

REHABILITACION ORAL EN LA TERCERA EDAD

Mamani Nina Nilda¹
Tito Ramírez Erika Yaruska²

RESUMEN

La rehabilitación oral en la tercera edad es responsabilidad del profesional odontólogo, quien se encarga de resolver los requerimientos del paciente, mejorar su salud oral, psicológica y bienestar en general; es decir, elevar su calidad de vida además de poder enfrentar los disturbios depresivos que forman parte de éste sector de la sociedad.

La tercera edad está comprendida entre los 65 años y más de vida, éste grupo involucra un deterioro gradual de la salud en general. En esta etapa, las piezas dentarias sufren cambios fisiológicos y funcionales debido a que los adultos mayores experimentan disminución del flujo salival, que influye de forma determinante en el desarrollo de enfermedades gingivales, periodontales y caries, donde la falta de atención pertinente provoca la pérdida de las piezas dentarias.

Por esta razón, en nuestra realidad, muchas personas llegan a la tercera edad con la pérdida parcial o total de las piezas dentarias. El tratamiento de rehabilitación del paciente anciano será principalmente protésico, es decir, prótesis parcial removible, total removible o parcial fija e implantología dental, dependiendo el grado de ausencia de piezas dentarias del paciente (desdentado total o desdentado parcial).

PALABRAS CLAVE

Tercera edad, Rehabilitación, Prótesis removible.

INTRODUCCION

Una de las principales enfermedades que caracterizan esta fase de la vida es la disminución de la función del aparato digestivo, situación que empeora por la mala actividad masticatoria, debido a la ausencia de dientes, la posición incorrecta e ineficiencia en el corte de los alimentos, funciones necesarias para una adecuada absorción de nutrientes que aseguran a la persona un estado de salud adecuado.¹

Un factor determinante que provoca la ausencia total o parcial de las piezas dentarias es la relación con el nivel socioeconómico al que pertenece el paciente de la tercera edad, si éste es de un nivel bajo, será más vulnerable a sufrir la pérdida de piezas dentarias; así mismo, no logra acceder de forma oportuna a un centro odontológico para solucionar sus problemas bucodentales, debido a los altos costos de los tratamientos de rehabilitación protésica y como resultado empeora su salud oral.¹⁻²

El tipo de rehabilitación oral más recomendado es la prótesis dental removible parcial o total, que sustituye piezas dentarias perdidas. El inconveniente que existe es la insatisfacción y falta de comodidad por parte del paciente, por tanto, no todos emplean las prótesis de forma constante, muestran menos mejoría en su salud oral y en general de su aparato estomatognático, además corren el riesgo de desarrollar malnutrición, contrariamente a aquellos pacientes que si lo hacen.¹⁻²

¹Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

²Univ. Cuarto Año Facultad de Odontología UMSA
Redactora

GERONTOLOGIA

Es la disciplina que estudia los fenómenos que se producen en la vejez a nivel fisiológico, fisiopatológico, psicológico y social.⁶

El envejecimiento es un fenómeno inevitable, constante, irreversible e individual, que compromete el estado biopsicosocial, estilo de vida y la presencia de enfermedades que caracterizan al envejecimiento, como la hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, renales, respiratorias y diabetes mellitus entre otras, tienen directa relación con la salud oral.²

En este sentido el odontólogo debe conocer aquellos signos y síntomas básicos de cada una de estas enfermedades, para prevenir complicaciones de desenlace fatal durante la atención odontológica del paciente de la tercera edad.²⁻³

PROTESIS DENTAL

Este término es también conocido como "Prostodoncia", se define como una rama de la odontología que se ocupa de rehabilitar la cavidad bucal y del aparato estomatognático en su conjunto; mediante el uso de elementos artificiales que reemplazan la porción coronaria de uno o más dientes perdidos y de sus tejidos peridentales, devolviendo las funciones orales, el aspecto facial y por ende la salud al paciente anciano.¹⁻⁵

PROTESIS REMOVIBLE

Existen dos tipos de prótesis removibles:

a) Prótesis Total Removible

Este aparato protésico según la superficie de soporte es de tipo mucosoportada, indicada para pacientes desdentados totales.⁷ Las prótesis

totales deben cumplir ciertas cualidades importantes que son: retención, soporte y estabilidad.

Retención.- Es la cualidad que tienen las prótesis de oponerse a las fuerzas de extrusión y fuerzas verticales de desplazamiento, evita su movimiento durante la actividad masticatoria o de fonación.⁵

- **Retención activa o física.-** Es la fuerza de atracción entre la prótesis y la mucosa, donde interviene una película delgada de saliva que provee mayor adhesión, por tanto, las prótesis totales removibles están contraindicadas en pacientes seniles que padezcan xerostomía o sialorrea.⁵

Otro factor que interviene en la retención activa es la presión atmosférica, es decir, la fuerza que retiene el aparato protésico mediante las siguientes modificaciones:

- **La cámara de succión,** actualmente se limita su aplicación por ocasionar hiperplasia e irritación inflamatoria en la mucosa del paladar, sin embargo, es posible realizar el despuntado en los ángulos de los bordes de esta cámara para su uso.
- **Líneas americanas,** son socavados que se ubican en el post-damming de la prótesis, favorece la retención física entre la prótesis y la mucosa bucal para la cual fue diseñada.⁵⁻⁸

- **Retención pasiva.-** Se eliminan los factores que pueden provocar la extrusión del aparato protésico, para retener la prótesis se realizan impresiones precisas desde el fondo

del vestíbulo con materiales especiales.

- **Soporte.**- Es la propiedad de la prótesis de oponerse a las fuerzas de intrusión durante el proceso de masticación.
- **Estabilidad.**- Es la condición de la prótesis para mantenerse firme frente a las fuerzas horizontales y giratorias.⁵⁻⁸

b) Prótesis Parcial Removible (PPR)

De confección rápida, mejora la función masticatoria, estética y fonética permitiendo la conservación máxima de los dientes residuales y de los tejidos bucales de soporte. Para su elaboración se debe contar con un modelo de estudio y de trabajo a partir de los cuales se confecciona la prótesis definitiva que debe contar con una estructura metálica sólida.⁵⁻⁷

La retención en la PPR es de tipo dento-mucosoportada, posee la capacidad de resistir fuerzas de extrusión, donde las piezas dentarias cumplen la función de pilares de retención para contrarrestar las fuerzas extrusivas. La estabilidad se basa en la capacidad de conservar en posición el aparato protésico, durante los movimientos mandibulares en la actividad masticatoria.⁵⁻⁷

PROTESIS FIJA

En pacientes de la tercera edad para la confección de prótesis parcial fija, se toma en cuenta algunos aspectos como la capacidad de higiene, evaluación integral de los elementos de soporte de las piezas dentarias destinadas como pilares, alteración en la proporción corono-radicular o la presencia de inclinaciones axiales marcadas, además se considera la xerostomía y la fuerza masticatoria acentuada.⁷⁻⁹

Las *coronas veneer* son una buena opción estética, por incrementar el tiempo de preservación de los elementos dentales, que se encuentran frágiles en estos pacientes. Otra opción dentro de las prótesis fijas es la *prótesis adhesiva*, por el enorme poder de conservación estructural de los tejidos dentarios.⁸⁻⁹

Para evitar prótesis fijas extensas donde el paciente presenta dificultad motora, higiene inadecuada o fuerza masticatoria excesiva, se recomienda combinar prótesis fija con la prótesis parcial removible en la región desdentada. El tiempo de duración de las prótesis depende de las condiciones de las piezas dentarias remanentes, principalmente de aquellas que serán utilizadas como pilares de retención.⁷⁻⁹⁻¹⁰

PROTESIS SOBRE IMPLANTES

Para este tratamiento, la edad no es considerada un factor limitante, por tanto, es parte del proceso de rehabilitación para el paciente de la tercera edad, sin embargo, su instalación demanda de cierta cantidad de hueso suficiente para la adaptación del implante al hueso, estado de salud general sin alteraciones limitantes y un aceptable estado psicológico.¹¹⁻¹²

La implantología en el campo odontológico es un método favorable, porque soluciona los problemas que afectan a la prostodoncia, entre los que se mencionan: problemas de fijación, soporte y retención de las prótesis removibles habituales.¹¹

La inserción de un implante dental permite contar con pilares suplementarios para la adaptación de las prótesis parciales, cuando no existen pilares de retención de dientes naturales. Una prótesis removible implanto-soportada mejora la estética facial, y contribuye a la estabilización y

retención de las prótesis removibles totales.¹¹⁻¹²

CUIDADOS DE LAS PROTESIS DENTALES

Los pacientes de la tercera edad deben ser orientados de forma verbal y escrita sobre el cuidado y aseo de la prótesis dental, por lo que se recomienda:

- Lavar en un recipiente que contenga agua para evitar posibles caídas y fracturas de la misma.
- Después de cada comida, las prótesis deben ser removidas y aseadas obligatoriamente.
- Por la noche deben ser retiradas para descansar el reborde alveolar residual.
- Se recomienda el uso de cepillos especiales que aumentan la eficiencia de la limpieza dentro de los ganchos de las prótesis parciales removibles o en las bases de acrílico.
- De igual forma se recomienda el uso de dentífrico para la higiene de las prótesis.³

BIBLIOGRAFIA

1. Menendez M. Odontología Integral Actualizada. 3^{ra} edición. Brasil. Artes Médicas. 2006;247-257.
2. Anzola E. Cols. La atención de los ancianos, un desafío para los años noventa. Organización panamericana de salud. OMS. Washington DC. EUA.1994:3-19.
3. Aranguiz V. Prevención y cuidado de la salud bucal. Chile. Tiempo nuevo para el adulto mayor. 1994; 239-254.
4. Gaecia J. Enfilado dentario, bases para la estética y estática en las prótesis totales. Venezuela. Amolca. 2006; 43-49/141-160.
5. McCracken. Prótesis Parcial Removible. 10^{ma} edición. España.

Editorial Médica Panamericana. 2000;1-18.

6. Darland. Diccionario medico ilustrado de bolsillo. 25^{ta} edición. Mc. Grau-Hill. Interamericana. 1998:325.
7. Botololotty L. Prótesis removible clásica e innovaciones. Venezuela. Amolca. 2006;7-15.
8. Gluglio P., Almeti y Cols. Rehabilitación protésica Tomo 2. España. Amolca. 2008;70-81.
9. Shillingburg H, Fundamentos Esenciales en Prótesis Fija. 3^{ra} edición. Quintessence S.L. 155-171.
10. Mezzorno E., Suzuki M., Coaut R. Oclusión: Diagnostico en Rehabilitación oral. Tomo 2. Santos Amol. 2010;23-50.
11. Albertini A. Oclusión y diagnóstico en Rehabilitación Oral. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1999;593-599.
12. Salagaray V. Implantes Inmediatos Transalveolares. Madrid-España. Editorial biomedicalFuction. 1992;6-10.