

## Prótesis dental extraíble a edades avanzadas

### Acerca del principio de la prótesis ampliable en una primera rehabilitación

Julia Kunze, ZÄ, Angela Stillhart, ZÄ<sup>a</sup>, e Ina Nitschke, Prof. Dr. med. dent., MPH<sup>a,b</sup>

*El tratamiento odontológico de pacientes de edad avanzada multimórbidos suele requerir unos conocimientos gerontoestomatológicos específicos. Los conceptos odontológicos para personas de edad avanzada deberían incluir aspectos preventivos además de los curativos. También es importante tomar en consideración la situación médica tanto inmediata como futura del paciente. En el proceso de decisión sobre el tratamiento, el cual debería estructurarse de forma participativa entre el odontólogo, el paciente y sus familiares, deben tenerse en cuenta tanto la capacidad funcional odontológica como la necesidad de tratamiento subjetiva y la objetiva relativizada. La primera restauración con prótesis extraíbles a edad avanzada puede plantear retos tanto al odontólogo como al paciente. El concepto de la sobredentadura es un procedimiento eficaz para dotar de una prótesis dental extraíble a pacientes multimórbidos de edad avanzada y reducir en el proceso los posibles problemas de adaptación.*

(*Quintessenz*. 2012;63(1):83-93)

### Introducción

La primera colocación de una prótesis dental extraíble en pacientes de edad avanzada puede plantear grandes retos tanto al afectado como al odontólogo. El tratamiento de pacientes de edad avanzada requiere fundamentalmente, además de experiencia y conocimientos en el ámbito de la odontogeriatría, habilidades en cuanto a la guía de pacientes y la comunicación, así como conocimientos de geriatría, gerontopsiquiatría y ciencias de la nutrición, asistenciales y de la salud. En el diseño de un concepto odontológico para una persona de edad avanzada deberían incorporarse aspectos preventivos y curativos exhaustivos, así como la situación médica tanto inmediata como futura del paciente. Además, desde el punto de vista odontológico deben tenerse en cuenta diversos factores relativos al paciente que pueden reflejarse en la capacidad funcional odontológica del paciente.

La ponderación de todos los aspectos, la comunicación con el paciente, pero también el respeto a la voluntad de una persona que en algunos casos posee una capacidad de consentimiento y decisión limitada, conducen en última instancia a la decisión del tratamiento y al seguimiento cuidadoso. En este contexto, después de estimar las capacidades cognitivas en pacientes de edad avanzada conviene aplicar también las reglas de la toma de decisión sobre el tratamiento participativa. En una comunicación de igual a igual con el paciente y tomando en consideración la multimorbilidad así como la multimedicación asociada a ésta, puede diseñarse un concepto de tratamiento estructurado que a menudo posibilita una terapia sencilla como medio de elección. La capacidad por parte del odontólogo de identificar cuándo una simplificación del tratamiento está indicada y beneficia al paciente requiere unos conocimientos y una experiencia gerontoestomatológicos suficientes. A este respecto, el odontólogo debería ser consciente de que no siempre tienen por qué agotarse todas las posibilidades

<sup>a</sup>Klinik für Alters- und Behindertenzahnmedizin, Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich, Zürich, Alemania.

<sup>b</sup>Bereich Senioren Zahnmedizin, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Orale Medizin der Universität Leipzig, Leipzig, Alemania.

Correspondencia: I. Nitschke.  
Plattenstrasse 15, Zürich, Alemania.  
Correo electrónico: ina.nitschke@zzm.uzh.ch

de tratamiento odontológicas y de que pueden alcanzarse términos medios que funcionen satisfactoriamente para el paciente.

A partir de un caso clínico, a continuación se explica cómo puede transcurrir una primera rehabilitación mediante prótesis dental a edad avanzada.

## **Descripción de la situación por la paciente, sus familiares y su odontólogo**

*La perspectiva de la paciente:  
deseo de un cierre rápido del espacio*

La paciente de 87 años era viuda y vivía sola. Tenía dos hijos que la ayudaban en situaciones cotidianas como la visita al odontólogo y el pago de facturas. La propia paciente declaró estar sana; explicó que en la última visita al médico simplemente le habían limpiado los oídos. Informó de que recibía, a intervalos regulares de dos semanas, la ayuda de un servicio asistencial ambulatorio que la ayudaba en las tareas domésticas.

La paciente expresó el deseo urgente de una solución sencilla para la reposición de los dientes ausentes en el primer cuadrante, puesto que quería volver a masticar. Por lo demás, le molestaba el estado de sus dientes anteriores superiores, que describió como muy móviles e inclinados. Indicó que no padecía dolores en los dientes ni en la zona de la boca. Además destacó que practicaba ella misma su higiene oral. La resuelta señora mayor demandó la solución de esta situación insatisfactoria también estéticamente. Se mostró partidaria de la confección inmediata de una prótesis dental, de modo que pudiera evitar en lo posible una segunda visita al odontólogo.

*La perspectiva del familiar:  
mejora de la salud bucal con un coste reducido*

La mujer de edad avanzada acudió a la clínica acompañada de su hijo. Después de haber tomado asiento en el sillón de tratamiento, su hijo no se movió de su lado y permaneció en la sala de tratamiento. En presencia de su madre, expresó el deseo de una compensación de la pérdida dentaria debida a la edad.

El hijo dibujó un perfil distinto de su madre, ya que había rellenado por ella el cuestionario de salud general:

- Unos 15 años atrás, la paciente había sido intervenida bilateralmente a causa de un carcinoma mamario.
- Desde hacía diez años llevaba una prótesis de cadera.

- La hipertensión diagnosticada médicamente se trataba con Tenormin (bloqueante beta 1 selectivo, principio activo atenolol), que era el único medicamento que tomaba la paciente.

- La pérdida de visión se había corregido con unas gafas, pero no se había tratado la deficiencia auditiva.

- Según su hijo, la paciente sufría dolencias articulares inespecíficas, así como trastornos gástricos y digestivos.

- Además, fue calificada por su hijo como «ligeramente demente».

*La perspectiva del odontólogo:  
deseo de una mejora de la calidad de vida*

La primera prioridad del odontólogo debería ser siempre la estimación de la movilidad del paciente de edad avanzada. La paciente se aferró a su hijo durante el trayecto desde la sala de espera a la sala de tratamiento y caminaba apoyándose en un bastón. Pese al apoyo, sus pasos muy cortos transmitían la impresión de un caminar sumamente inseguro y temeroso. La fuerza de su mano al saludar era escasa. Llamó la atención el desasosiego de la paciente al sentarse en el sillón de tratamiento.

Pese a lo que sugería la sensación de inseguridad física, la conversación con la paciente no resultó difícil. Antes al contrario, expresó con decisión su deseo de una restauración dental inmediata, de modo que el odontólogo pudo hacerse una idea de sus capacidades cognitivas. No obstante, percibió la diferencia de que por un lado se perseguía tan solo el cierre de un espacio (deseo subjetivo del paciente) mientras que por otro lado se deseaba una rehabilitación general (deseo subjetivo del familiar). Así pues, el responsable del tratamiento no solo tenía que satisfacer a una persona, sino atender también a los deseos del familiar.

## **Diagnóstico**

*Situación inicial*

La paciente, con falta de peso (índice de masa corporal: 19), no presentaba alteraciones extraorales patológicas. Los maxilares se encontraban en mordida cubierta con mordida palatina traumática. Intraoralmente se observó un edentulismo tratado insuficientemente tanto desde el punto de vista conservador (diversas lesiones cariosas) como del protésico, con plano oclusal no armonioso. Se constató una periodontitis crónica severa (afectación de la furcación en los dientes 17, 27, 37 y 46, movilidad dental de grado III en los dientes 11, 21,



Figuras 1a y 1b. Situación intraoral de la paciente. Se observó un estado desolado de la dentición, con una higiene oral insuficiente y halitosis pronunciada.

34, 32, 31, 41, 42 y 44) en combinación con halitosis pronunciada (figs. 1a y 1b). Debido al nerviosismo y a la colaboración insuficiente de la paciente, no fue posible determinar exhaustivamente el estado periodontal ni realizar radiografías de dientes individuales. En la ortopantomografía, para la cual fue preciso dedicar mucho tiempo en motivar a la paciente, se observó una perforación iatrógena en el diente 34 (figs. 2 y 3).

#### *Situación de la higiene oral*

Diversas inclinaciones dentales y el apiñamiento terciario de los dientes anteriores inferiores dificultaban a la paciente su higiene oral. Un elevado grado de placa y gingivitis constituían indicios clínicamente visibles de una higiene oral deficiente. La paciente tenía poca fuerza en la mano, lo cual también repercutía negativamente en la realización de la higiene oral.

#### *Capacidad funcional odontológica*

La capacidad funcional odontológica<sup>3,7-9</sup> (CFO) es un instrumento de evaluación que permite estimar la capacidad de carga odontológica de un paciente. A partir de los criterios de tratabilidad, aptitud para la higiene oral y responsabilidad propia, la CFO se utiliza para clasificar al paciente en uno de los cuatro niveles de capacidad de carga 1 a 4 (tabla 1). Los aspectos que pueden incorporarse a los distintos criterios de la CFO y conducen al establecimiento del nivel de capacidad de carga son diversos y, a diferencia de las escalas médicas, por ejemplo, la «Activity of Daily Living»<sup>4,6</sup>, incluyen exclusivamente influencias procedentes de la proble-

mática relativa a la boca. Con frecuencia no solo puede accederse a esta información mediante la anamnesis o el examen clínico, sino que también puede recabarse mediante la observación y la comunicación no verbal (tabla 2). La peor valoración dentro de uno de los tres criterios es determinante para la clasificación en un nivel de capacidad de carga<sup>3,7-9</sup> (tabla 1).

Para la paciente se estableció el nivel de capacidad de carga 3 en el marco de la CFO. Uno de los factores determinantes fue la capacidad de carga fuertemente reducida en cuanto al criterio de la tratabilidad. La causa residía, por un lado, en el grado colaboración sensiblemente reducido y en el nerviosismo, los cuales se habían observado ya durante al anamnesis y llevaron a sospechar que no se habrían podido llevar a cabo con éxito sesiones de tratamiento largas. Por otro lado, la paciente mostraba trastornos de demencia incipientes en su comportamiento, y que dificultarían aún más el tratamiento. Además, durante la planificación del tratamiento fue preciso tener en cuenta que la paciente todavía no había sido provista hasta la fecha de ninguna restauración protésica extraíble, y por lo tanto era dudosa su capacidad de adaptarse a un nueva prótesis dental.

Pese a la corrección mediante gafas, la pérdida de visión tuvo que considerarse como un impedimento en cuanto a la aptitud para la higiene oral. Asimismo, el apiñamiento terciario del frente inferior constituía una situación de partida anatómica desfavorable para la higiene oral, cuya realización se veía dificultada adicionalmente por la escasa fuerza en la mano. No se había producido control alguno de la higiene oral por terceros, y la paciente tampoco aceptaría que otra persona se ocupara de su higiene oral.

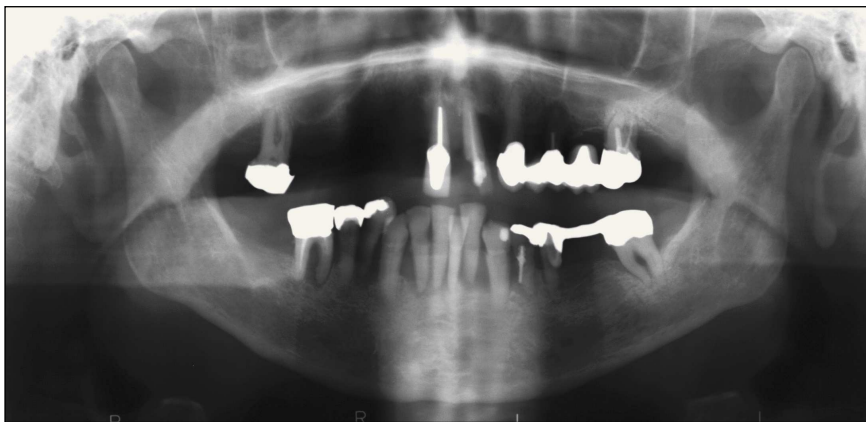


Figura 2. Ortopantomografía de la paciente. Además de la reabsorción ósea horizontal y vertical, se diagnosticó una perforación iatrógena del diente 34.

f	K F ZB I	f	f	f	f	f	K k WF S ZB III	K k WF ZB III	f	K ZB I	BG	K iWF aL	BG	K iWF S ZB I	f
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
f	f	K F iWF aL ZB I	ZB I	aL ZB III	ZB I	ZB III k	ZB III	ZB III	ZB III	ZB III	k iWF S ZB III	K ZB II	f	K F ZB II	f

Figura 3. Situación oral durante el examen inicial de la paciente. aL: lisis apical; BG: pieza de puente; e: diente de reposición prefabricado; f: diente ausente; F: afectación de la furcación; iWF: obturación radicular insuficiente; k: caries; K: corona; S: espiga radicular; W: resto radicular; WF: obturación radicular; ZB I-III: grado de movilidad dental.

La paciente no mostraba ninguna predisposición a acudir a visitas de revisión, no quería concertar sesiones adicionales tras la colocación de la prótesis y prefería acudir ella misma en caso de molestias. No era plenamente consciente de la enfermedad, ya que a su parecer tan solo el primer cuadrante requería tratamiento. Las concertaciones de visitas y otros aspectos administrativos ya habían sido arreglados por el hijo, de modo que debía contarse con un grado de responsabilidad propio fuertemente reducido.

**Diagnóstico médico-científico**

La paciente, de 87 años y falta de peso, era multimórbida (hipertensión, dificultades para caminar, pérdida de visión, prótesis de cadera, estado tras carcinoma mamario), presentaba una movilidad sensiblemente limitada y

un grado de responsabilidad propia fuertemente reducido (era el hijo quien se encargaba de las concertaciones de visitas, los asuntos cotidianos, etc.). La colaboración era escasa y la capacidad de decisión era probablemente reducida. Intraoralmente se observó un edentulismo adulto que había sido objeto de tratamiento conservador y protésico insuficiente, acompañado de periodontitis crónica severa y una higiene oral insuficiente con halitosis pronunciada. Se sospechaba la existencia de un trastorno de adaptación a la prótesis.

**Necesidad de tratamiento**

*Necesidad de tratamiento subjetiva*

Incluso después de habersele explicado con detalle la terapia indicada odontológicamente y sus posibilidades

Tabla 1. La capacidad funcional odontológica con los cuatro niveles de capacidad de carga (NCC 1 a NCC 4) según Nitschke y Hopfenmüller<sup>3,7-9</sup>

Nivel de capacidad de carga (NCC)	Tratabilidad	Aptitud para la higiene oral	Responsabilidad propia
1	Normal	Normal	Normal
2	Ligeramente reducida	Ligeramente reducida	Normal
3	Fuertemente reducida	Fuertemente reducida	Reducida
4	Ninguna	Ninguna	Ninguna

de realización, la paciente deseaba únicamente la rehabilitación protésica del espacio edéntulo en la región derecha del material superior, y a ser posible en una sola sesión. Subjetivamente, la paciente no percibía ninguna necesidad de tratamiento en el resto de la dentición, dado que no padecía dolores y atribuía la disminución de la capacidad masticatoria exclusivamente al espacio edéntulo en el primer cuadrante.

#### *Necesidad de tratamiento objetiva*

##### ***Necesidad de tratamiento objetiva teórica***

La necesidad de tratamiento objetiva teórica es la necesidad odontológica que constata el odontólogo sobre la base de los hallazgos y diagnósticos clínicos. En el curso de una fase de higiene, la paciente debería haberse sometido a una limpieza dental profesional, en combinación con instrucciones sobre higiene oral sobre todo para los familiares. Además de diversas extracciones, posibles tratamientos de conductos radiculares y una terapia de obturaciones en los maxilares superior e inferior, en una primera fase podría confeccionarse una prótesis extraíble provisional que, tras la curación de las heridas de extracción, se sustituiría por una prótesis dental definitiva eventualmente implantosoportada.

##### ***Necesidad de tratamiento objetiva relativizada***

En la necesidad de tratamiento objetiva relativizada se tienen en cuenta la situación oral clínica, la capacidad funcional odontológica<sup>3,7-9</sup> del paciente así como sus diagnósticos de medicina general, incluida la capacidad funcional médica. Debido a la tratabilidad y la aptitud para la higiene oral limitadas de la paciente, así como al grado de responsabilidad propia reducido, en el caso que nos ocupa y tras ponderar todos los factores específicos del paciente se estableció la siguiente necesidad de tratamiento odon-

tológica objetiva relativizada: A fin de prevenir eventuales casos de emergencia, debía otorgarse prioridad a la eliminación de focos de dolor e inflamación potenciales. Además, tras una limpieza dental profesional deberían llevarse a cabo las extracciones y la terapia de obturación necesarias. Por lo demás, era necesario mejorar las funciones masticatoria y de habla así como la estética por medio de una prótesis simple fácilmente ampliable. A fin de mantener la salud bucal recuperada mediante este tratamiento odontológico, era necesario impartir instrucciones sobre higiene oral en las que debía estar presente un familiar.

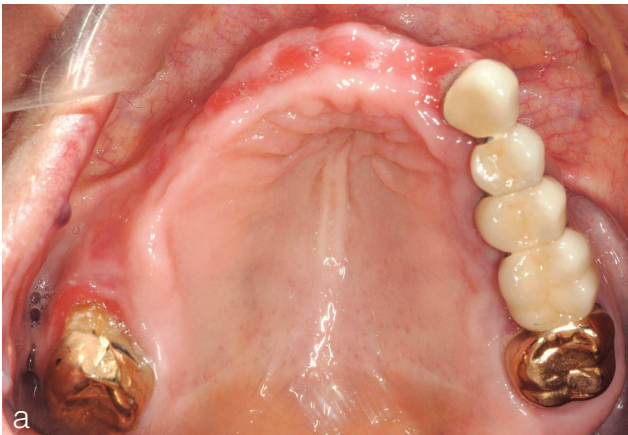
##### **Proceso de decisión sobre el tratamiento y planificación del tratamiento**

###### *Proceso participativo de decisión sobre el tratamiento*

El concepto de la decisión sobre el tratamiento participativa se va abriendo camino también en las clínicas odontológicas. Se ha demostrado que una toma de decisión conjunta relativa al tratamiento a realizar puede influir positivamente en los resultados del tratamiento y el grado de colaboración del paciente<sup>1</sup>. La relación entre el odontólogo y el paciente, es decir, la relación entre el experto en odontología y el profano, viene determinada por ambos lados por diversos factores sociales, médicos, económicos y psicológicos. En el presente caso, la toma de decisión se vio fuertemente marcada por la actitud resuelta de la paciente, así como por su comprensión limitada de la enfermedad y del tratamiento. Durante el proceso de toma de decisión se generó una tensión entre la oferta terapéutica odontológicamente indicada y médicamente defendible, basada en la necesidad de tratamiento objetiva relativizada, y el deseo de la paciente claramente expresado. Era preciso respetar la voluntad de la paciente, por motivos tanto éticos como legales. Si la paciente no quería someterse a extracciones adicio-

**Tabla 2.** Aspectos de la paciente de 87 años que influyeron en su clasificación en el nivel de capacidad de carga 3 de la capacidad funcional odontológica. LDP: limpieza dental profesional

Riesgo de complicaciones médicas generales <ul style="list-style-type: none"> <li>• sin puntos de referencia, por tanto riesgo reducido</li> </ul>	Coordinación <ul style="list-style-type: none"> <li>• motricidad fina fuertemente reducida</li> </ul>	Capacidad de decisión <ul style="list-style-type: none"> <li>• reducida</li> </ul>
Riesgo de interacciones medicamentosas <ul style="list-style-type: none"> <li>• reducido</li> </ul>	Fuerza de limpieza <ul style="list-style-type: none"> <li>• fuerza de agarre limitada</li> </ul>	Identificación de problemas <ul style="list-style-type: none"> <li>• reducida</li> </ul>
Transportabilidad a la clínica odontológica <ul style="list-style-type: none"> <li>• dificultada (ayuda a la movilidad, acompañamiento necesario)</li> </ul>	Capacidad visual <ul style="list-style-type: none"> <li>• pérdida de visión corregida</li> </ul>	Comportamiento en cuanto a visitas <ul style="list-style-type: none"> <li>• renuncia por decisión propia al seguimiento/ revisión odontológicos</li> <li>• comportamiento en cuanto a visitas orientado a urgencias/molestias</li> </ul>
Trasladabilidad al sillón de tratamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• posible con ayuda</li> </ul>	Posibilidad de limpieza <ul style="list-style-type: none"> <li>• dificultada por el espacio edéntulo, el apiñamiento terciario, etc.</li> </ul>	Responsable <ul style="list-style-type: none"> <li>• la paciente está facultada para el consentimiento</li> <li>• estimación de la paciente como «ligeramente demente» por parte del hijo</li> </ul>
Restricciones en cuanto <ul style="list-style-type: none"> <li>• se desea el tratamiento exclusivamente en posición sentada</li> <li>• máximo 1 hora en posición sentada</li> </ul>	Capacidad de aprendizaje/ aplicabilidad de informaciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• fuertemente reducida</li> <li>• predisposición dudosa a la puesta en práctica</li> </ul>	Capacidad de al asiento organización <ul style="list-style-type: none"> <li>• delegada en el hijo</li> </ul>
Posibilidad de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> <li>• clínica/radiológicamente limitada debido a la escasa colaboración y al nerviosismo</li> </ul>	Ayuda por personas encargadas de la limpieza <ul style="list-style-type: none"> <li>• inexistente</li> </ul>	Expresión de voluntad <ul style="list-style-type: none"> <li>• manifestación clara de las necesidades y las expectativas propias</li> </ul>
Comprensión de instrucciones y reproducción de contenidos factuales durante la sesión de tratamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• pérdida de audición</li> <li>• necesidad de repetición múltiple de contenidos factuales</li> </ul>	Control de la higiene oral <ul style="list-style-type: none"> <li>• inexistente</li> <li>• apoyo demasiado infrecuente por la asistencia ambulatoria</li> <li>• no desea revisión odont./LDP</li> </ul>	Asistente/tutor legal <ul style="list-style-type: none"> <li>• inexistente</li> </ul>
Fases prolongadas de apertura de la boca <ul style="list-style-type: none"> <li>• garantizadas</li> </ul>	Compra de los productos de higiene oral <ul style="list-style-type: none"> <li>• no organizada</li> </ul>	Capacidad de comunicación durante el tratamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• limitada debido a barreras idiomáticas/acústicas</li> </ul>
Colaboración <ul style="list-style-type: none"> <li>• reducida, ya que la paciente está inquieta</li> </ul>		Comprensión de la necesidad de tratamiento objetiva <ul style="list-style-type: none"> <li>• ninguna</li> </ul>
Habilidad manual <ul style="list-style-type: none"> <li>• limitada</li> </ul>		
Capacidad de adaptación <ul style="list-style-type: none"> <li>• probablemente reducida</li> </ul>		



Figuras 4a y 4b. Situación intraoral de la paciente durante el control de revisión de la restauración protésica en el maxilar superior (fase 1). La higiene oral continuaba siendo insuficiente. La paciente se adaptó a la prótesis parcial. Durante la sesión de seguimiento para el control de la prótesis del maxilar superior, la paciente expresó el deseo de extracción de los dientes 42 hasta 32 y 34 con movilidad creciente. En virtud de la buena aceptación de la prótesis superior, ahora se atrevía también a utilizar una restauración en el maxilar inferior (fase 2).

f	K F ZB I	e	e	e	e	e	e	e	e	K ZB I	BG	K iWF aL	BG	K iWF S ZB I	f
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
f	f	K F iWF aL ZB I	ZB I	aL ZB III	ZB I	ZB III	ZB III	ZB III	ZB III		k iWF S ZB III	K ZB II	f	K F ZB I	f

Figura 5. Situación oral tras la rehabilitación odontológica parcial en el maxilar superior (véanse abreviaturas en la figura 3). Los cambios con respecto a la situación previa están marcados en amarillo.

nales aparte de la extracción de los dientes en el primer cuadrante, éstas no se llevarían a cabo. No obstante, por motivos puramente legales fue imprescindible informar a la paciente sobre posibles consecuencias o riesgos (neumonía, enfermedades cardiovasculares, peligro de aspiración, etc.) en caso de no llevarse a cabo el tratamiento.

Como norma general, es recomendable mantener la conversación de decisión sobre el tratamiento no solo con el paciente afectado, sino informando también adecuadamente a los familiares. En caso de un deseo del paciente no se corresponda con el estándar odontológico ni sea aceptable jurídicamente, el odontólogo no debería dejarse convencer para realizar tratamientos profesionalmente cuestionables por una generosidad bienintencionada. Dado que la complejidad en la gerontoestoma-

tología requiere a menudo tratamientos límite desde la perspectiva de la práctica cotidiana normal en la clínica, es aconsejable discutir de forma sumamente exhaustiva con el paciente y sus familiares y documentar perfectamente todas las decisiones sobre tratamientos que se aparten del procedimiento habitual.

#### *El concepto de la prótesis ampliable*

Para la rehabilitación de la paciente se aplicó el concepto de la prótesis ampliable. El objetivo es confeccionar una nueva prótesis en la que los dientes protésicos se monten allí donde se encontraban los dientes recién extraídos, de modo que no se dificulte la adaptación para la paciente. El concepto permite confeccionar una próte-



Figura 6a. Situación intraoral tras la extracción de los dientes 11 y 21 así como 42 hasta 32.



Figura 6b. Vista de la dentición en el maxilar inferior tras la extracción de los incisivos y del diente 34.



Figura 6c. Rehabilitación de la paciente mediante prótesis parciales, con relleno por motivos de deficiencias de higiene de los espacios interdetales aquí todavía abiertos.

f	K F ZB I	e	e	e	e	e	e	e	e	K ZB I	BG	K iWF aL	BG	K iWF S ZB I	f
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
f	f	e	ZB I	e	ZB I	e	e	e	e	e	e	e	e	e	f

Figura 7. Situación oral durante el examen final (véanse abreviaturas en la figura 3). Los cambios con respecto a la situación inicial están marcados en amarillo.

sis que puede ampliarse en pequeños pasos, partiendo de una prótesis parcial pequeña y mediante las ampliaciones pertinentes, a una prótesis parcial más grande y en última instancia a una prótesis completa. Mediante este procedimiento, resulta posible reducir en pequeños pasos las dificultades de adaptación. En caso de aceptación limitada de la nueva restauración dental, los cambios introducidos en el sistema orofacial no repercuten tan intensamente en la calidad de vida. Este tratamiento está indicado sobre todo en pacientes pertenecientes al nivel de capacidad de carga 3, en quienes no tendrían éxito reconstrucciones ambiciosas. Sin embargo, ello requiere que no sean necesarias extracciones inmediatas por motivos médicos. No obstante, la conservación de dientes remanentes debería ser defendible médicamente y no debería conducir a daños secundarios (por ejemplo, procesos agudos). Este concepto es aplicable también en pacientes que no den su consentimiento para un tratamiento más ambicioso mediante extracciones adicionales o que no manifiesten una comprensión del tratamiento en cuanto a una rehabilitación general. De este modo es posible atender a

los intereses divergentes del paciente y del odontólogo. Naturalmente, la principal ventaja reside en la facilidad de ampliación de la restauración<sup>3</sup>.

En el presente caso, la paciente había manifestado claramente que en este momento no deseaba grandes cambios (necesidad de tratamiento subjetiva). Sin embargo, el pronóstico de los dientes remanentes debió calificarse como malo. Probablemente no habría podido evitarse a largo plazo la restauración con una prótesis completa en el maxilar superior, a no ser que mejorara sustancialmente la higiene oral. Por lo tanto, estaba indicado un procedimiento gradual que tuviera plenamente en cuenta la necesidad de tratamiento subjetiva durante la primera fase del tratamiento.

Debieron discutirse también la renuncia a confeccionar una prótesis esquelética y la consiguiente rehabilitación protésica sencilla de los maxilares parcialmente edéntulos: dado que la paciente todavía no había tenido ninguna experiencia con prótesis dentales extraíbles, pero presentaba una edad avanzada y limitaciones cognitivas, existía el riesgo de un trastorno de adaptación a la prótesis. De todos modos, debido a la higiene oral



insuficiente y a los ya pronunciados daños periodontales no podía darse un buen pronóstico a largo plazo para los dientes pilares. En cambio, las prótesis parciales provistas únicamente de una base de resina podrían ampliarse en cualquier momento y sin gran esfuerzo y, en caso de un tiempo de utilización prolongado, podrían adaptarse fácilmente a la zona de apoyo de la prótesis. En caso de mejora de la higiene oral mediante la intervención de otras personas que se ocuparan de la limpieza, la participación en un programa de prevención estructurado en la clínica y el consentimiento a las extracciones adicionales necesarias, con los conocimientos obtenidos durante la primera experiencia de adaptación se podría decidir sobre una restauración dental de mayor calidad.

### Tratamiento y examen final

Tras la extracción de los dientes 11 y 21 en un primer paso con el consentimiento de la paciente, pudo colocarse una restauración protésica fácilmente manipulable y ampliable. Sin embargo, la paciente no accedió a la extracción del diente 25 acompañada de la conservación de la construcción de puente existente en el segundo cuadrante, que habría estado indicada odontológicamente para la prevención de complicaciones y riesgos para la salud (figs. 4 y 5). La paciente se adaptó rápidamente y mejor de lo esperado por el odontólogo a la prótesis parcial confeccionada.

Durante el tratamiento en el maxilar superior se incrementó el grado de aflojamiento de los dientes anteriores inferiores hasta tal punto que finalmente la paciente estuvo de acuerdo con la extracción de los cuatro incisivos inferiores y del diente 34. En virtud de la buena aceptación de la prótesis superior, la paciente se atrevió ahora también a llevar una restauración en el maxilar inferior, y demandó inmediatamente la prótesis necesaria para ello. Después de informar nuevamente a la paciente sobre el tratamiento indicado odontológicamente, accedió mediante un «consentimiento informado» también a la extracción de los dientes posteriores no conservables en el tercer y el cuarto cuadrantes. Por lo tanto, en un segundo paso se pudo colocar también una prótesis parcial fácilmente manipulable en el maxilar inferior. La higiene oral continuaba siendo insuficiente.

Alrededor de tres semanas después de la confección se rebasó la prótesis superior durante la colocación de la prótesis inferior, a fin de compensar procesos de reabsorción de la cresta alveolar. La paciente acudió nuevamente para un control de seguimiento para el tratamiento de puntos de presión, pero posteriormente se aferró a



Figuras 8a y 8b. Fotografías frontales de la paciente antes y después de la conclusión del tratamiento y de la rehabilitación protésica de los maxilares superior e inferior conforme al concepto de la prótesis ampliable.

su principio de acudir por su propia iniciativa y renunciar a la inclusión en un sistema de revisión (figs. 6 y 7).

### Satisfacción del paciente y fin del tratamiento

Afortunadamente, la paciente no presentó ningún tipo de dificultades de adaptación anómalas (figs. 8a y 8b) se mostró satisfecha con la nueva restauración. Aparte de la sesión de seguimiento anteriormente mencionada, no volvió a presentarse en el marco de un tratamiento de urgencia ni para un rebase, ni para la eliminación de puntos de presión ni para la limpieza de dientes ni de la prótesis. Declinó la invitación a incluirse en un programa de seguimiento. La paciente falleció un año después de la conclusión del tratamiento.

### Recapitulación

La restauración aquí presentada, que en principio se antoja muy sencilla considerando las posibilidades técnicas actuales, es el resultado del diagnóstico odontológico, pero también de las capacidades funcionales y cognitivas del paciente de edad avanzada. Poco antes del fin de la vida disminuyen tanto la capacidad de aprendizaje y pensamiento como la capacidad de resolver problemas<sup>5</sup>. La fase que precede a la muerte, que en determinadas circunstancias puede prolongarse varios años y se caracteriza por disminuciones aceleradas de las capacidades, se denomina también «declive terminal». Dentro de esta fase de manifiestan grandes diferencias entre individuos<sup>10</sup>. Existen diversos modelos dedicados a la interrelación entre la disminución de las capacidades

cognitivas y la mortalidad. Wilson et al.<sup>10</sup> parten de la premisa de que tanto la disminución de las capacidades cognitivas como la mortalidad reflejan un proceso de degradación general. Como consecuencia, la disminución de la cognición conduce indirectamente al empeoramiento del estado de salud, puesto que los pacientes, por ejemplo, hacen uso en menor medida de las posibilidades de tratamiento médico.

El objetivo del tratamiento durante todos los estadios hasta la muerte es la obtención de la mejor calidad de vida posible<sup>2</sup>, siendo la calidad de vida relativa a la salud bucal un aspecto parcial de ésta. El tratamiento anteriormente descrito se llevó en pequeños pasos, y la paciente se mostró satisfecha con la restauración odontológicamente sencilla. Pese a su edad avanzada, a la multimorbilidad y al hecho de que se trataba de una primera restauración, no se produjeron problemas de adaptación. Podrían haberse ampliado las prótesis en cualquier momento sin dificultades aunque la paciente hubiera sido ingresada en un asilo o centro asistencial. La prótesis ampliable constituye un elemento de tratamiento sencillo pero importante en la atención gerontostomatológica al final de la vida.

## Bibliografía

1. Bauer JG, Spackman S, Chiappelli F, Prolo P, Edgerton M. Issues in dentistry for patients with Alzheimer's-related dementia. *Long Term Care Interface* 2005;6:30-37.
2. Bausewein C, Roller S, Voltz R, Albrecht E. Konzept der Palliativmedizin. In: Bausewein C, Roller S, Voltz R (Hrsg). *Leitfaden Palliativmedizin – Palliative Care*. München: Urban & Fischer, 2007:2-56.
3. Ilgner A, Nitschke I, Reiber T. Aspekte der zahnärztlichen prothetischen Versorgung im Alter. In: Müller F, Nitschke I (Hrsg). *Der alte Patient in der zahnärztlichen Praxis*. Berlin: Quintessenz, 2010:205-211.
4. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983;31:721-727.
5. Kleemeier RW. Intellectual changes in the senium. *Proceedings of the American Statistical Association* 1962;1:290-295.
6. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14:56-61.
7. Marxkors R, Nitschke I. Gerontoprothetik. In: Marxkors R (Hrsg). *Lehrbuch der zahnärztlichen Prothetik*. 5. Aufl. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2010.
8. Nitschke I. Zur Mundgesundheit von Senioren – Ein epidemiologischer Überblick über ausgewählte orofaziale Erkrankungen und ihre longitudinale Betrachtung. *Habilitationsschriften der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*. Berlin: Quintessenz, 2005.
9. Nitschke I, Hopfenmüller W. Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen. In: Lindenberger U, Smith J, Mayer KU, Baltes PB (Hrsg). *Die Berliner Altersstudie*. 3. Aufl. Berlin: Akademie Verlag, 2010:453-472.
10. Wilson RS, Beck TL, Bienias JL, Bennett DA. Terminal cognitive decline: accelerated loss of cognition in the last years of life. *Psychosom Med* 2007;69:131-137.