

Rehabilitación protésica en la tercera edad

Prosthetic rehabilitation in the elderly

Dra. Siomara Hidalgo Hidalgo; Dra. Melania J. Ramos Díaz

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J Finlay. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal de 33 pacientes de ambos sexos, mayores de 60 años desdentados totales y parciales procedentes de las áreas de salud del Policlínico Norte. Fueron atendidos en la Clínica Estomatológica Docente La Vigía remitidos de atención primaria y valorados en el departamento de prótesis, con el objetivo de recoger en una encuesta los datos observados en los tejidos duros y blandos de la boca mediante el examen clínico; teniendo en cuenta el grado de reabsorción de los rebordes residuales, el tiempo de uso de las prótesis y la experiencia protésica anterior. Predominó en el estudio el sexo masculino, los rebordes alveolares inferiores reabsorbidos en los desdentados totales, así como la recesión gingival y los dientes abrasionados y extruidos en los desdentados parciales.

DeCS: CUIDADO DENTAL PARA ANCIANOS; IMPLANTACIÓN DENTAL; PRÓTESIS DENTAL; REHABILITACIÓN BUCAL

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional study of 33 patients of both sexes, older than 60 years, total and partial edentulous coming from the health areas of the North Polyclinic was carried out. They were assisted in the teaching dental clinic of La

Vigiarremitted from primary care assistance and treated in the Prosthesis Department with the aim of collecting in a survey data observed in hard and soft tissues of the mouth through clinical exam, taking into account the reabsorption grade of residual borders, the time of using the prosthesis and the anterior prosthetic experience. Masculine sex, lower alveolar borders reabsorbed in total endotelous, as well as gingival recession and abrupted, extruded teeth in partial endotelous prevailed in the study.

DeCS: DENTAL CARE FOR AGED; DENTAL IMPLANTATION; DENTAL PROSTHESIS; MOUTH REHABILITATION.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe un interés marcado por desarrollar el estudio de los fenómenos del envejecimiento y en la última década se observa un aumento del número de personas de la tercera edad como consecuencia de la disminución del índice de natalidad y una mayor esperanza de vida, por tanto la población geriátrica se ha incrementado considerablemente (1,2).

La Asamblea General de la ONU declaró a 1999 como el año del Adulto Mayor o de la Gerontología, y en nuestro país los estudios demográficos han arrojado que el 13% de la población cubana es mayor de 60 años, muchos de los cuales son desdentados total o parcialmente.

Para muchos de estos pacientes la adaptación a un aparato protésico constituye un problema, sobre todo cuando las condiciones del terreno biológico no son más favorables. Existen en los pacientes geriátricos una serie de factores que pueden dificultar y condicionar el pronóstico del tratamiento, como es el estado de los rebordes alveolares residuales y la atrofia o reabsorción que se produce en ellos (3-7). También los dientes cambian en forma y color con la edad, se producen cambios en la altura e inclinación cuspea y en los tejidos parodontales, con el consiguiente movimiento dentario (3-5).

Otros factores como la edad, el sexo, la experiencia protésica anterior, enfermedades metabólicas padecidas, artrosis degenerativa, discordinación motora y pérdida del tono muscular; problemas nutricionales y disminución del flujo salival (4,7,8-10) son características del paciente de la tercera edad y pueden influir también en la adaptación del aparato protésico, por lo que se plantea que en los pacientes de edad avanzada existe una serie de circunstancias sobreañadidas que

pueden imposibilitar el éxito final del tratamiento protésico, por lo que nos hemos motivado a investigar sobre estos aspectos.

El objetivo principal de esta investigación es identificar los hallazgos clínicos en pacientes geriátricos desdentados totales y parciales atendidos en nuestro Servicio.

MÉTODO

El grupo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes desdentados totales y parciales, mayores de 60 años y de ambos sexos que acudieron al servicio de prótesis de la clínica estomatológica docente La Vigía, remitidos de atención primaria. Se valoraron por los métodos de examen clínico, interrogatorio, observación, palpación y exploración de tejidos duros y blandos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se observa que en el estudio se presentó mayor número de pacientes del sexo masculino, a diferencia de otros autores (4).

Tabla 1. Pacientes estudiados según sexo

Sexo	No.	%
Femenino	14	42
Masculino	19	58
Total	33	100

Es de destacar que la mayor cantidad de pacientes se encontraron con el reborde reabsorbido, tanto en el maxilar superior como en la mandíbula.

Es notable que de los 19 pacientes con el maxilar inferior reabsorbido, seis tenían una reabsorción considerable de este maxilar y sólo siete de ambos maxilares fueron clasificados como prominentes en nuestro estudio.

Jiménez-Castellanos plantea que la atrofia mandibular es cuatro veces mayor que la maxilar y es la causa fundamental de falta de retención y estabilidad en las prótesis en el paciente geriátrico (4).

Tabla 2. Reabsorción del proceso alveolar residual de acuerdo al maxilar

Grado de reabsorción del reborde alveolar

Maxilar	Reabsorbido Medianamente	Reabsorbido	Prominente
Superior	18	10	4
Inferior	19	7	3
Total	37	17	7

Tabla 3. Reabsorción del proceso alveolar residual de acuerdo al tiempo de uso de las prótesis

Grado de reabsorción del reborde alveolar

Tiempo de uso	Reabsorbido	Medianamente Reabsorbido	Prominente
No experiencia protética	11	12	3
Menos de 5 años	-	-	-
6 a 10 años	-	3	2
11 a 15 años	9	2	-
16 a 20 años	4	-	-
Más de 21 años	16	2	2
Total	40	19	7

Teniendo en consideración el grado de reabsorción del reborde alveolar en relación con el tiempo de uso, observamos que en los carentes de experiencia protésica el reborde se encontraba reabsorbido en 11 maxilares y medianamente en 12.

El grupo de 11 a 15 y más de 21 años fueron los tiempos de uso en que se presentó mayor reabsorción del proceso alveolar. Es necesario considerar que cuando la causa de la pérdida de dientes es la enfermedad parodontal se produce una mayor reabsorción en el hueso alveolar (3,4).

Al examen clínico se observó que la recesión gingival se presentó en cuatro pacientes, tanto en el maxilar como en la mandíbula, siguiéndole los dientes extruidos y abrasionados en tres pacientes respectivamente.

Tabla 4. Hallazgos clínicos encontrados en los desdentados parciales

Hallazgos Clínicos	Maxilar	
	Superior	Inferior
Recesión gingival	4	4
Dientes extruidos	3	6
Dientes abrasionados	3	3
Movilidad dentaria	2	2
Fractura dentaria	1	1
Dientes migrados y rotados	1	2
Total	14	18

En la mandíbula, el hallazgo clínico más importante fueron los dientes extruidos. *Velazco-Ortega* señala que la forma oclusal es afectada por el desgaste o atricción y depende de ciertos hábitos ocupacionales o funcionales y de la dieta, pero es compensada con el depósito de cemento en el ápice radicular con resultado de una elongación funcional de las raíces (3).

También este autor se refiere a que una de las características clínicas más frecuentes en los ancianos es la retracción o recesión gingival donde los factores irritativos biológicos (bacterianos) y traumáticos (excesivo e incorrecto cepillado) se combinan (3).

CONCLUSIONES

1. Predominó el sexo masculino en nuestro estudio.
2. El reborde alveolar residual reabsorbido fue el que más se presentó, tanto en el maxilar como en la mandíbula.
3. La reabsorción del reborde alveolar residual aumentó con el tiempo de uso de la prótesis, fundamentalmente en los más de 21 años de experiencia protésica.
4. La recesión gingival y los dientes extruidos fueron los hallazgos clínicos que más se encontraron en los dientes presentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Manso E, Baly Baly M, Vega García E, Prieto Ramos O. Las personas de edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. *Resumed* 1999;12(2):77-90.
2. Cardoza MF. El paciente geriátrico. *Rev Colomb Odontoestomatol* 1995;2(5-8):8-9.
3. Velazco Ortega E. Envejecimiento oral. En su: *Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada*. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996. p.159-73.
4. Jiménez-Castellanos Ballesteros E, López López M. La prótesis dental en Gerontología. En: Bullón Fernández P, Velazco Ortega E. *Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada*. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996. p. 353-61.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Alteraciones regresivas de los dientes. En su: *Patología bucal*. La Habana: Instituto Cubano del Libro; 1976. p. 198-202.
6. Hillerup S. Preprosthetic surgery in the elderly. *J Prosthet Dent* 1994;72:551-8
7. Matiz Cuervo V. Vejez y Nutrición. *Rev Colomb Odontoestomatol* 1995;2(5-8):6-7.
8. Neira Retiz D, Arbelaez de Crycedo MM. Envejecimiento y secreción salival. *Rev Colomb Odontoestomatol* 1995;2(5-8):5.
9. Martínez López VM, Valencia Alejandre S. La nutrición en el envejecimiento. En su: Bullón Fernández P, Velazco Ortega E. *Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada*. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996. p. 61-91.

10. Prieto Ramos O. Nutrición. En su: Temas de Gerontología. Ciudad de La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996. p. 162-76.

Recibido: 18 de mayo de 2000

Aprobado: 14 de abril de 2001