la queratinización, reducción o poco cambio en el puntilleo, incremento del ancho de la encía insertada, disminución de las células del tejido conectivo, mayor cantidad de sustancias intercelulares y reducción del consumo de oxígeno.

En el ligamento periodontal aumentan las fibras elásticas, pero, disminuyen la vascularidad, la actividad mitótica, la fibroplasia, el número de fibras colágenas. (Fig. 2.1)

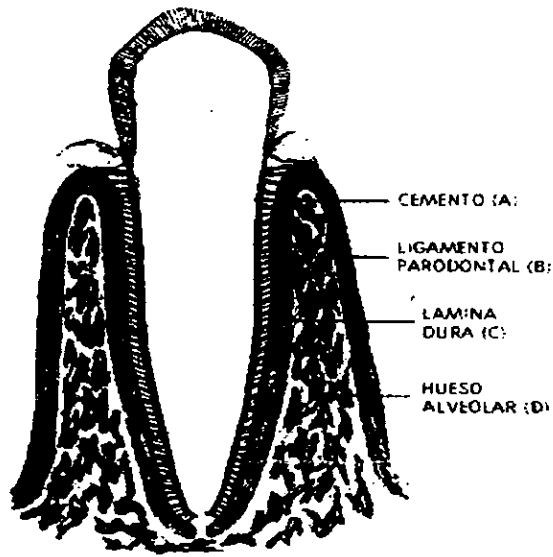


Fig. 2.1 Cuando el diente no está desempeñando su función, como en el caso de pérdida del antagonista, el ligamento y espacio parodontales se tornan engrosados, ocurriendo principalmente en el periodonto de los ancianos.

En el hueso alveolar, ocurren osteoporosis, menor vascularidad, reducción en el ritmo metabólico y en la capacidad de cicatrización. La resorción se incrementa y disminuye la velocidad de formación ósea.

Aparece mayor irregularidad en las superficies del cemento y del hueso alveolar que se encuentran frente al ligamento periodontal. Hay un aumento continuo en la cantidad del cemento. El total del ancho del cemento a los 75 años es tres veces mayor que la que se observa a los 11 años (Zander & Hürzeler).⁷

El cambio que ocurre con el paso de los años es la pérdida de sustancia dentaria debido a la atrición, ya que, ese desgaste reduce la altura e inclinación de las cúspides, el grado de atrición se puede coordinar con otros cambios producidos por la edad como la erupción dentaria continua y la recesión gingival.

La recesión gingival, la atrición y la pérdida ósea como se mencionó anteriormente se pueden presentar con el paso de los años, pero no siempre es así, y su extensión varía notablemente en pacientes de la misma edad.

GINGIVITIS Y PERIODONTITIS

Está bien establecido que existe una fuerte relación entre la presencia de placa dentobacteriana y la frecuencia y severidad de

la enfermedad periodontal. La placa dentobacteriana desencadena una reacción inflamatoria ocasionando gingivitis o periodontitis.

La gingivitis es un proceso inflamatorio que afecta los tejidos blandos que rodean al diente y el factor etiológico primario es la placa dentobacteriana, dando lugar a las siguientes manifestaciones clínicas: inflamación, edema, enrojecimiento y sangrado.

En la periodontitis ocurre inflamación que involucra la inserción gingival y se extiende hacia el ligamento periodontal, el hueso alveolar y el cemento. Tanto clínica como radiográficamente se observa pérdida ósea. Las razones por las que progresa de gingivitis a periodontitis se puede ver reflejada por aberraciones en la sensibilidad de la célula huésped que podría favorecer la colonización e infección por la placa dentobacteriana.

La periodontitis crónica del adulto usualmente ocurre en adultos de más de 35 años, esta forma de periodontitis se relaciona directamente a la acumulación de materiales asociados a los dientes (placa y sarro).

La periodontitis crónica regularmente toma años hasta décadas de progreso, ya que, se presenta con períodos de exacerbación y remisión.⁴

La enfermedad periodontal en los ancianos no parece ser una enfermedad específica, sino más bien, es el resultado de una periodontitis crónica desde la edad adulta. Su prevalencia y severidad no es el resultado de un incremento por la susceptibilidad que ocurre por el envejecimiento, sino por el progreso de una enfermedad de la edad adulta hasta la vejez asociado a otros padecimientos de origen sistémico por los cuales el paciente anciano no tolera el tratamiento dental.

PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

La enfermedad periodontal se puede prevenir controlando el crecimiento de la bacteria. Como la higiene oral deficiente es un factor de riesgo para padecer enfermedad periodontal se debe remover la placa dentobacteriana con el cepillado dental, es la forma más común aunque éste no es el método más eficiente, es recomendable utilizar un método de limpieza en las superficies interproximales con seda dental, sin embargo, es poca la población que lo utiliza, se menciona que a partir de los 40 años de edad disminuye el uso de este aditamento, además las enfermedades sistémicas pueden limitar el mantenimiento de la

salud periodontal por medio del cepillado dental y el uso de la seda dental.

Es recomendable administrar fluoruro en forma tópica, porque funciona como agente antibacteriano.

Se pueden utilizar dos agentes removedores de placa, como son la Clorhexidina y el Listerine, ambos han sido aprobados por la Asociación Dental Americana, pues ayudan a prevenir y a reducir la formación de placa dentobacteriana y la gingivitis.

Hay pacientes que usan medicamentos que inducen xerostomía como son: antidepresivos, antihistamínicos, antineoplásicos, antipsicóticos, antiespasmódicos, diuréticos y tranquilizantes. Es muy importante mantener la saliva en estos pacientes, ya que, tiene una función antibacteriana y sin ella puede ser posible que se incremente el riesgo de padecer enfermedad periodontal. Se pueden utilizar substitutos de la saliva para que se conserve la lubricación y exista buena masticación.

El cuidado dental de los ancianos involucra un análisis completo del estado físico y emocional del paciente, para poder dar un plan de tratamiento y pronóstico acertados, pues está

claramente demostrado que dichos pacientes pueden ser tratados satisfactoriamente y así mantener su salud periodontal.

La motivación, instrucción y el cuidado profesional de la higiene bucal, reducirá y prevendrá el progreso de la enfermedad periodontal y de la caries al mínimo.⁸

CAPÍTULO III

ACTITUD DEL PACIENTE GERIÁTRICO

HACIA EL TRATAMIENTO DENTAL

3.1 EVALUACIÓN MÉDICA

La evaluación del paciente geriátrico por el odontólogo consiste principalmente en realizar la historia clínica y evaluar las limitaciones físicas. Es esencial que los datos sean obtenidos de todos los pacientes valorando las condiciones de las enfermedades crónicas y el uso de los medicamentos., para esto se requiere que el odontólogo invierta tiempo con el paciente para hacer una historia clínica cuidadosa y explicar las preguntas y su importancia.

Si el paciente indica que tiene un problema médico significativo, es necesario profundizar en el problema y revisar el sistema afectado, por lo tanto las preguntas y respuestas deben ser apreciadas por el odontólogo.

Ninguna droga o medicamento que el paciente se autoadministra el paciente lo recuerda con detalle, esto incluye el nombre de las drogas, la dosis, la duración de la terapia y el por qué del uso de la droga.

Los pacientes pueden referir alguna alergia y por ello debemos distinguir entre una alergia real y una reacción adversa, se les puede pedir a los pacientes que lleven al consultorio los

medicamentos que están utilizando, especialmente si el paciente es olvidadizo. El conocer los medicamentos es necesario porque algunos pueden provocar efectos intraorales por ejemplo: xerostomía, reacciones liquenoides o crecimiento gingival y así determinar el manejo óptimo del paciente geriátrico.⁹

También es necesario valorar al individuo por su postura, marcha, color, movilidad y características faciales, además de todos los pacientes se debe tomar el peso, la estatura, la presión sanguínea, examinar la cabeza y el cuello, la frecuencia respiratoria y la temperatura, ya que con estos signos podemos determinar como es la condición sistémica, por ejemplo: si un paciente refiere un pulso lento o rápido, es posible determinar que existe algún problema cardiovascular, o también podremos diferenciar si el pulso esta dado por la misma consulta dental, por una situación de estrés o ansiedad.

Cuando dicha información es obtenida el dentista debe decidir el tratamiento adecuado del paciente, si el dentista reconoce las limitantes que existen por la salud del paciente realizará un plan de tratamiento excelente, porque podrá determinar cuál será el tratamiento más conveniente y más fácil de mantener para cada paciente, así también si el paciente lo requiere, referirlo con el médico para un mejor tratamiento de su enfermedad.⁴ Si el odontólogo no tiene comunicación

especializada con el paciente anciano quien tiene déficits sensoriales, la información sobre su enfermedad principal se puede ver alterada.

El estado de salud del paciente puede estar muy deteriorado y puede ser la causa de falta de habilidad del paciente para llevar a cabo su higiene bucal, esto puede estar relacionado a una condición de depresión o alguna otra enfermedad.

El dentista debe averiguar que condiciones sociales, físicas o médicas pueden beneficiar o afectar el plan de tratamiento.⁷

El plan de tratamiento es un procedimiento formal realizado por el dentista acerca del cuidado de su paciente, por ejemplo: si el paciente esta saludable y sabemos que no asiste a sus consultas periódicas, se debe realizar el tratamiento que requiera mayor atención, los factores involucrados en un cuidado apropiado relacionados con la enfermedad bucal, la percepción de la necesidad del paciente, problemas técnicos asociados con la restauración, la función, la estética y la habilidad del paciente para llevar a cabo su cuidado dental. Si el paciente esta médicamente comprometido, físicamente incapacitado o psicológicamente dañado necesitará de un plan de tratamiento apropiado médico o psicológico.

El estado nutricional es otro factor muy importante en los pacientes ancianos, ya que varios estudios realizados indican que sí tiene alguna relación el edentulismo con respecto a la nutrición, aunque esos estudios han resultado controversiales, es muy frecuente encontrar deficiencias de varios nutrientes y minerales, principalmente deficiencia de tiamina en el plasma, riboflavina y ácido fólico, los cuales se asocian a una tolerancia reducida a las dentaduras removibles.

La deficiencia de agua, es decir, la deshidratación es la principal causa de confusión mental, que es un síntoma muy común del envejecimiento.

La falta de fibra se relaciona mucho con el cáncer de colon y la diabetes.

Según estudios realizados una adecuada dentición no es un requisito para el mantenimiento del estado nutricional satisfactorio, pero con la deficiencia de uno o más nutrientes de ciertos grupos, relacionado con una salud dental deficiente, provoca que la masticación no sea satisfactoria porque los pacientes tienen dificultades para comer ciertos alimentos duros, como la carne, lo que indica que la sustitución protésica pueda devolver la habilidad masticatoria si tiene un buen funcionamiento.¹⁰

Enfermedades debilitantes como: los desórdenes gastrointestinales, diabetes mellitus, o arterioesclerosis dan signos y síntomas de debilidad, esta situación podría traer serias consecuencias en las personas parcialmente edéntulas que necesitan algún tratamiento protésico sobre todo porque afecta la higiene bucal incrementando la susceptibilidad a la enfermedad periodontal y la caries.

3.2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Cambios neurofisiológicos. Los elementos funcionales en el sistema nervioso central degeneran con la edad avanzada, estos cambios limitan la capacidad de la persona para adquirir una nueva actividad muscular.

“Los ancianos se adaptan más lentamente al tratamiento protésico, y algunos no pueden aprender una nueva actividad muscular”¹¹

Entre los desórdenes del sistema nervioso encontramos la Demencia, Depresión y el Delirio.

La Demencia es una condición clínica caracterizada por un decline en la memoria, intelecto y personalidad las cuales son normales antes de que comiencen a presentarse esas características, puede ser irreversible como en el caso de la enfermedad de Alzheimer, es la más común, y se caracteriza por un déficit en atención, aprendizaje, memoria y el lenguaje, su progresión es lenta y continua, para estos pacientes es necesario que el dentista aprenda a manejarlo para obtener una mejor cooperación del paciente y se adapte al tratamiento.³

El delirio es un desorden orgánico de la atención y los conocimientos, esta enfermedad generalmente es considerada

como reversible, entre las drogas que pueden causar delirio se encuentran: medicamentos anticolinérgicos, así como amitriptilina, quinidina, hipnóticos sedativos, histamina y antiparkinsonianos. El delirio puede ser prevenido estructurando el medio ambiente y las capacidades sensoriales, visitas de la familia y cuidado.

Depresión. Es el problema emocional más frecuente asociado con el envejecimiento, principalmente ocurre en las mujeres y sobre todo en aquéllos que usan dentaduras totales.

Una vez que el dentista haya evaluado la condición de salud general del paciente deberá manejar al paciente según la importancia del tratamiento.³

Existen pacientes que llegan de emergencia, siempre hay que dar prioridad a la emergencia, por ejemplo aliviar el dolor o la infección.

Pueden presentarse pacientes que llegan por un cuidado intermedio, por ejemplo: mantenimiento de la dentadura y prevención de la enfermedad.

Por último el paciente que llega para buscar comprensión.⁹

Existe otro tipo de pacientes, Freedman describe los comportamientos más frecuentes como:

1. Paciente sobredependiente; es aquel paciente que es exigente, le urge su tratamiento, paga por el.
2. Paciente pseudocooperativo; es el paciente que llega a tiempo, paga por el servicio, es amigable y escucha las instrucciones, pero, nunca las lleva a cabo.
3. Paciente perfeccionista; hace peticiones irreales, interpreta sus propios síntomas, ajusta sus prótesis dentales, trata de comer con la prótesis lo que no podría comer con los dientes naturales y sugiere el diagnóstico y propone el plan de tratamiento.⁷

Muchos pacientes geriátricos toleran muy bien los procedimientos largos y reaccionan muy bien a la terapéutica, pero el dentista debe tener conocimientos acerca de como tratar a los pacientes y sobre todo a aquellos que tienen experiencia, expectativas y necesidades de vida diferentes.

La gran variedad de problemas intrabucales, médicos, sociales, mentales y físicos significan un reto ilimitado para el dentista. Si se requiere satisfacer las necesidades del paciente geriátrico se debe estar dispuesto a cuidar de cada individuo con paciencia.

CAPÍTULO IV
USO DE PRÓTESIS FIJA

4.1. PACIENTE TRATADO PERIODONTALMENTE

Es frecuente encontrar en los casos de enfermedad periodontal avanzada, la destrucción de los tejidos de soporte en una o más partes de la dentadura lo que lleva a la extracción de varios dientes, quedando sólo algunos de ellos, que tienen sólo un mínimo de sostén periodontal, y con frecuencia con signos de movilidad incrementada. En esos casos, es necesario un tratamiento protésico para:

- 1) restaurar la función perdida,
- 2) mejorar la estética y
- 3) estabilizar los dientes móviles.

Por regla, en los pacientes que tienen notable pérdida del sostén periodontal, es preferible tratarlos con prótesis fija y no con dentaduras parciales removibles, ya que, las prótesis fijas proporcionan un grado de mayor rigidez y una distribución más favorable de las fuerzas sobre el periodonto remanente.¹²

Resultados publicados recientemente en los que es combinado el tratamiento periodontal y el tratamiento protésico han demostrado que los criterios limitantes para las prótesis fijas en los pacientes con pocos dientes pilares y tejidos periodontales sanos, pero reducidos, están relacionados con los factores

técnicos y biofísicos involucrados en la confección de las prótesis, antes que en la capacidad biológica del periodonto remanente para sostener con éxito las prótesis.

Esos estudios demostraron que en esos pacientes es posible prevenir la reaparición de gingivitis de importancia clínica y detener el progreso ulterior de la destrucción del tejido periodontal siguiendo el correcto tratamiento.

En dichos estudios, no se perdieron dientes pilares en esos pacientes como resultado de recidiva de enfermedad periodontal a lo largo del período de observación de más de 10 años, pero, se produjeron fallas técnicas y esos fracasos fueron causados por:

- 1) Pérdida de retención de los retenedores (3.3%)
- 2) Fractura de los componentes metálicos (2.1%)
- 3) Fractura de los dientes pilares (2.4%)

Es importante reconocer que los principios básicos para la construcción de prótesis fija para pacientes con pocos pilares disponibles y sostén periodontal reducido no son muy diferentes de los que se aplican a pacientes con muchos pilares disponibles, aunque, las dificultades clínicas son más acentuadas.

En todo objeto expuesto a cargas, las fuerzas transferidas crearán cargas que a su vez generen tensiones, por lo que, es un

requisito fundamental de una prótesis que en ninguno de sus componentes la tensión deba alcanzar tales niveles durante la función que produzcan fracturas o deformaciones permanentes.

El ligamento periodontal y hasta cierto grado el hueso alveolar, son tejidos elásticos con buena capacidad para soportar y distribuir fuerzas, con lo cual se reduce el riesgo de una concentración adversa de fuerzas. Por otra parte, las aleaciones metálicas utilizadas en odontología, los cementos y la cerámica son materiales que sólo pueden soportar cantidades limitadas de tensión sin que se genere una deformación permanente o fractura, por eso es importante ubicar y definir la dimensión y la forma de cada componente de manera que ni una carga máxima genere una tensión desfavorable en parte alguna de la construcción. Es importante reconocer que si los pilares disponibles se encuentran distribuidos desfavorablemente en relación con la prótesis hacen difícil evitar la deformación permanente o fractura.

Por eso, los demás componentes de la prótesis fija deben ser ubicados y diseñados de manera tal que no lleguen a una deformación permanente. La brecha entre el umbral para la función receptora y la deformación permanente de los demás componentes de la prótesis (materiales protésicos, dientes pilares, etc.) debe mantenerse amplia y los demás componentes

físicos deben ser capaces de soportar más cargas que los tejidos periodontales.

Cuando existe un número reducido de dientes pilares disponibles, y no se pueden evitar los tramos largos de púnticos o cuando hay que recurrir a los púnticos a extensión para obtener estabilidad en una prótesis móvil las fuerzas incrementadas producidas por los púnticos deben ser compensadas por un incremento suficiente de la altura de la prótesis en el sentido de las cargas.

Hay que tomar en cuenta que ocurren fracturas de los dientes pilares con mayor frecuencia cuando han sido tratados endodónticamente, en comparación con los dientes vitales y sobre todo aquellos dientes con pernos radiculares y que sirven como pilares terminales para prótesis a extensión.¹²

La Ley de Ante ha encabezado por muchas décadas a la prostodoncia y esto algunas veces ha llevado a un sobretratamiento. Muchos dientes sanos fueron involucrados en la construcción de prótesis para mejorar la resistencia y también la higiene oral se vio comprometida por tomar muchos dientes como pilares innecesariamente.

Nyman y Ericsson calcularon el área del ligamento periodontal normal que había sido reemplazada por una prótesis fija sobre los pilares con muy poco alcance a la de los tejidos periodontales.

En el estudio que realizaron el 57% de la prótesis fija, el total del área pericemental de los dientes pilares fue menor al 50% de los dientes que habían sido sustituidos y todavía ninguno de los dientes pilares había perdido hueso en un período de 8 a 11 años. Este estudio totalmente fundamentado mencionó que el éxito de la prótesis fija con pocos dientes pilares y sostén periodontal reducido pero tejidos saludables no dependían de los tejidos periodontales remanentes. Sino que el éxito completamente dependía de como se llevará a cabo el tratamiento periodontal y la terapia endodóntica de los dientes pilares.⁴⁰

Las experiencias acumuladas de enfermedades dentales y tratamientos por más de siete décadas de la vida presentan situaciones clínicas que nunca antes se habían visto en la profesión. La edad relacionada a los cambios en las estructuras de los dientes y modificaciones en todas las fases del tratamiento de prótesis fija.

En la tabla 4.1 se muestran las condiciones que afectan el tratamiento de prótesis fija en los ancianos.

1. Calcificación Pulpar
2. Restauraciones extensas en las superficies dentales
3. Exposición radicular por recesión gingival
4. Atrición incisal
5. Caries cervical, erosión, abrasión
6. Pérdida de dientes posteriores
7. Modificación en la función de las glándulas salivales
8. Higiene bucal comprometida

Tabla 4.1

La solución a las experiencias dentales experimentada por los ancianos se lleva a cabo por la apreciación de los cambios normales que se presentan con la edad y el efecto que estos tienen en el medio ambiente bucal, clínicamente entender los factores de riesgo sistémicos y locales, además de conocer la predisposición que tienen los ancianos a padecer enfermedades bucales para saber como tratar esas enfermedades, ya que, su compleja naturaleza está estrechamente vinculada con los objetivos biomecánicos de la prótesis fija de los ancianos y fundamentalmente son diferentes a los de la población joven. (Tabla 4.2)¹³

1. Aumentar la integridad física de las estructuras dentarias residuales.
2. Eliminar la discontinuidad de las uniones dentina-esmalte
3. Desarrollar perfiles de emergencia adecuados
4. Establecer la morfología de los contactos interproximales
5. Estabilizar la posición dentaria y las relaciones oclusales
6. Crear armonía estética entre las restauraciones y las estructuras circundantes

Tabla 4.2 Objetivos biomecánicos de la prótesis fija en los ancianos.

FERULIZACIÓN DE DIENTES PILARES

Los dientes vecinos pueden ferulizarse por medio de coronas para controlar las fuerzas que se transmiten a un diente pilar debilitado.

La ferulización de dos o más dientes aumenta el área del ligamento periodontal y distribuye las fuerzas sobre una zona de mayor soporte.

La ferulización fija puede estar indicada cuando se ha perdido soporte periodontal después de un tratamiento periodontal. A veces es bueno ferulizar un diente extremadamente débil antes que uno fuerte, pero, el resultado puede ser el debilitar el diente pilar fuerte en vez de fortalecer el débil. (Fig. 4-1)

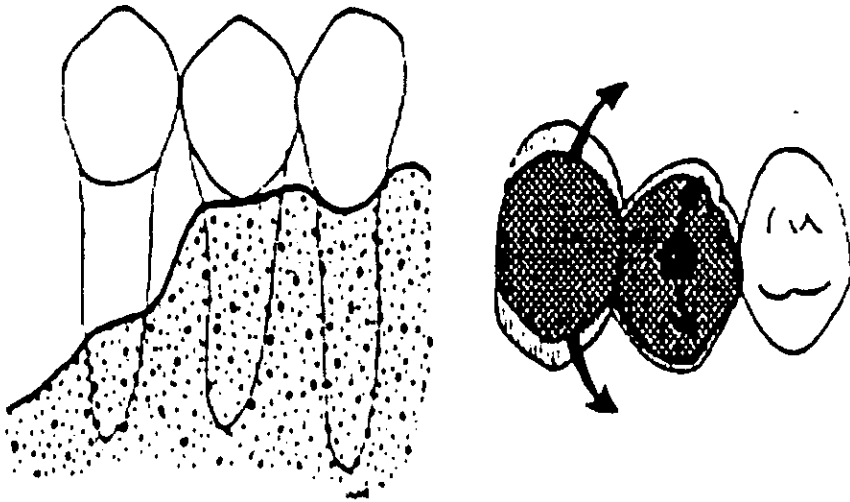


Fig. 4-1 La ferulización de un diente debilitado a otro fuerte produce el debilitamiento del fuerte y no el fortalecimiento del débil debido al movimiento rotacional que el diente débil tiene.

También está indicada cuando el diente pilar propuesto presenta raíz cónica o corta, de forma que no tiene una cantidad de ligamento periodontal aceptable. El unir dos dientes en tal situación produce un efecto de diente multirradicular.(Fig.4.2)

Una de la indicaciones más importantes para la ferulización es cuando el diente pilar terminal en el lado de la extensión distal está solo, es decir, que existe espacio edéntulo anterior y posterior. Principalmente ocurre cuando existen segundos premolares, tanto en la arcada superior como en la arcada inferior. Este premolar es potencialmente débil debido a las fuerzas rotacionales que debe soportar. La ferulización de este diente es con uno anterior a él, usualmente es el canino, y se logra con una dentadura parcial fija.

Las investigaciones han demostrado que si los dientes debilitados periodontalmente están sujetos rígidamente, su movilidad puede disminuir o mantenerse igual.¹⁴

Las coronas utilizadas para ferulizar los dientes deben ser confeccionadas en armonía con la oclusión de los dientes remanentes, con la articulación temporomandibular y con la musculatura.

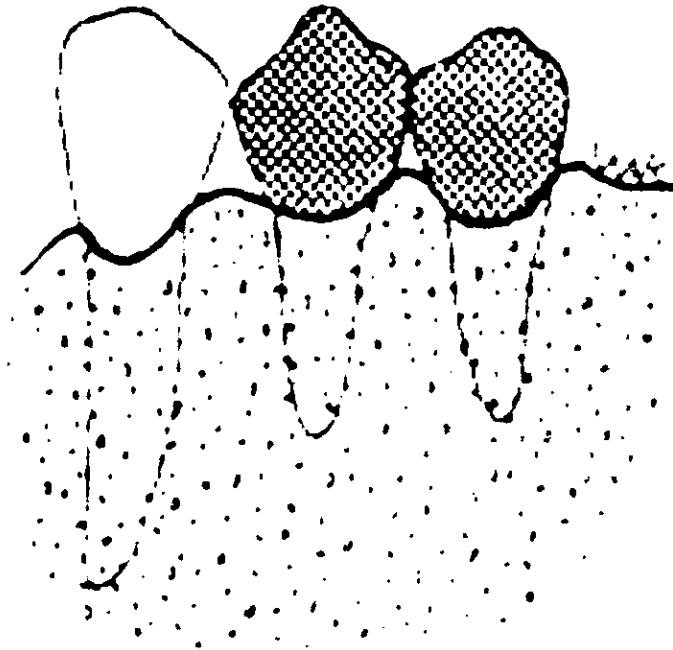


Fig. 4-2 Cuando las raíces de los dientes pilares son cortas o cónicas, la ferulización produce un efecto multirradicular.

4.2 MANTENIMIENTO DE LA PRÓTESIS FIJA

Debe existir una fase higiénica paralela a la colocación de la prótesis fija, además de que debe ser por un tiempo indefinido. El cuidado de mantenimiento incluye el continuo monitoreo de la prótesis, revisión de la vitalidad pulpar y verificar si el paciente requiere aplicación de fluoruro o prescripción de agentes antimicrobianos, control de placa dentobacteriana.

También es necesario que el dentista indique al paciente que son necesarias las visitas periódicas, ya que es necesario revisar y corregir las irregularidades que se presentan posteriormente al tratamiento.

No se deben colocar prótesis fijas complicadas sin que exista un constante monitoreo del paciente realizado por un profesional.

Una dentadura parcial fija construida apropiadamente es superior a una dentadura parcial removible y la razón es que, la dentadura parcial fija no se mueve durante su funcionamiento, por lo tanto, las fuerzas que inciden en ella son dirigidas a lo largo del diente pilar.¹⁰ (Fig. 4-3)

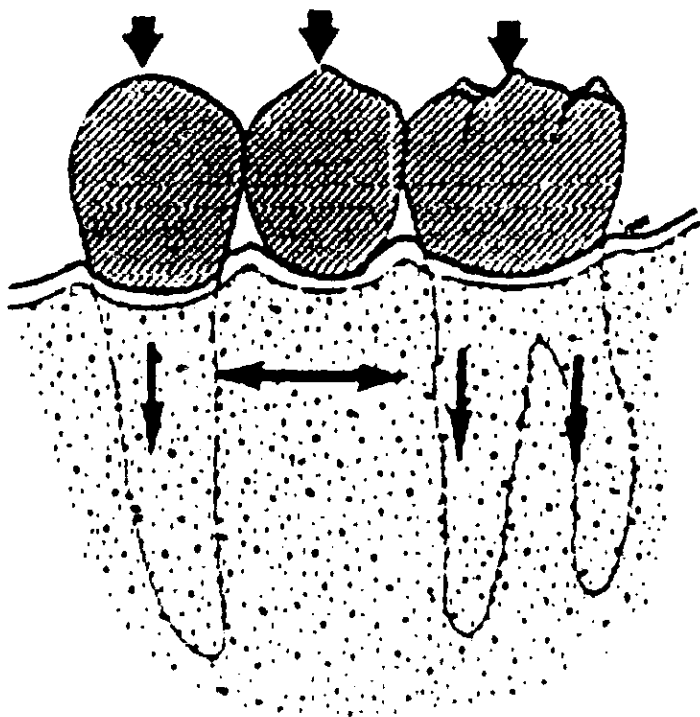


Fig. 4-3 Todas las fuerzas que inciden en una dentadura parcial fija son dirigidas al eje longitudinal de los dientes pilares.

El riesgo de caries y sus consecuencias como fracturas de los dientes, extracciones y tratamientos de conductos fueron mucho más altos en los pacientes que usaron prótesis parcial removible que en aquéllos que usaron prótesis fija, porque se acumulaba menos cantidad de placa.²¹

CAPÍTULO V
USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE

5.1 PRÓTESIS REMOVIBLE EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Una dentadura parcial removible que es colocada en presencia de enfermedad periodontal activa, contribuye significativamente a la progresión rápida de la enfermedad y a la pérdida de los dientes remanentes.

Primero, se deben eliminar los factores causantes, el proceso de la enfermedad debe controlarse, revertirse y los efectos de la enfermedad periodontal deben corregirse si se quiere lograr éxito con el tratamiento de dentaduras parciales removibles.

Si después de una evaluación cuidadosa de las necesidades del paciente para la estética y función masticatoria, se decide reemplazar los dientes perdidos, existen varias alternativas una de ellas es la restauración con prótesis parcial removible. Otra alternativa son los puentes de extensión y especialmente si el arco dental es largo, unilateral y sólo existe ausencia de un diente se prefiere la prótesis fija, pero, los ancianos prefieren los puentes de extensión, este concepto es especialmente benéfico en los ancianos, las reconstrucciones son más fáciles así como, el mantenimiento de la prótesis removible.

La higiene bucal es facilitada y el plano oclusal permanece estable. Esto podría jugar un papel importante cuando las prótesis de extensión son construidas con su antagonista para completar la dentadura maxilar, con tal que, sea bilateral y mantenga un equilibrio en protrusión durante la función.

Un individuo óptimo es aquel que ejecuta una función masticatoria subjetiva y tiene limitantes en el tratamiento, sin embargo, si la modalidad del tratamiento es elegido, ciertos aspectos técnicos tienen que ser considerados, como: si existe periodontitis recurrente, desarrolla enfermedades pulpares.¹⁰

Las prótesis de extensión distal son alternativas de dentaduras parciales removibles en los ancianos, especialmente cuando existe un plan de tratamiento limitado y no se podrían alcanzar los objetivos deseados.

Para los pacientes ancianos la restauración de su dentadura se ve influenciada por el estado de su salud general, tejidos dentales, estado financiero y acceso a los dentistas. La prótesis removible es una paradoja; los pacientes pueden adaptarse a su presencia, es más versátil, económica y la forma menos invasiva de reemplazar sus dientes.

El tratamiento que pueden recibir los ancianos puede ser clasificado en tres categorías:

1. La salud del paciente
2. La salud de su dentición
3. La salud de sus finanzas

Cuando un paciente busca un tratamiento, el dentista debe registrar el plan de tratamiento que le proporcione, de acuerdo a cada una de las categorías de salud del paciente:

1. La salud general del paciente y necesidad de medicación y mantenimiento de éste.
2. La salud y condiciones de las zonas edéntulas, dientes y sus tejidos de soporte.
3. Los fondos monetarios que el paciente desee asignar a su cuidado dental ya que, la gente tiene diferentes recursos e intereses. (Tabla 5.1)

SALUD DEL ANCIANO	P PACIENTE	T DIENTES	F FINANZAS
1. Optima	Prótesis fija o	Prótesis removible o	Dientes y/o implantes
2. Comprometida	Combinación de	P. removible o fija	Sobre los dientes
3. Declinación	DPR Mejor tratamiento para reducir tolerancia	DPR Tratamiento versátil a los cambios	DPR Tratamiento más económico

Tabla 5.1 Salud de los ancianos para el plan de tratamiento protésico

DPR Dentadura Parcial Removible

El paciente P1 T1 F1

Los pacientes ancianos que gozan de buena salud, de una adecuada dentición y de suficientes recursos financieros pueden llevarlo a cabo; los tratamientos varían de acuerdo a la disponibilidad y requerimientos estéticos del paciente. Estos pacientes prefieren prótesis fija o implantes, cuando ellos prefieren prótesis removible es porque la consideran no invasiva, reversible y simple.

El paciente P2 T2 F2

La prótesis parcial removible está indicada cuando los pilares son inadecuados para recibir una prótesis fija y pilares posteriores no están presentes o pérdida de tejidos en extremo que no permiten el reemplazo de los dientes. La prótesis removible puede proporcionar muchos años de servicio con un gasto biológico y económico mínimo.

El paciente P3 con poca salud

Los pacientes tienen menor tolerancia y más complicaciones médicas. Ellos pueden tener problemas con el transporte y acceso al dentista, es mejor una preparación mínima en un menor tiempo.

El paciente T3 con salud dental involucrada.

Los pacientes parcialmente edéntulos pueden presentar dentina y cemento expuesto, puede necesitar de tratamiento endodóntico, pero con pronóstico dudoso, se prefiere restaurarlos con prótesis removible para conservar los dientes que presentan.

El paciente F3 con recursos financieros disminuidos.

Si está limitado económicamente el paciente debe tomar decisiones en cuanto a lo que le conviene económicamente, por ello se prefiere la prótesis removible.¹⁵

Las prótesis removibles pueden afectar de manera adversa al periodonto, si no se les diseña correctamente. Se suele abusar del servicio de dentaduras parciales removibles; ya que se delega el diseño y confección de la prótesis al técnico dental.¹⁶

De todas las dentaduras parciales removibles, la dentosoportada o Clase III puede resistir las fuerzas como una prótesis fija debido a que es soportada por dientes pilares. (Fig. 5-1).

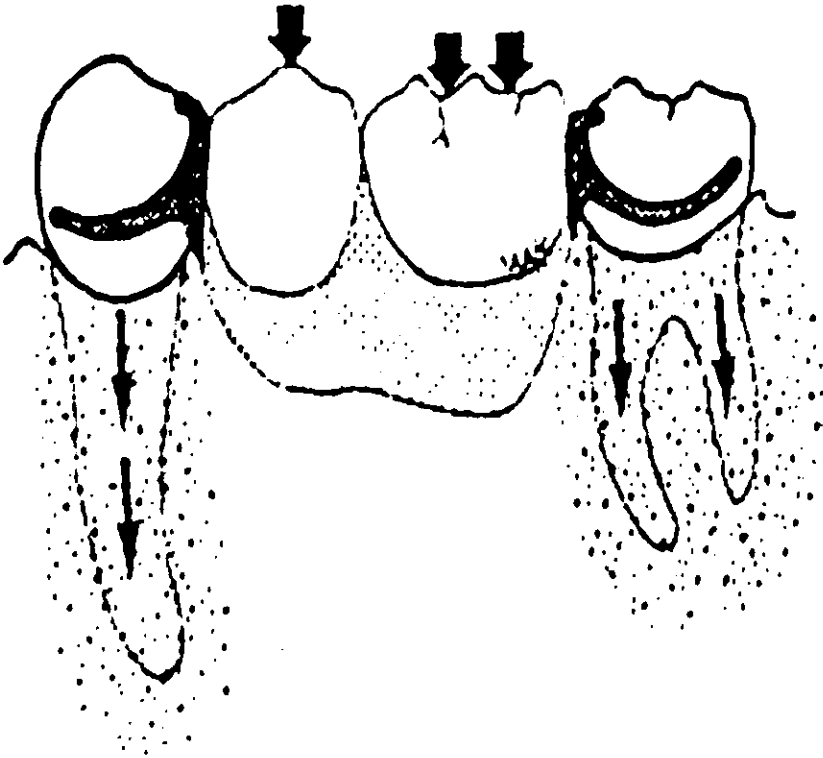


Fig. 5-1 La dentadura parcial removible dentosoportada o Clase III, al igual que la fija, esta soportada por pilares. Las fuerzas que inciden son transmitidas a lo largo del eje longitudinal de los dientes.

La recesión gingival no está bien entendida pero puede estar asociada con trauma o la pérdida del ligamento periodontal o ambas, y es más común en sitios donde la encía es más delgada. Algunos estudios han demostrado que la recesión gingival se encuentra asociada al uso de prótesis removible. Una dentadura muco-soportada causa menor resorción ósea en el proceso residual que una dentadura dento-soportada.¹⁷

Es posible un movimiento limitado que la puede elevar durante su función. Estos movimientos crean estrés que es necesario contrarrestar y controlar con dientes adicionales, tejidos blandos o componentes de la dentadura.

Los componentes de las dentaduras parciales removibles son: 1) bases, 2) conectores principales, 3) apoyos, 4) retenedores directos, 5) elementos recíprocos, 6) conectores menores, 7) retenedores indirectos y 8) dientes protéticos. Cada uno de los componentes, excepto los dientes artificiales plantean consideraciones periodontales importantes, ya que, cualquier parte de la prótesis removible que conecte los dientes o la encía marginal debería ser metálica.

La preparación de nichos para apoyos es responsabilidad esencial para todos cuantos encaren la construcción de una

dentadura parcial removible. Constituye el mínimo absoluto en la preparación de la boca para una prótesis removible.(Fig.5-2)

Se pueden prevenir problemas periodontales futuros asociados a las dentaduras parciales removibles, si se reducen o eliminan los factores desfavorables mediante la modificación dentaria previa a la toma de impresión.

5.2 MANTENIMIENTO DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE

A pesar de que la prótesis removible fuera lo más perfecta posible en el momento de la colocación, los cambios que se presentan posteriormente son inevitables, sobre todo los cambios que ocurren en los tejidos de sostén, por eso, es necesario que el paciente acuda con el profesional para sus revisiones periódicas para evitar daños serios y prevenir algunos otros daños en los dientes remanentes y en el periodonto.

Es necesario educar a los pacientes para que acudan a sus revisiones, porque, por la falta de cumplimiento de este requisito, es el factor más importante en el deterioro bucal de los pacientes con dentaduras parciales removibles.

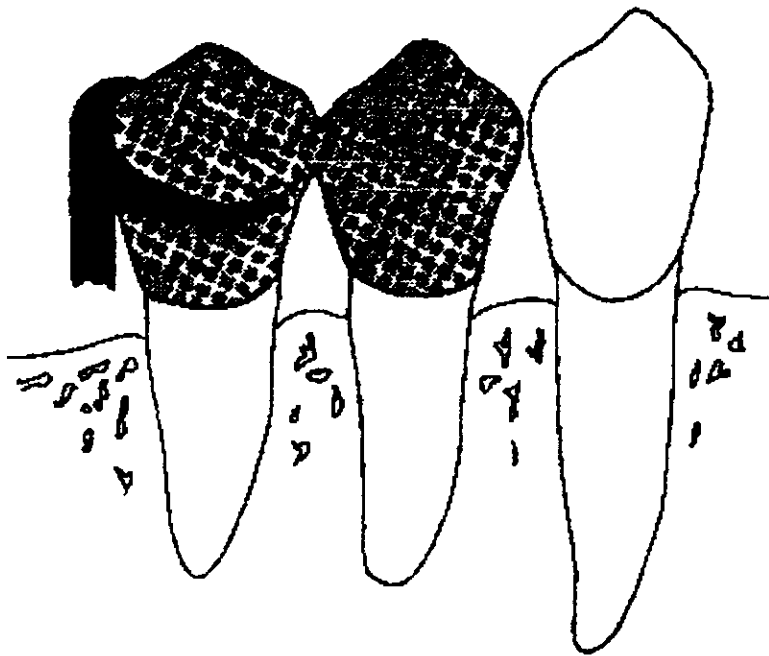


Fig. 5-2 Se deben preparar nichos en los dientes que van a ser pilares de una prótesis parcial removible.

Se puede presentar pérdida del soporte del reborde de una prótesis con extensión distal, los dientes pueden padecer cargas y moverse hacia distal, se lesiona el periodonto y aparece la movilidad dentaria.

Se pierden los contactos proximales y existe acúmulo de placa y caries, el esqueleto de la prótesis puede presionar la encía. Todos estos factores pueden ser prevenidos con el restablecimiento oportuno de las dentaduras removibles.

Según estudios realizados los pacientes tratados con dentaduras parciales removibles muestran un alto índice de acumulación de placa, en comparación con los pacientes tratados con puentes de extensión distal libre, aunque en cierto período de tiempo (60 meses) se observó una pequeña diferencia en los pacientes que usaban prótesis de extensión distal libre.¹⁸

En sí, no existió una diferencia significativa, todo depende del cuidado que se le dé a la prótesis parcial removible y a la dentadura de extensión distal libre, en dicho estudio hubo pérdida de dientes por fractura radicular o problemas endodónticos, pero no por enfermedad periodontal, lo que indica que un seguimiento adecuado de las prótesis mantendrá la salud bucal del paciente.

CAPÍTULO VI
USO DE PRÓTESIS TOTAL

6.1 PRÓTESIS TOTAL

Muchas investigaciones han demostrado que son varios los factores no relacionados con la enfermedad, como actitud, conducta, atención dental y características del sistema de atención a la salud, representan una función importante en la decisión de convertirse en edéntulo, ya que, el edentulismo obedece a diferentes combinaciones de determinantes culturales y conductuales, así como al tratamiento recibido a lo largo de muchos años

El estado edéntulo representa una afección a la integridad del sistema masticatorio que muchas veces tiene secuelas estéticas y funcionales, que el paciente afectado percibe de diferentes maneras, las cuales pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez, porque cuando se pierden todos los dientes equivale a perder una parte del cuerpo.¹⁹

En el tratamiento del anciano totalmente edéntulo, que necesita dentaduras completas se requiere una sistematización de los conocimientos de sus necesidades y reacciones específicas.

La protodoncia persigue al construir y colocar una dentadura completa lograr los siguientes objetivos:

1. Rehabilitar la función del sistema estomatognático, alterado en virtud de la ausencia de los dientes naturales en ambos maxilares.
2. Restablecer el equilibrio existente entre las articulaciones, es decir lograr una armonía entre ambas articulaciones temporomandibulares y la oclusión protésica.
3. Procurar la restauración estética y funcional como parte integrante del sistema estomatognático.²⁰

Los pacientes edéntulos solicitan el servicio protésico por varias razones, entre ellas se encuentran: rotura de la dentaduras, estética, porque no pueden comer muy bien o porque un miembro de la familia insiste en la construcción de la dentadura .

Muchas veces esos pacientes están satisfechos con su dentadura que han usado por muchos años, aunque esas dentaduras hayan ocasionado severas resorciones en el proceso residual, no tengan retención ni estabilidad, por esa razón es necesario reemplazar sus dentaduras, aunque el cambio puede ser más difícil para los pacientes que han utilizado dentaduras totales anteriormente.

Existen seis determinantes para la aceptación de las dentaduras por los pacientes:

1. Calidad de la dentadura,
2. Condición bucal,
3. Relación paciente-dentista,
4. Actitud hacia las dentaduras,
5. Factores de personalidad y socioeconómicos
6. Variables demográficas

CALIDAD DE LA DENTADURA. Es la relación de numerosos factores como: retención, estabilidad, soporte, dimensión vertical, oclusión, estética y calidad del material de la dentadura.

CONDICIÓN BUCAL. Define las limitaciones funcionales de una dentadura total. Los casos de proceso residual con resorción mínima, mucoperiostio con grado de resiliencia, que permita la fabricación de una dentadura estable.

La importancia de la naturaleza de la musculatura bucofacial y la calidad y cantidad de saliva para la retención de la dentadura completa se debe reconocer. El grado de hipertrofia de la lengua, puede influir en el aspecto de retención de la dentadura.

RELACION PACIENTE- DENTISTA. Es importante establecer una buena relación entre el dentista y el paciente para los diferentes tipos de tratamientos, esa actitud influye mucho en la aceptación de una dentadura por parte del paciente, hay que tratarlos con autoritarismo, pero no en forma excesiva.

ACTITUD HACIA LAS DENTADURAS. Varios reportes indican que las expectativas son irreales en relación a la función de sus dentaduras completas, el paciente espera tener resultados más reales sobre el uso de sus dentaduras.

PERSONALIDAD DEL PACIENTE. En general, tendencias psicológicas revelan las bases para un diagnóstico preciso, esas pruebas normalmente son construídas para diagnosticar las características de personalidad que pueden influir en la aceptación de las dentaduras totales.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS. Las dentaduras removibles están relacionadas con los factores socioeconómicos, éste aspecto influye para que el paciente acepte las dentaduras. Influye el nivel de educación, economía, estado civil y relaciones sociales en general.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS. Un paciente tiende a deteriorar su capacidad de adaptación con la edad. Las mujeres tienen

mayor dificultad para adaptarse a las dentaduras completas, ya que las tendencias de cada sexo son diferentes.¹¹

La investigación actual no ha podido todavía ofrecer al profesional un método mediante el cual pueden identificarse con certeza, los pacientes que posiblemente no aceptarán las dentaduras completas, así que, el cirurajo dentista tiene que fundamentar su pronóstico en forma individual, que dependerá de la adaptación del paciente.

6.2 DENTADURA COMPLETA INMEDIATA

Una dentadura inmediata convencional es una prótesis inmediata construida para reemplazar la pérdida de dientes y estructuras asociadas inmediatamente después de que los dientes son extraídos. En los ancianos este tratamiento está indicado si sus dientes no pueden ser retenidos. Este procedimiento tiene algunas ventajas comparada con el tratamiento de dentaduras completas convencionales, en las cuales las dentaduras pueden ser elaboradas 2-3 meses después de las extracciones, ya que los procesos hayan cicatrizado.

Después del tratamiento con dentaduras inmediatas, la adaptación de las dentaduras será más sencillo, está persona sufre menos angustia psicológica, además la dentadura servirá para controlar el sangrado y protegerá de las injurias mecánicas y de los alimentos a los procesos residuales.

Esas contradicciones no son definitivas al tratamiento con la dentadura maxilar inmediata en las personas ancianas, de otra manera , quienes están capacitados para recibir un paciente con dentadura completa. Sin embargo, el tratamiento con dentadura total inmediata mandibular podría traer complicaciones tales como, dolor, resorción progresiva del proceso residual. Es aconsejable en los ancianos planear secuencialmente el

tratamiento para una adaptación menos complicada de la dentadura.

El plan de tratamiento incluye:

- . Extraer los dientes posteriores de 3-4 semanas antes de la construcción de la dentadura, es importante mantener uno o dos contactos oclusales en la región de premolares para mantener la dimensión vertical en oclusión.

- . Impresión primaria

- . Impresión secundaria funcional en un portaimpresión individual.

- . Realizar la relación de los procesos en relación céntrica y adaptar la dimensión vertical en oclusión.

- . Adaptar los dientes posteriores.

- . Adaptar los dientes anteriores, los cuales usualmente son colocados en la misma posición que los dientes naturales para mantener el soporte neuromuscular y obtener una adaptación psicológica hacia las dentaduras.

- . Alteraciones de compensación en los cambios del hueso y de los tejidos blandos.

- . Después de las extracciones y ajuste del proceso alveolar, la dentadura es insertada, la oclusión es corregida y se le dan instrucciones al paciente de que regrese al siguiente día.

Los cuidados post-operatorios incluyen: instrucción en la higiene de la dentadura y bucal, control regular de la oclusión y

adaptación a la dentadura. Los cambios en los tejidos blandos pueden ser conservados con el acondicionador de tejidos, los cambios en los tejidos duros pueden durar de 3-6 meses después de las extracciones.

6.3 SOBREDENTADURAS

Las sobredentaduras son prótesis totales (o parciales) construidas sobre estructuras dentarias o raíces existentes. Hoy en día, se enfatiza en las medidas preventivas en prostodoncia, este tipo de tratamiento es una alternativa realista de una dentadura completa convencional en la población que tiene dientes remanentes.

Las ventajas de el tratamiento con sobredentaduras en los ancianos son:

- . Raíces naturales que soportan la dentadura. Ellas estabilizan la dentadura durante la oclusión y la masticación, reduciendo el trauma de la dentadura sobre la mucosa oral.
- . Las raíces y el ligamento periodontal reducen la futura pérdida del proceso alveolar.
- . La existencia del ligamento periodontal podría preservar la respuesta propioceptiva y proporciona una sensación de discriminación que no es posible con una dentadura completa convencional.

. Las raíces funcionan como un mecanismo retentivo añadido a la retención de la dentadura.

. Si el ligamento periodontal está significativamente reducido, una sobredentadura puede ser más favorable que una dentadura parcial removible. Con una sobredentadura la reducción del radio corona-raíz tiene un efecto favorable en la movilidad y estabilidad de los dientes en el proceso.

El tratamiento con sobredentaduras en los ancianos no tiene serias desventajas comparado con el tratamiento de una dentadura completa convencional. Sin embargo, la necesidad de tratamiento endodóntico y su cuidado puede prevenir caries y enfermedad periodontal.

El tratamiento de los ancianos con sobredentaduras es especialmente relevante en las siguientes situaciones:

. En pacientes con signos clínicos de hiperfunción muscular del aparato masticatorio, así como, atrición severa o bruxismo.

. En pacientes que no presentan signos de disminución de la dimensión vertical de oclusión pero, en quienes está indicado un aumento de dimensión vertical de oclusión para crear suficiente espacio para la dentadura; y

. En pacientes en quienes existen varias dificultades de adaptación a las dentaduras completas que pueden ser anticipadas, problemas previos por el uso de dentaduras removibles, severa resorción de los procesos edéntulos o hiperfunción de la musculatura facial.

Para prevenir problemas en el tratamiento con sobredentaduras, se requiere un examen apropiado y el plan de tratamiento seleccionando los dientes que se van a utilizar. Se puede utilizar el siguiente criterio:

. Los dientes pilares deben tener mas de 5 mm de soporte periodontal y de 2-3 mm de encía insertada.

. Adecuado tratamiento endodóntico de los dientes que se van a conservar.

. Los caninos y segundos molares son los dientes ideales para que proporcionen suficiente soporte dental a la dentadura. Los caninos proporcionan estabilidad suficiente a la dentadura; de otra manera, dos pilares localizados en forma diagonal proporcionan suficiente estabilidad a la dentadura.

. Los dientes que se van a conservar deben tener una altura de 2-3 mm con el contorno del domo. Si esto no es posible, se deben restaurar, por ejemplo con composite para que dé una suficiente dimensión y contorno aceptable.

Esas restauraciones y la dentina remanente debe ser alisada y pulida, para que acumulen un mínimo de placa y que pueda ser removida con facilidad.

Cuando se mejora la retención y los dientes remanentes tienen suficiente longitud radicular, el pronóstico para los pacientes es favorable.¹⁰

6.4 MANTENIMIENTO DE LAS PRÓTESIS TOTALES

Para que un tratamiento con prótesis totales tenga éxito es necesario que el paciente las utilice, existe un periodo de ajuste, del cual depende el éxito o fracaso de la prótesis.

En forma rutinaria, durante el periodo de ajuste se debe hacer una cita de uno a tres días para ajuste de oclusión, posteriormente aparecen problemas relacionados a las bases de la prótesis, pueden aparecer lesiones en las mucosas que tienen que ser aliviadas.

Las dentaduras requieren ser inspeccionadas y algunas veces ajustadas después de que el paciente las haya utilizado.

El paciente debe estar convencido de que es importante mantener una buena higiene en la cavidad bucal. La placa, pigmentos y cálculos se acumulan en las dentaduras artificiales, así como en la mucosa bucal de los pacientes edéntulos, si no se

tiene la higiene adecuada puede ser un factor etiológico para provocar estomatitis, hiperplasia papilar inflamatoria, candidiasis crónica y también olores desagradables.

Hay que indicarle al paciente y convencerlo de que debe enjuagar sus prótesis y su boca después de las comidas.

Las dentaduras deben ser retiradas de la boca por las noches y colocarlas en una sustancia limpiadora por toda la noche, para evitar el acúmulo de microorganismos.

Es recomendable que los pacientes retiren las dentaduras de su boca durante la noche para proporcionar el reposo requerido debido a las presiones que causan sobre los rebordes residuales.

Al dejar la prótesis fuera de la boca deberán ser colocadas en un recipiente con agua, para prevenir el secado y posibles cambios dimensionales en la dentadura artificial.

Debe cepillar sus prótesis con un cepillo blando y decirles que no usen pastas dentales porque contienen materiales abrasivos que desgastarían la resina acrílica.

Los pacientes deben estar conscientes de que pueden aparecer condiciones variables e impredecibles, ya que cada paciente reacciona de diferente manera y algunos tejidos toleran la tensión mejor que otros. Sobre todo, aquellos pacientes en los cuales su condición sistémica está un poco alterada, deben ser prevenidos acerca de que pueden aparecer zonas de irritación o incomodidad en los tejidos bucales.

Indicar al paciente que el cirujano dentista es la única persona capacitada para realizar modificaciones y ajustes a las dentaduras y por ningún motivo deben realizar ningún ajuste a su dentadura.

Dar instrucciones que deben incluir indicaciones para exámenes bucales periódicos y continuos. Los tejidos que soportan las prótesis cambian con el tiempo y la velocidad de cambio depende tanto de factores locales como sistémicos.

En caso de una dentadura inmediata, los pacientes deben asistir por lo menos cada tres meses para revisión, ya que pueden modificarse los tejidos y perder retención la dentadura, por lo cual se pueden utilizar acondicionadores de tejidos.

CONCLUSIONES

Anteriormente a la Odontogeriatría no se le daba gran importancia, actualmente ha sido tomada en cuenta debido al incremento en la población anciana que conserva dientes naturales, por lo cual ha surgido la necesidad de cambiar los tipos de tratamientos y el trato hacia ellos.

Hay que educar al paciente y convencerlo de que debe asistir a revisión periódicamente y no sólo cuando tenga algún problema como: dolor, o porque la dentadura no tiene retención y no puede comer. El cirujano dentista tiene que convencerse de que los pacientes ancianos sufren muchos cambios, por lo cual, necesitan comprensión y un manejo especial.

Los problemas más frecuentes en los ancianos son: la presencia de caries y enfermedad periodontal, por eso, el cirujano dentista debe dedicarse a prevenir dichas enfermedades, para que en un futuro exista menos incidencia y si hay presencia de caries o enfermedad periodontal tratar de mejorar las condiciones y mantenerlas en buen estado con un adecuado tratamiento y mantenimiento de los pacientes, siempre y cuando exista motivación e instrucción sobre el cuidado de su higiene bucal.

Es muy importante reconocer los padecimientos sistémicos de los pacientes ancianos para valorar y determinar el tipo de tratamiento que pueden recibir, ya que ciertas enfermedades o medicamentos que ingieren pueden desfavorecer el tratamiento.

Si existen problemas de salud o emocionales se le dificulta al paciente llevar a cabo las instrucciones que le dá el cirujano dentista y éste debe tomarlo en cuenta para dar las indicaciones en forma adecuada, y dependiendo de la actitud que el paciente tome, determinar si es conveniente colocar una prótesis fija, una prótesis removible, o en determinado caso una sobredentadura o una prótesis total. Tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas del paciente y mostrándole las ventajas y desventajas que tiene cada tratamiento.

Se debe reconocer que una prótesis fija es mucho mejor, comparada a la prótesis removible porque no se mueve cuando entra en función y las fuerzas que inciden sobre ella se distribuyen en forma adecuada.

Si existen dientes remanentes que se puedan conservar con un tratamiento de conductos adecuado es conveniente mantenerlos para preservar la propiocepción y evitar resorción ósea acelerada, por la fuerza que ejercen las prótesis sobre un proceso edéntulo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Holm-Pedersen, Løe H. Geriatric Dentistry. 1a. ed., Copenhagen, Ed.Munksgaard, 1986, p. 423.
2. Ratschschak. Atlas de Periodoncia. 2a. ed., España, Ed.Salvat editores. 1991, p. 399.
3. Stenberg S.A., Gordon M., "Who are adults? Demographics and major health problems. Periodontology 2000, V.16. 1998, p.9-15.
4. Papas A.S., Niessen L.C., Chauncey H.H., Geriatric Dentistry aging and oral health. 1a. ed.,United States, Ed.Mosby., 1991, p.350.
- 5.Locker D. Slade G.D. Murray H., Epidemiology of periodontal disease among older adults a review. Periodontology 2000., V.16, 1998, p.16-33
6. Ellen Richard P. Periodontal disease among older adults: What is the issue?. Periodontology 2000., V. 16., 1998, p. 7-8.
7. Glickman, Periodontología clínica., 4a.ed., México., Ed.Interamericana, 1993., p. 97-102 y 635-640.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

8. Bergman Bo., Hugoson a., Caries, Periodontal and prosthetic findings in patients with partial dentures. A ten-year longitudinal study. J. Prosthetic Dentistry., V. 48, No. 5, 1982, p. 506-514.
9. Kilmartin C.M. Managing the medically compromised geriatric patient. J. Prosthet Dent, V. 72, 1994, p. 492-499.
10. Holm-Pedersen P., Løe P., Geriatric Dentistry, Text Book, 2a. ed., Copenhagen., Ed. Munksgaard, 1996, p.446-466.
11. Berg E. Norway B., Acceptance of full dentures. Int. Dent. J., 1993, V. 43 p. 299-306.
12. Lindhe J. Periodontología Clínica., 1a.ed., Buenos Aires, Argentina., Ed. Médica Panamericana , 196 p. 437-450.
13. Patrick M., Fixed prosthodontics and esthetic consideration for older adult. Prosthet Dent J., V.72, 1994, 526-531.
14. Stewart K. Kuebbker R. Prostodoncia Parcial Removible., 2a.ed. Caracas, Venezuela., Ed. Actualidades Médico Odontológicas, 1994 p.702.
15. Fenton A., Removable Partial Dentures for the elderly., The Journal Prosthetic Dentistry. V.72 No.5. 1994 p.531-538.

16. Prichard J.F., Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica odontológica general. 2a.ed., 1982, Buenos Aires, Argentina., Ed. Médica Panamericana. p.548.

17. Wright P.S., Hellyer P.H., Gingival recession related to removable partial dentures in older patients. J. Prosthet Dent. 1995, V.74 p.602-607.

18. Budtz-Jorgensen E, Isidor F., Periodontal Conditions following treatment with distally extending cantiliver., Bridges or Removable Partial Dentures in Elderly Patients., A 5-Year Study., 1990. V.61. p.21-26.

19. Bolender Z. Prostondoncia total de Boucher. ,10a.ed., México. Ed.Mc.Graw-Hill, 1990. p.611

20. Osawa J., Estomatología Geriátrica., 1a.ed. México. Ed.Trillas., 1994., p.502.

21. Budtz-Jorgensen E., Isidor Fleming., A 5 -year longitudinal study of cantilvered fixed partial dentures compared with removable partial dentures in a geriatric population., J. Prosthet Dent., 1990, p. 42-47

GLOSARIO

Alveolar. Perteneciente o relativo a los alveolos de los dientes.

Apical. Perteneciente o relativo al ápice o punta de la raíz.

Atrición. Es el desgaste incisal u oclusal ocasionado por la función masticatoria.

Cariogénico. Que puede originar caries.

Edéntulo. Persona o individuo que carece de dientes.

Etiológico. Perteneciente o relativo a la etiología, es decir que se encarga del estudio de las causas de las enfermedades.

Exacerbar. Agravar o avivar una enfermedad.

Gingival. Perteneciente o relativo a las encías.

Incipiente. Que inicia.

Liquenoide. Hongos que se forman en la mucosa bucal.

Mitótica. Perteneciente o relativo a la mitosis que significa división celular.

Multirradicular. Varias raíces.

Queratinización. Perteneciente a la queratina que es una sustancia que constituye la capa externa de la epidermis, proporcionando resistencia y dureza.

Rampante. Desmineralización acelerada de la sustancia dentaria.

Recesión. Depresión o decrecimiento.

Resorción radicular. Acción o efecto de desintegrar las estructuras de la raíz.

Sistémico. Perteneiente o relativo al organismo en su conjunto.

Somático. Síntoma cuya naturaleza es eminentemente corpórea o material, para diferenciarlo del síntoma psíquico.

Xerostomia. Enfermedad que provoca disminución salival.