

SOBREDENTADURA: SOLUCIÓN EFICAZ EN LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Autora: MSc. Dra. Josefina Fajardo Puig, Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas. Estomatóloga General.Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Auxiliar.

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento es un fenómeno universal e irreversible, que involucra cambios morfológicos y funcionales en la cavidad bucal con la edad. Los ancianos con edentulismo total presentan reabsorción progresiva de sus rebordes residuales, lo cual conlleva a la pérdida de retención y estabilidad de sus prótesis. **Objetivo:** presentar un caso clínico donde se colocan implantes de bola, rehabilitados con una sobredentadura removable. **Presentación del caso:** paciente femenina de 61 años de edad atendida en la consulta multidisciplinaria de Implantología de la Clínica Docente de Prótesis de Marianao, portadora de una prótesis total inferior con falta de retención y estabilidad, la cual había cambiado en varias ocasiones sin poder resolver su problemática. Además presenta reabsorción marcada del reborde residual alveolar. Después de una evaluación integral y el consentimiento de la paciente, se procede a la colocación de 2 implantes de bola OVD en zonas del 33 y 43 mediante cirugía con colgajo, siendo rehabilitada con una sobredentadura removable en la misma sesión de trabajo. **Conclusión:** esta rehabilitación protésica permitió satisfacer la función masticatoria, una correcta fonación y estética facial adecuada, necesarias todas para la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras clave: envejecimiento, adulto mayor, sobredentadura

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno universal e irreversible, que involucra cambios fisiológicos como consecuencia de la declinación en la función del organismo como un todo.¹

Se han formulado diversas teorías para tratar de explicarlo: mutación, eslabonamiento cruzado, del colágeno, del estrés, de radicales libres, del envejecimiento celular y de los que se producen por efecto del envejecimiento solamente.^{2, 3}

En todos los órganos y sistemas del cuerpo humano se observan signos de envejecimiento, pero no todos se presentan al mismo tiempo. Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal con la edad, forman parte del envejecimiento general del organismo. Para tratarlos hay que tener conocimiento de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez.^{4, 5}

Es importante indicar que algunos cambios bucales que ocurren en la edad son naturales, como cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes. En cambio otros, son resultado de la acción de enfermedades como la periodontitis, de medicamento, ejemplo la xerostomía y efectos de factores socioculturales y económicos. En este sentido, los cambios bucales relacionados con la edad pueden tener 2 orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad, pero inducen a cambios bioquímicos funcionales y estructurales.^{5, 6}

Como resultado de los cambios metabólicos que se producen con el envejecimiento, las mucosas orales suelen adelgazarse y atrofiarse, hacerse más frágiles, con un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo. Clínicamente, ello reduce la elasticidad de los tejidos sujetos a presión. También puede ocurrir una reducción del flujo salival que disminuye el poder de retención de la prótesis.^{7, 8}

En el hueso alveolar se presenta remodelación constante en relación a las fuerzas oclusales. Al reducirse las fuerzas oclusales, el hueso alveolar es reabsorbido disminuyendo su altura y grosor de las trabéculas; también podemos encontrar un adelgazamiento de la cortical con incremento de la porosidad, produciéndose esclerosis

ósea, consecuencia de una mayor mineralización de la estructura ósea, que incrementa la dureza y disminuye la elasticidad, con probabilidad de fractura.^{7, 8}

Es importante recordar que cada persona es un individuo con sus propias circunstancias particulares. Los cambios bucales descritos pueden estar presentes o no durante el envejecimiento.

La creciente expectativa de vida al nacer hace que adquiera más significación la atención estomatológica al anciano en la sociedad contemporánea. Hasta hace pocos años, se mostraba que a mayor envejecimiento existían más riesgos de desdentamiento total. Sin embargo, un informe regional de 1996 señala que los ancianos llegan a la tercera edad con más piezas dentarias en buen estado. Todo gracias a la Estomatología preventiva que toma más fuerza tanto en su desarrollo académico como en su práctica.^{9, 10, 11}

A pesar de los grandes esfuerzos y recursos que en materia de salud estomatológica ha realizado nuestro gobierno, gran parte de la población mayor de 60 años es desdentada total. Indiscutiblemente no recibió los beneficios de una prevención y atención curativa en los primeros años de su vida, y presenta las secuelas de un deficiente sistema de salud en la etapa pre-revolucionaria. Por tal motivo el desdentamiento total representa una de las principales problemáticas de salud estomatológica a estas edades, la que se hace mayor al haber aumentado la expectativa de vida de la población a 77 años.¹²

Desde la perspectiva de la rehabilitación bucal, la pérdida de los dientes naturales significa la pérdida de la vía de transmisión natural de las fuerzas masticatorias y la pérdida de la propiocepción periodontal, por lo que su función y capacidad tendrá que ser remplazada por receptores de presión menos sensibles, ubicados en la mucosa que soporta la dentadura, en los músculos y en las articulaciones, unido a que los estímulos deben flanquear la barrera constituida por la estructura protésica, dificultando aún más la eficacia sensorial ya disminuida.^{13,14}

Por otra parte, en el adulto mayor principalmente, las prótesis removibles son mayoritariamente mucosoportadas, situación para la cual el hueso alveolar remanente

no está fisiológicamente preparado, pues posee una estructura osteoporótica, o sea, presenta una pérdida más o menos importante de su masa ósea, que transforma al hueso en un elemento más lábil, más sensible a sufrir reabsorción frente a las presiones que se le ejercen, situación que explica pérdidas prematuras de soporte en prótesis recientemente instaladas.^{15, 16}

La rehabilitación estomatognática satisfactoria de estos pacientes se vincula directamente a la calidad de vida de los mismos, ya que además de satisfacer las necesidades propias de la masticación con su repercusión directa sobre la nutrición, una adecuada rehabilitación protésica permite una correcta fonación y estética facial que facilita una mejor integración como unidad bio-sico.social.^{17, 18}

En los desdentados totales, la reabsorción ósea progresiva de los rebordes alveolares residuales, es la principal causa de pérdida de la retención y estabilidad de las prótesis. Esto provoca que anualmente numerosos pacientes soliciten cambios de sus prótesis o busquen ayuda especializada para dar solución a este problema que les impone limitaciones funcionales, estéticas y fonéticas. Las técnicas aplicadas en nuestro país con prótesis convencionales, no dan solución a muchos de estos casos.

Hoy en día, la colocación de Implantes es sin lugar a dudas, la solución de mayor factibilidad y favorable pronóstico para el tratamiento del edéntulo parcial o total. Esta opción terapéutica ha sido realizada con éxito en los últimos tiempos y constituye una realidad clínica de alto valor.^{19, 20}

En los casos de desdentamiento total, los implantes de bolas son rehabilitados con sobredentaduras removibles, las cuales tienen particular importancia ya que se apoyan simultáneamente en implantes y en tejidos blandos, se puede utilizar un número variable de implantes desde dos, tres, cuatro o más, son de menor costo, los soportes mejorados pueden ser ganados por tejido facial con el uso de flancos, puede haber menos problemas sobre el control fonético y la saliva. También brinda un acceso mejorado para la higiene oral y más espacio para corregir discrepancias en la relación del arco dental.²¹

El presente trabajo tiene como **objetivo** presentar un caso donde se colocan implantes de bola Nano OVD, rehabilitados con una sobredentadura removible y así determinar su repercusión en la rehabilitación estomatognática del adulto mayor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 61 años de edad con antecedentes de buena salud, atendida en la consulta multidisciplinaria de Implantología de la Clínica Docente de Prótesis de Marianao, portadora de una prótesis total inferior con falta de retención y estabilidad, la cual había cambiado en varias ocasiones sin poder resolver su problemática.



Fig. 1

Examen clínico del reborde residual alveolar con marcada reabsorción

Al examen clínico y radiográfico, se observó marcada reabsorción del reborde residual alveolar mandibular (**Fig.1**). Después de realizada su evaluación médica multidisciplinaria en la consulta se le explicaron las características del tratamiento, dando su consentimiento para la realización del mismo y su posterior publicación.

A continuación se confeccionaron los registros intra y extraorales necesarios y posteriormente se procedió a la colocación de 2 implantes de bola Nano OVD de 111.5 mm de largo x 3.3 mm de diámetro^{22, 23}, en zonas del 33 y 43 mediante cirugía con

colgajo para una mejor visualización del lecho óseo(**Fig.2**),procurando los cuidados pre y post- operatorios requeridos.

Fig. 2 Colocación de los implantes de bola Nano OVD en zonas del 33 y 43 mediante cirugía con colgajo



Es un implante que posee bajo por ciento de rechazo, con una superficie rugosa por el doble grabado ácido y la forma de sus ápices agudos autoperforantes junto a la rosca autosustentable, aseguran una inmovilidad inicial absoluta.

Fue rehabilitada en el mismo día con una sobredentadura removible(**Fig.3**), lográndose una excelente retención y estabilidad, estética adecuada y aceptación psicológica de la paciente. Se le orientaron las medidas higiénicas a realizar con la nueva rehabilitación, la medicación recomendada, la dieta a seguir y el cambio de su masticación habitual para la preservación de los implantes.

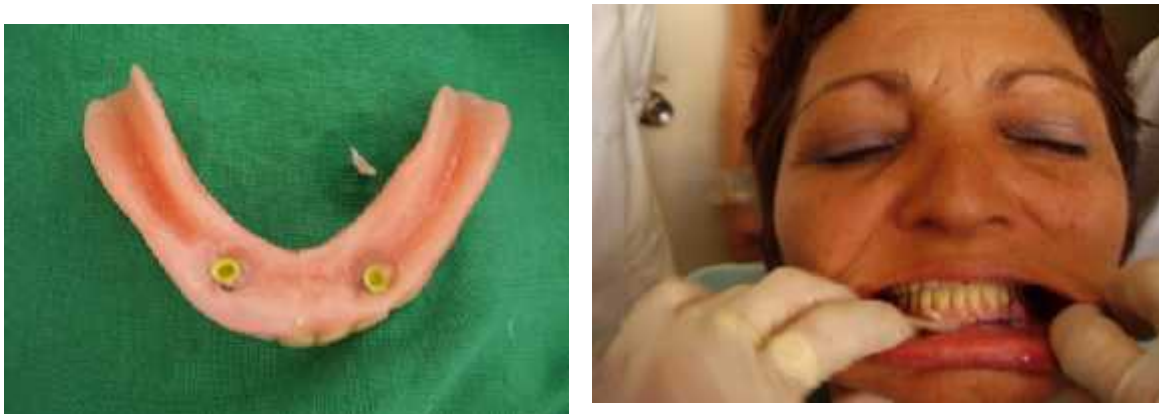


Fig. 3 Rehabilitación protésica con una sobredentadura removable

Los exámenes periódicos se realizaron a la semana, a los 15 días, al mes, 3 meses, 6 meses y al año, donde se percibieron muy buenas condiciones de salud bucal. Radiográficamente se fue observando la formación paulatina de hueso alrededor de los implantes (**Fig.4**). También se logró la integridad psicológica de la paciente.



Fig. 4 Imagen radiográfica a los tres meses donde se visualiza la formación de hueso alrededor de los implantes

DISCUSIÓN

Las sobredentaduras implantomuco retenidas, constituyen una herramienta terapéutica que resuelve el problema de la retención de las prótesis totales mediante la colocación de un número reducido de implantes dentales.

Cacciacane en el 2013, obtuvo un éxito superior al 95% en implantes osteointegrados en el sector anteroinferior, donde es determinante que el paciente sienta estable la sobredentadura y esta estabilidad aumenta, al incrementar el número de implantes. También considera importante el diseño y el grado de ajuste de la prótesis, donde es necesario realizar rebases y reajustes ²⁴.

Por su parte, Martínez y col., analizaron el comportamiento tanto clínico como radiológico de ochentas implantes con una nueva superficie tratada mediante una disolución de ácido sulfúrico y fluorhídrico con posterior tratamiento térmico, que fueron

sometidos a carga inmediata en pacientes rehabilitados con sobredentaduras inferiores, concluyendo que este tratamiento debería contemplarse como una indicación prioritaria para la sustitución de los tratamientos implantológicos con períodos de reposo convencionales ²⁵.

Blanco y Abreu en su estudio realizado en el 2012, llegaron a la conclusión que la técnica de carga inmediata para sobredentaduras puede utilizarse con éxito en los casos seleccionados rigurosamente, y tiene ventaja en relación con la tardía ya que reduce el período de tratamiento. Todo lo anterior permite una correcta función masticatoria, con mayor grado de satisfacción del paciente en relación con las prótesis totales convencionales²⁶.

En el 2013, Rodríguez y col. plantearon que la rehabilitación con sobredentadura mucosoportada e implantorretenida es efectiva en aquellos pacientes con problemas en los principios biomecánicos de retención y estabilidad, así como también en los que presentan poca disponibilidad de hueso. Por consiguiente, con la misma se elevó el nivel de calidad de vida de los pacientes al proporcionarles confort y seguridad con el uso de su aparato protésico²⁷.

Al igual que nuestro estudio, Geckili y col. establecieron que las sobredentaduras mandibulares independientemente del número de implantes colocados, son una opción de tratamiento exitoso para adultos desdentados en comparación con las prótesis totales convencionales²⁸.

También Salso, Acosta y Ros, afirman que la falta de retención de las dentaduras completas inferiores ha constituido la principal queja de los pacientes portadores de esta aparatología. Por tanto, el tratamiento de las sobredentaduras constituye una variante excepcional, una de las indicaciones fundamentales del Programa de Generalización de la Implantología en nuestro país, existiendo muy pocas complicaciones asociadas con este proceder²⁹.

CONCLUSIÓN

Las personas desdentadas totales tienen la posibilidad de beneficiarse actualmente con la alternativa de la sobredentadura sobre implantes, que ofrece resultados superiores a los de la prótesis convencional.

La rehabilitación estomatognática satisfactoria de la paciente con una sobredentadura removible, le dió solución a los problemas de retención, soporte y estabilidad de su prótesis inferior, lo cual contribuyó a mejorar su calidad de vida, pues además de satisfacer las necesidades propias de la masticación con su repercusión directa en la nutrición, le permitió una correcta fonación y estética facial adecuada, que condujo a su mejor integración como unidad bio-sico-social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernardes de Jesus B, Vera E, Schneeberger K, Tejera AM, Ayuso E, Bosch F, Blasco MA. Telomerase gene therapy in adult and old mice delays aging and increases longevity without increasing cancer. *EMBO Molecular Medicine*. [artículo en Internet]. 2012 Dez [citado 2015 Jun 05]; 23(3): 171-186. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000300003&lng=pt
2. Ramírez de Castro N. "La nueva fórmula que revierte el envejecimiento". *ABC*, [artículo en Internet]. 2013 Dez [citado 2015 Jun 18]; 42(5): 152-166. <http://www.abc.es/salud/noticias/20131223/abci-nueva-formula-antienvjecimiento-201312222133.html>
3. Gil A. Tratado de Nutrición. Tomo III: Nutrición Humana en el Estado de Salud. 2ª ed. Editorial médica panamericana, 2010.
4. Desai N. "Cómo llevamos nuestra vejez". Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. 2012, 8-12 abril. España. www.cinu.org.mx/eventos/especiales/envejecimiento/
5. Esteban CR. Las arrugas y las canas, esas son cosas vanas.... 2º Curso Virtual Educación para el Envejecimiento. 2013 www.psicomundo.com/tiempo/monografias/arrugas.htm
6. American Music Therapy Association. Involving Senior Citizens in Group Music Therapy. Annual Conference in St. Charles, Illinois, USA 13 November 2012.
7. Health guidance for primary care and residential care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). United Kingdom. 2010-2011.
8. Baltes P. Cambio evolutivo, contextos e intervención psico-educativa en la vejez. Departamento de Psicología Evolutiva de Educación, Universidad de Barcelona. 1993 [citado 26 Oct 2010]. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD057.pdf>
9. CONAPO. Programa Nacional de Población 2008- 2012. 2008 [citado 5 Jun 2015]; 54(2). Disponible en: www.conapo.gob.mx/pnp/PNP-2008-2012.pdf
10. Fuentes J. La familia del anciano. *Enfermería Geriátrica y Gerontología*. 2010 [citado Julio 2011]; 44(2). Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/familia.htm>

11. López D. Validación de la escala de bienestar subjetivo en los cuidadores familiares de adultos mayores. *Psicología y Salud*. 2010; 20: 13-22.
12. Morales J. *Psicología del concepto humano*. Huancavelica, Perú. 2011.
<http://www.monografias.com/trabajos16/comportamiento-humano/comportamiento-humano.shtml#anciano>
13. Ranalli OA. Planificación en implantología. GICAI - Creadores de sonrisas. [En línea].2006. [Consultado 2010 Nov 3]. Disponible en:
<http://grupocargainmediata.blogspot.com/2010/04/planificacion-en-implantologia.html>
14. Joubert R. Rehabilitación bucal e implantología. *RevRipano*. EditMed. 2010; No 21- Año 8 - Europa 18 -América 18:116-20.
15. Ranalli S. Rehabilitación oral implantosoportada, Prótesis combinada y prótesis híbrida. *Rev Red-dental*. [En línea].2008. [consultado: 2011 Ene 26]. Disponible en: <http://www.rede-dental.com/OT010201.htm>
16. Lemus LM, Justo M, Almagro Z, Sáez R, Triana K. Rehabilitación sobre implantes óseo integrados. *Rev Cubana Estomatol* [En línea]. 2009 Mar. [consultado: 2011 Feb 5]; 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100008&Ing=es
17. Valdillo JM. Planificación prostodóncica en implantología oral. Resumen de ponencias del XXV Congreso Nacional y XVIII Internacional de la Sociedad Española de Implantes. *Rev Esp. Odontoestomatológica de implantes* 2010; 18(2):54-72.
18. Ranalli OA. La tomografía es imprescindible en implantología. *Rev Red-Dental* [En línea]. 2008. [consultado: 2011 Ene 26]. Disponible en: <http://www.rede-dental.com/OT008801.htm>
19. Esperón MC. Construcción de modelos pasivos con encía artificial. (2da. parte y 3ra. parte). *Rev Red-dental* [En línea]. [consultado: 2011 Ene 26]. Disponible en:<http://www.rede-dental.com/ot003501.htm>
20. Sánchez MA, Alvira J, Aznar LL, Esquembri N, Ferriol N, López M, Mir J, Vargas M. Revisión bibliográfica de Implantología Bucofacial del año 2009. 1a parte. *AvPeriodonImplantol*. [periódico en Internet]. 2011 Dez [citado 2015 Jun 05]; 23(3): 171-186. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000300003&Ing=pt .
21. Novoa A. Consideraciones generales en implantología oral y maxilofacial. *Investigaciones Médico-quirúrgicas*. 2005; 1 (7): 57-60.
22. Leader-Novaxa. Línea de Implantes Tixos Nano. Disponible en:
leaderimplantes.es/?page_id=331
23. Tixos Nano/ Innovazionecile.
Disponible en: www.innovazionecile.cl/portfolio-posts/tixos-nano-line/
24. Cacciacane O. Sobredentaduras mandibulares sobre implantes: ¿dientes o implantes? ¿cuántos implantes? ¿unidos o independientes?[citado 22 May 2013].Disponible en:<http://www.red-dental.com/%20OT009101.HTM>
25. MartínezJM, Barona C, Cano J, Fernández F, Sánchez A. Evaluación de 80 implantes, sometidos a carga inmediata en desdentados inferiores tras un seguimiento de dos años. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006 [citado 6Jun 2015]; 11(2). Disponible en:http://scielo.isciii.es/%20scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000200015&Ing=es&nrm=iso
26. Blanco FM, Abreu E. Comportamiento de pacientes tratados con sobredentaduras implantomucosoportadas en la consulta de Implantología Bucal de la Clínica Estomatológica Docente III Congreso del PCC. Matanzas. *RevMéd Electrón*. 2012 [citado 8Jun 2015];34(2). Disponible en:<http://www.rev%20matanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema01.htm>

27. Rodríguez HM, Barrera M, Duque de Estrada ML, Rey BM, León A. Evolución de pacientes con sobredentadura e implantología con carga inmediata. MEDISAN[Internet]. 2013 [citado 2015Abril]; 23(4). Disponible en:

www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1936

28. Geckili O, Bilhan H, Mumcu E. Clinical and radiographic evaluation of three-implant-retained mandibular overdentures: a 3-year retrospective study. Quintessence International 2011,

42(9):721-728. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21909496

29. Salso RA, Acosta A, Ros M. Sobredentadura implantorretenida. Presentación de un caso.

Rev. Médica Multimed 2011; 15(2). Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm123o.pdf