

El equipo combinado lo puede



Optosil
Pasta de
preimpresión ideal
para la prótesis.
Ningún error en la
toma de impresión
y en la
elaboración del modelo.
Optosil, base
segura para su prótesis.



Xantopren azul

Siempre que se requiere evitar toda alteración
de la impresión.
Sobre la superficie laqueada quedan exactamente impresos
los más finos contornos. Optosil+Xantopén azul constituyen
el equipo combinado.

La exacta seguridad



Dental

INTRODUCCION.

Cada día cobra mayor interés el estudio del paciente de edad avanzada, puesto que el promedio de vida en las últimas décadas ha aumentado considerablemente, ubicándose en la actualidad entre los 65 y 70 años.

La población de más de 65 años crece tres veces más que la comunidad. El estudio comparativo realizado en nuestro medio, entre los pacientes de más de 65 años desde 1908 hasta 1973, es más que demostrativo. En el censo nacional de 1908 había un 3 % de personas de más de 65 años en la población total; en el censo de 1963, 8 % y en la última encuesta de hogares de 1973 los valores ascendieron a 10,5 %.

Es indudable que muchas de esas personas son portadoras de prótesis o necesitan de ellas.

El desdentado es uno de los problemas estomatológicos más grandes y el tratamiento protético fracasa en un gran porcentaje.

No todos los problemas son imputables a lo técnico o a las condiciones particulares de la cavidad oral, sino que gran parte de los fracasos resultan del desconocimiento por parte del odontólogo de la característica individual que presentan los ancianos desde el punto de vista orgánico y psíquico.

Todas estas variaciones son estudiadas por la gerontología y geriatría.

La gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento normal, mientras que la geriatría es la que estudia el envejecimiento patológico.

Muchas veces es difícil determinar el límite entre el envejecimiento normal y el patológico.

El envejecimiento debe ser tomado en

tonces desde dos puntos de vista: biológico y patológico.

El envejecimiento biológico es un proceso irreversible e inevitable de normal desenvolvimiento que lleva a imperfecciones de las funciones orgánicas.

Desde el punto de vista patológico es un proceso autodestructivo, tal vez por auto-inmunidad o por acumulación de experiencias traumáticas asociadas con la vida misma o con enfermedades.

Cambios en el envejecimiento.

- I) Cambios orgánicos.
- II) Cambios psíquicos.

1) *Cambios orgánicos.*

Se manifiestan en todo el organismo. Las funciones fisiológicas se retardan gradualmente ya desde los 25 a 30 años hasta la muerte. Disminuye el metabolismo y la elasticidad de los tejidos; hay atrofia y degeneración tisular.

Todos estos cambios producen además trastornos en la nutrición. La aclorhidria, la disminución de la actividad hepática y enzimática perjudican la digestión y absorción de alimentos.

También las consecuencias se observan en: huesos, músculos, piel, sistema nervioso, sentidos, habla, etc.

En los huesos.— La altura corporal disminuye por menor erección, degeneración progresiva de las vértebras y discos cartilagosos intervertebrales.

En los músculos.— Hay sustitución de fibras musculares por tejido conectivo, por lo que disminuye la propiocepción y la eficacia muscular.

Disminuye el agua y las proteínas; hay espasmos musculares; los músculos se hacen

Adjunto de Prótesis Completa. Facultad de Odontología, Montevideo.

rígidos, lo que trae los trastornos motrices de los ancianos.

En la piel.— Cambia el color y la textura. Se hace reseca, disminuye la secreción sebácea, se reduce el tejido graso. La piel pierde elasticidad y aparecen las arrugas que se agravan con la atrofia muscular.

En el sistema nervioso.— En el sistema nervioso central los cambios degenerativos se agravan por la degeneración del sistema vascular cerebral. Las alteraciones mayores se observan en las estructuras más complejas.

Aumenta el umbral y se dificulta el aprendizaje.

En el sistema nervioso periférico se reduce la capacidad táctil y la percepción de la sensibilidad.

En los sentidos.— Disminuye la audición, visión, gusto y olfato.

En el habla.— La voz pierde poder, cambia el tono por alteración de las cuerdas vocales. Además el habla se hace sin coordinación y programación.

Tampoco faltan las alteraciones orgánicas en la boca y otras estructuras del sistema estomatognático:

- 1) Atrición dentaria.
- 2) Pérdida de dientes.
- 3) Atrofia alveolar.
- 4) Cambios en la mucosa oral.
- 5) Cambios en la lengua.
- 6) Cambios en las glándulas salivares.
- 7) Cambios en las articulaciones temporomandibulares.

1) *Atrición dentaria.*— Actualmente no es tan marcada por el cambio de alimentación.

2) *Pérdida de dientes.*— Hasta los 50 años se pierden por caries y paradenciopatías y luego se invierte el porcentaje. A la pérdida de los dientes se relaciona standard de vida, educación, habilidad personal en el cepillado, etc.

3) *Atrofia alveolar y basal.*— Si no se elimina la placa, con la edad se acelera la atrofia alveolar marginal.

Con la pérdida de dientes hay reabsorción y remodelación del reborde alveolar.

La reabsorción se agrava con la osteoporosis senil y una nutrición deficiente.

4) *Cambios en la mucosa oral.*— Son el resultado de los cambios metabólicos y alteraciones en el balance del agua.

Disminuyen los capilares y por consiguiente disminuye la irrigación, lo que retarda la micronutrición, perjudicándose así la capacidad regenerativa.

La mucosa se hace frágil y toma aspecto brillante.

5) *Cambios en la lengua.*— Se deben generalmente a problemas en la nutrición y sobre todo a carencias de vitamina B.

6) *Cambios en las glándulas salivales.*— La atrofia de las glándulas trae xerostomía. Las consecuencias son disminución de la higiene, aumento de caries y paradenciopatías.

En los portadores de prótesis puede haber sensación de quemazón.

7) *Cambios en la A.T.M.*— No hay certeza respecto a cambios degenerativos. En los ancianos es común la artritis reumatoidea, enfermedad sistémica relacionada con el colágeno.

II) *Cambios psíquicos.*

A todas esas alteraciones tisulares y metabólicas se suma el deterioro psíquico, que es menor cuanto mayor es el desarrollo intelectual, porque hay una mejor compensación.

Hay pérdida de interés por aprender, pérdida de imaginación, rigidez de pensamiento, egoísmo, impaciencia, impertinencia.

Por esto muchas veces es más difícil adecuarnos a la personalidad del paciente que hacer las prótesis mismas.

Importancia de las prótesis de los ancianos.

Siempre se habla de la importancia de las prótesis como rehabilitadoras del sistema estomatognático desde el punto de vista fonético, estético, psíquico, masticatorio. Pero poco se dice con respecto a su rol gustativo y en la nutrición.

Rol gustativo.

La lengua presenta diferentes regiones gustativas. Los botones gustativos son estimulados por los cambios químicos que se producen cuando la masticación es vigorosa.

Si esa masticación es deficiente por falta de prótesis y se comen entonces alimentos blandos, el estímulo no es suficiente. Se pierde el placer de comer y el apetito.

Rol en la nutrición.

Los dientes naturales o artificiales no son esenciales para la alimentación, pero se consigue con ellos un nivel nutricional óptimo y por lo tanto mejor condición de salud y defensa.

Nutrición en el envejecimiento.

Los nutrientes principales son: proteínas, hidratos de carbono, vitaminas, minerales, agua.

Proteínas.— A medida que se envejece se requieren más proteínas por kilo de peso corporal. En una nutrición óptima son necesarios 1,4 gramos de proteínas diarias. La ingestión debe ser diaria porque las proteínas no se almacenan. El exceso no produce daño y su carencia da trastornos:

a) Disminuye la producción de anticuerpos y por lo tanto disminuye la resistencia a las infecciones.

b) Puede dar anemia.

c) Disminuye la reacción ante los estímulos pues son de necesidad crítica en la transmisión de impulsos nerviosos.

d) Se retarda la recuperación de los tejidos.

A este respecto es importante la reacción de los tejidos de soporte osteomucoso ante las prótesis. Experimentalmente se ha probado que en pacientes con correcta dieta en proteínas, 15 días antes de la instalación de las prótesis y durante el período de adaptación, las sesiones de retoques son menores.

Hidratos de carbono.— Por razones económicas o carencias de dientes, común-

mente se sustituyen las proteínas por hidratos de carbono. Se aumentan así las calorías, siendo menor la necesidad en los ancianos.

—25 años 3.000 calorías diarias.

—65 años 2.500 calorías diarias.

Lípidos.— El consumo de grasas animales aumenta enfermedades degenerativas como la arterioesclerosis.

Minerales y vitaminas.— Son fundamentales para los procesos químicos orgánicos.

Agua.— Antes se pensaba que la deshidratación de los órganos y tejidos en general era normal en los ancianos. Pero se ha demostrado que el líquido extracelular y el volumen plasmático deben ser constantes. Se puede sobrevivir semanas sin comer pero la falta de agua lleva a la muerte en pocos días.

CONCLUSIONES.

1) Para el tratamiento protético de los pacientes de edad avanzada es fundamental conocer sus condiciones particulares desde el punto de vista orgánico y psíquico.

2) Es necesario saber orientar a los ancianos con respecto a una dieta equilibrada y donde debe buscar las fuentes de los nutrientes de acuerdo a sus condiciones. Su alimentación llegará a ser óptima cuando se restablezca la función masticatoria, con aparatos protéticos correctamente integrados a sus características orgánico-psíquicas.

SUMMARY.

1) In all prosthodontic treatment of ageing patients is very important to bear in mind their particular conditions, both from the organic and psychological point of view.

2) It is necessary to guide geriatrics with respect to a balanced diet, and the way of searching their nutritional foundations according to their lacking conditions.

3) Utmost results may be obtained when restoring the masticatory function with properly integrated dentures, both to their organic and psychological situation.

BIBLIOGRAFIA.

1. SHARRY, J. J.—*Complete Denture Prosthodontics*. 1962.
2. JOSEF BÖJER.—*Asistencia al curso*. Geriatria-Gerontología. 12-16, mayo 1975.
2. JOSEF BÖJER.—*Asistencia al curso*. Geriatria-Rassegna, Vol. 7, Nº 1, 1974.
4. A. ST. FRANKS.—*Bjorn Hedegard*. Geriatric Dentistry. 1973.
5. JAMES BARONE.—*La nutrición en pacientes desdentados*. J. Prosth. Dent., Nº 5, 804, 1965.
6. S. DREIZEN.—*Nutrición. Cambios en la cavidad oral*. J. Prosth. Dent., Nº 8, 1144, 1966.
7. MICHMAN.—*Geriatria, evaluación, efectos psicológicos*. J. Prosth. Dent., Nº 3, 517, 1962.
8. YASUO HAMADA.—*Estudios experimentales. Influencia de la pérdida de dientes en el peso corporal y mucosa gástrica*. Nippon Dental College, Vol. 4, 1967.
9. MELOHER y BOWEN.—*Biology of the periodontium*. Pág. 86.