

TRATAMIENTO ORTODÓNCICO DEL ADULTO MAYOR ¿POR QUÉ ORTODONCIA EN EL ADULTO MAYOR?

DRA. BEATRIZ LEWKOWICZ

Directora de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar del Ateneo Argentino de Odontología.

RESUMEN

La ortodoncia está cambiando su práctica en la medida en que aumenta la demanda de atención del adulto mayor.

En nuestro criterio los rasgos que la caracterizan y diferencian de los tratamientos de ortodoncia a pacientes jóvenes son:

Los objetivos terapéuticos :

- Neutralizar y/o bloquear la declinación de las estructuras.
- Lograr un equilibrio estabilizador entre estructuras y funciones.
- Armonizar la oclusión con las estructuras articulares, ATM, y la estructura miofuncional del sistema estomatognático.

La planificación y secuencia terapéutica:

- Tratamiento interdisciplinario, integrando la ortodoncia a las demás especialidades odontológicas: periodoncia, odontología restauradora y la rehabilitación protética.

PALABRAS CLAVE Envejecimiento. Declinación del aparato estomatognático. Problemas estructurales. Declinación funcional. Estética del rostro y de la sonrisa. Ortodoncia. Rehabilitación protésica. Prótesis implantoasistida.

ABSTRACT

Orthodontics is changing its practice as the attention to late adults is growing.

Under our view, the features that characterize and differentiate them from the orthodontic treatment in young adults are:

The therapeutic aims.

- To neutralize and block the declination of structures.
- To achieve a stabilizing balance between the structures and the functions
- To harmonize the occlusion with the temporomandibular joints (TMJ) and the myofunctional structure of the stomatological system.

The therapeutic planning and sequence

- Interdisciplinary treatment, integrating Orthodontics to the other Orthodontic specialities: Periodontics, Restorative Orthodontics and Prosthetic Rehabilitation.

KEYWORDS Aging. Decline of the stomatological system. Structural problems. Functional decline. Face and smile aesthetics. Orthodontics. Prosthetic rehabilitation. Implant-assisted prosthesis.

¿QUÉ ES ENVEJECER?

Es la consecuencia de los efectos adversos determinados por el paso del tiempo

· Envejecimiento primario

Intrínseco del organismo (causas genéticas). Conduce a la declinación de las funciones

· Envejecimiento secundario

Factores externos (traumas-enfermedades adquiridas). Conduce a defectos e incapacidades

La necesidad de tratamiento médico-odontológico se encuadra en el concepto de llegar a la vejez con la mejor calidad de vida: la vejez no debe ser inválida.

Desde lo biológico, el envejecimiento es un proceso no ligado a la enfermedad.

En las últimas cuatro décadas la expectativa de vida aumentó veinte años:

7 millones de argentinos tienen más de sesenta años.

La encuesta nacional sobre calidad de vida de los adultos mayores, realizada por el Indec, en colaboración con el Ministerio de Bienestar Social, durante el año 2012 entrevistó a 4656 personas mayores de sesenta años.

- El resultado arrojado fue el siguiente:
- El 14,3% de la población tiene más de 60 años.
 - El 66% de adultos declara ser jefe de hogar.
 - El 60% realiza actividad física regularmente.
 - El 76,5% declara tener una salud buena y/o excelente.
 - El 78% expresa estar satisfechos con la vida.
 - Más del 90% manifestó tener una vida socialmente independiente.
 - 6 de cada 10 personas dijeron que era posible volver a enamorarse (1).

Este informe revela que un alto porcentaje de la población vive la vejez activo/a y con autonomía.

La ciencia y la medicina participan en gran medida de este cambio de paradigma.

También, la odontología ha experimentado cambios importantes que permiten el mantenimiento de la dentadura natural hasta edades avanzadas. La ortodoncia en adultos mayores hace un aporte interesante hacia ese objetivo.

PAPEL DE LA ODONTOLOGÍA

Nuestra responsabilidad como agentes de salud es compensar los efectos adversos determinados por el paso del tiempo en el sistema estomatognático. El objetivo de la odontología es bloquear el camino hacia la complejización de los problemas estructurales y funcionales que lleve a la claudicación del sistema, provocando un alto impacto en estética-salud y bienestar.



EL ENVEJECIMIENTO-DECLINACIÓN DEL APARATO ESTOMATOGNÁTICO. LISTADO DE PROBLEMAS ESTRUCTURALES. DECLINACIÓN FUNCIONAL

La ortodoncia está cambiando su práctica en la medida que aumenta la demanda de atención del paciente adulto mayor.

Los adultos son pacientes cooperadores que tratamos en un momento de declinación de las estructuras dentarias –periodontales – óseas – articulares.

Ellos tienen una larga vinculación con la odontología, que no siempre es satisfactoria. Presentan espacios edéntulos, abrasiones, antiguas restauraciones, periodonto reducido, secuelas de enfermedad periodontal, etc.

Los problemas estructurales inciden en las funciones de masticación-respiración-deglución-fonación con resultados negativos en la salud y bienestar psicosocial.

Sirva de ejemplo recordar que el primer momento de la digestión se realiza en la boca. La deficiencia masticatoria tiene efectos negativos sobre el estado nutricional, incide en la elección de la dieta y en la alta frecuencia de desórdenes gastrointestinales.

Las persistencias de hábitos disfuncionales actúan sobre las estructuras envejecidas con mayor capacidad destructiva.

La persistencia de hábitos parafuncionales como el bruxismo, las alteraciones de la relación estática y cinemática de la oclusión provocan daños importantes en las estructuras dentarias y de soporte (facetar-movilidad) y lesiones en la articulación témporo mandibular. “Son pacientes que en general necesitan tratamientos interdisciplinarios”.

El objetivo terapéutico es lograr “una oclusión fisiológica estable, adaptada a las funciones”.

Una oclusión estructural y funcionalmente armónica permite cumplir con eficiencia las funciones del sistema estomatognático.

PAPEL DE LA ORTODONCIA Y ROL DEL ORTODONCISTA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL APARATO ESTOMATOGNÁTICO DEL ADULTO MAYOR

La atención del adulto mayor plantea nuevos retos al ortodoncista.

Son pacientes que, en general, necesitan tratamientos interdisciplinarios. En consecuencia, demandan del ortodoncista:

1. Conocimiento actualizado de las distintas disciplinas odontológicas: periodoncia, endodoncia, implantes, y recursos de la odontología restauradora.
2. Capacitación para integrar el equipo de salud interpretando un nuevo rol.

Esta integración comienza con el diagnóstico, coordinando objetivos sigue con la organización de la secuencia terapéutica y continua con el seguimiento y controles postratamiento.

Como señalamos, el objetivo del tratamiento ortodóncico integrado a otras especialidades es lograr una oclusión estable adaptada a las funciones, en un rostro y sonrisa armónica acorde a la edad y a la percepción del paciente sobre su estética.



Imagen 2 Paciente adulto mayor con tratamiento interdisciplinario ortodoncia-protésica Pretratamiento

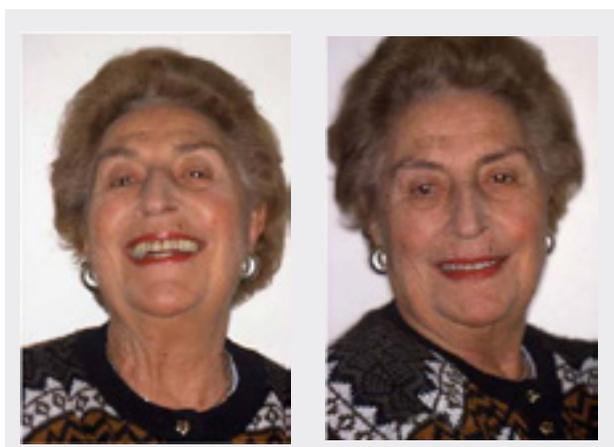


Imagen 3 Postratamiento

Quiero recordar al Dr. Vincent Kokich, fallecido recientemente, reiterando sus consejos:

“En el adulto mayor debe establecerse objetivos de tratamiento realista”; “Los objetivos de tratamiento realistas encajan en tres categorías”.

Deben ser económica, oclusal y restauradoramente realista.

Si bien debemos considerar la relación estructura-función como un par interactuante, de mutua influencia e íntimamente relacionados; a los fines de facilitar la comunicación los analizaremos por separado.

En esta primera nota, nos centraremos en las decisiones clínicas de pacientes con predominio de problemas en las estructuras dentarias y periodontales.

En un próximo artículo analizaremos la conducta terapéutica en los casos clínicos con alta incidencia de problemas funcionales.

DEMANDA ESTÉTICA (2)

- ESTÉTICA DEL ROSTRO Y DE LA SONRISA
- PROBLEMAS DE LAS ESTRUCTURAS

PROBLEMAS DE LAS ESTRUCTURAS

- ALVEOLODENTARIAS

La cuestión del equilibrio y la armonía facial en ortodoncia ha sido y sigue siendo eje importante del objetivo del tratamiento ortodóncico.

ESTÉTICA DEL ROSTRO Y DE LA SONRISA

Cuando hablamos de estética debemos diferenciar la percepción del paciente y del especialista. La percepción propia y/o de otros acerca de la apariencia, particularmente de la cara, afecta la conducta social del individuo, independientemente de la edad.

En la práctica ortodóncica no es mucho lo que podemos hacer por la estética del rostro, y muy especialmente en el adulto mayor. Los cambios significativos quedan reducidos a la posición de los labios y su relación con nariz y mentón.



Imagen 4 Pretratamiento



Imagen 5 Postratamiento. Los cambios estéticos del rostro quedan reducidos a la relación de los labios con nariz y mentón.

Los labios están directamente afectados por la protrusión e inclinación de incisivos superiores e inferiores, que responden rápidamente al tratamiento ortodóncico. De allí que el mantenimiento del grupo incisivo, con soporte alveolar que por lo menos cubra 1/3 de las raíces, o con el aporte de implantes, cobra importancia para lograr una adecuada relación con la protrusión del mentón y la nariz, evitando el denominado “perfil de bruja”, sinónimo de rostro de viejo, caracterizado por una protrusión del mentón y nariz y una retrusión de marcada de los labios.

Esta situación se manifiesta con mayor incidencia en el tipo facial braqui. Son pacientes que tienen tendencia a la pérdida de la altura vertical del tercio inferior del rostro, agravada si está acompañada por espacios edéntulos en los sectores posteriores. Y el grupo incisivo recibe el impacto del primer contacto en el momento del cierre motivando desde lesiones de sus estructuras a su pérdida (ver imagen 1).

ESTÉTICA DE LA SONRISA

Dientes, desgastados o abrasionados, márgenes gingivales, desiguales, ausencia de papilas interdentarias, pone en riesgo el objetivo estético después del retiro de los brackets.

Pasaremos a analizar las particularidades y su tratamiento:

Normalmente la línea gingival de la sonrisa se reduce con la edad, el labio del paciente al sonreír no se mueve hacia arriba.

En consecuencia, la inserción gingival incide escasamente en la estética de la sonrisa.

ARMONIZACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL

EVALUACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL –DECISIONES TERAPEÚTICAS

Si al sonreír, la evidencia de la discrepancia es notoria instruir o extraer una pieza dentaria también es un recurso para nivelar el margen gingival, la decisión terapéutica esta asociado a:

TRATAMIENTO DE LAS ABRASIONES DE LOS BORDES INCISALES

Las abrasiones se aprecian mejor desde oclusal, si un diente es más ancho que el homólogo en sentido vestibulo-lingual puede indicar que ha sido desgastado y que el diente ha sobreerupcionado.

En esta situación el mejor método para corregir la inserción gingival es la intrusión de la pieza extruida y la restauración del borde incisal. “La intrusión

se debe realizar por lo menos 6 meses antes del retiro de brackets, para permitir la reorientación de las fibras principales del periodonto y se evita la extrusión después del retiro de la aparatología”.



Imagen 6 Derivada por periodoncista. Grave apiñamiento dentario inferior. La línea gingival de la sonrisa se reduce con la edad.



Imagen 7 Derivada por periodoncista. Grave apiñamiento dentario inferior. Recesión gingival incisivos superiores e inferiores-abstracciones caninos y premolares superiores-facetitas incisales.



Imagen 8 Extracción 4.2- armonización y alineamiento grupo incisivo-restauración del borde incisal.



Imagen 9 Hablando y sonriendo postratamiento.

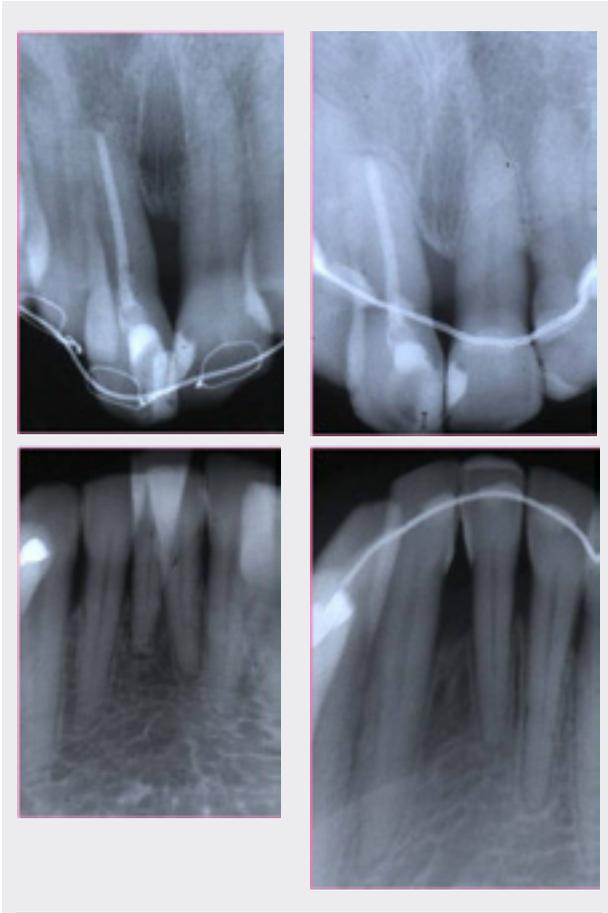


Imagen 10 Control radiográfico pre y postratamiento.

GINGIVECTOMÍA RECEPTIVA

La decisión está precedida por la necesidad de evaluar la profundidad del surco a la unión ameloementaria. Con una bolsa mayor de 2 mm estaría indicada una gingivectomía receptiva para mover hacia apical el margen gingival del diente más corto. Así se desplaza su margen gingival y se elimina la discrepancia gingival.

Si el hueso está cerca de la unión ameloementaria será necesaria la remodelación ósea, situación poco frecuente en el adulto mayor.

TRONERAS. FALTA DE PAPILAS INTERDENTARIAS

En pacientes con historia periodontal y destrucción de la cresta ósea, la ausencia de la papila es irreversible, dejando en evidencia troneras interdientarias.

Esta situación debe preverse antes de la terminación del tratamiento aplanando las caras interproximales desplazando más apicalmente el contacto interproximal.

Observar que la contención fija, sigue el contorno del reborde alveolar, objetivo permitir el cepillado interdentario.



Imagen 11 Paciente con periodonto reducido y normalizado - troneras interdientarias. Punto contacto transformada en superficie interproximal. Desplazamiento apical del contacto interproximal.



Imagen 12 Contención fija Twist Flex superior-inferior.



Imagen 13 Radiografía postratamiento. La contención sigue el contorno del reborde alveolar.

PROBLEMAS DE LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS - TRATAMIENTOS ORTODÓNCICOS-PROTÉSICOS

Estos pacientes presentan, facetas de desgaste, fracasos de restauraciones, inclinaciones dentarias, múltiples espacios edéntulos, con pérdida de la alveolar, por extracciones antiguas, problemas o secuelas de lesiones periodontales etc., en consecuencia el tratamiento de su oclusión siempre debe considerarse como un tratamiento interdisciplinario integrando la ortodoncia a la periodoncia, la endodoncia y la odontología restauradora.

Esto significa que la planificación terapéutica desde el diagnóstico, tratamiento, contención y seguimiento post-tratamiento requiere el manejo interdisciplinario.

El equipo de especialistas debe planificar objetivos realistas estableciendo la secuencia de interacción de los diferentes especialistas". (3)

CRITERIOS PARA LA PLANIFICACIÓN TERAPEÚTICA

En el paciente adulto mayor el objetivo es lograr relaciones contactantes y no contactantes armónicas, objetivo que escapa a la idea tan consolidada en nuestra especialidad de considerar la clase I molar como sinónimo de salud funcional y estabilidad de la oclusión. Recordemos que ya pasaron alrededor de 100 años desde que el Dr. Edward Angle definió como normoclusión la clase I molar.

En el paciente ortodóncico restaurador la posición dentaria debe estar definida por el tipo de restauración convenida con el odontólogo restaurador; que cumplimente el objetivo de salud funcional del sistema.



Imagen 14 Sonrisa pretratamiento. Demanda preparar la oclusión para la rehabilitación protésica. Tratamiento interdisciplinario ortodóncico – protésico.



Imagen 15 Armonización sonrisa postratamiento.



Imagen 16 Control y ajuste oclusal habitual con papel de articular.



Imagen 17 Control de la oclusión.



Imagen 18 Objetivo oclusal: relaciones contactantes y no contactantes armónicas.

PAUTAS ORTODÓNICAS PARA FACILITAR EL TRATAMIENTO RESTAURADOR

- En caso de indicar la extracción de piezas irrecuperables para la oclusión, recomendamos un tratamiento ortodóncico previo que extraiga la pieza a extraer, el objetivo es generar hueso alveolar, importantísimo para la regularización del margen alveolar y la posterior rehabilitación protésica.
- La función del hueso alveolar es sostener a las piezas dentarias cuando alguna de ellas se pierde, esta función desaparece si el hueso no es estimulado internamente, iniciándose un proceso atrófico que se manifiesta con la reabsorción paulatina del proceso alveolar.
- Un diente con soporte alveolar-periodontal en salud se puede movilizar a espacios edéntulos manteniendo la altura del hueso alveolar de soporte.

Debemos ubicar ortodóncicamente la pieza que nos permita:

- La menor pérdida de tejido dentario.
- Una buena reconstrucción de las paredes proximales.
- Una rehabilitación que posibilite recibir fuerzas axiales. Torque excesivo en incisivos y caninos llevan al fracaso de cementados de coronas y puentes.
- Para la rehabilitación de dientes anteriores fracturados o con viejas restauraciones debemos dejar un resalte de alrededor de 1mm; las coronas son más gruesas que los dientes naturales.
- En pacientes adultos con mordida cubierta (clase II 2da división) es común las abrasiones del esmalte de las superficies palatinas de superiores y de las caras vestibulares de incisivos inferiores, en estos casos debemos prever un resalte significativo que permita su reconstrucción.



Imagen 19 Demanda rehabilitación alineamiento incisivo postfractura radicular 2.2-- 11/8/99.



Imagen 23 Apiñamiento incisivos superiores. Giroversión sin espacio 1.1. Fractura radicular corona provisoria 2.2. Facetas incisales – abrasión paredes palatinas.



Imagen 24 Marcadas abrasiones vestibulares incisivos inferiores.



Imagen 20-21 Mordida en caja – colapso vertical grupo incisivo - extrusión alveolodentaria superior inferior. corona provisoria 2.2.



Imagen 25-26 Extracción 2.2--intrusión y ordenamiento grupo incisivos --tipificación 2.3.



Imagen 22 Secuencia evolutiva de las mordidas en caja. Gráfico Dra. Rosana Celnik.



Imagen 27 Estabilización vertical con intermediarios oclusal.



Imagen 28 Radiografías pretratamiento reabsorción cortical palatina –fractura radicular 2.2-- 11/8/99 Y posoperatoria de control grupo incisivo 10/4/03.

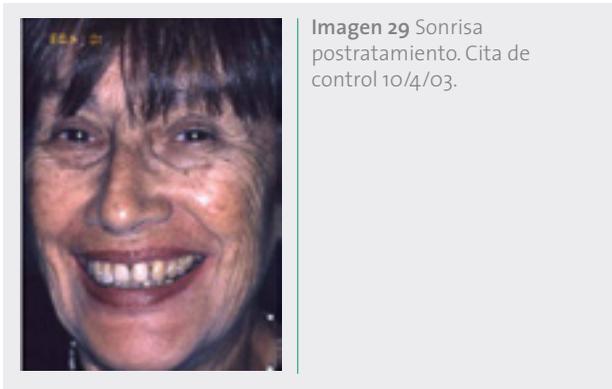


Imagen 29 Sonrisa postratamiento. Cita de control 10/4/03.

Espacios edéntulos extensos requieren un set-up diagnóstico.



Imagen 30 Demanda - derivada protesista. Generar altura para rehabilitación protésica. Tratamiento interdisciplinario periodoncia-ortodoncia-rehabilitación protésica.

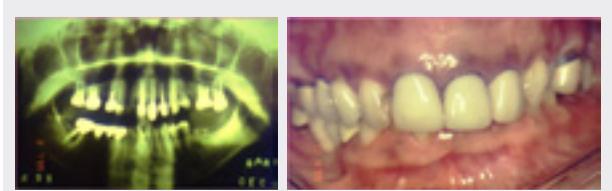


Imagen 31 Múltiples restauraciones - zona edéntula inferior izquierda - extrusión alveolo-dentaria superior izquierda. Mordida cubierta - reabsorción alveolar generalizada.



Imagen 32 Tratamiento interdisciplinario periodoncia - ortodoncia - rehabilitación protésica. Levantamiento de la oclusión - placa oclusal con levante - alineamiento - arcos dentarios. Contención intermedia — placa en arco inferior. Rehabilitación protésica.



Imagen 33 Preparación placa de contención intermedia de vacupress en arco inferior - placa en arco inferior Rehabilitación protésica.

PAUTAS ORTODÓNCICAS EN REHABILITACIONES PROTÉSICAS IMPLANTOASISTIDA

“Son muchos los casos que llegan a la clínica derivados por colegas, con la indicación de mantener, abrir o cerrar espacios edéntulos.

Generalmente la indicación no es muy precisa y el resultado suele depender del criterio del ortodoncista.

Sin embargo, pequeñas indicaciones del espacio necesario, serían muy útiles para evitar especulaciones subjetivas acerca del espacio requerido para la futura instalación de un implante.

A modo de ejemplo y basado en criterios generales, un implante debería colocarse a no menos de 1,5mm de una pieza dentaria ni a menos de 3mm de otro implante.

Si en un espacio se colocaran dos implantes de 4mm de diámetro, estos deberán estar separados por 1,5mm de las piezas contiguas y por 3mm entre sí.

Por lo tanto el espacio necesario será de: $1,5 + 4 + 3 + 4 + 1,5 = 14\text{mm}$.

Las indicaciones del implantólogo favorecerán el pronóstico del tratamiento, permitiendo usar diámetros de implantes adecuados y respetando los márgenes biológicos preestablecidos.” (*6)

- Debemos prever cantidad de mm , según implante elegido.
- Asegurar paralelismo radicular. Radiografías durante la terminación para controlar paralelismo radicular y nivelación margen alveolar.
- Consensuar secuencia terapéutica.
- Definir oportunidad quirúrgica.
- Prótesis provisoria durante el proceso de integración del implante que nos permita hacer los ajustes necesarios.

- Previo al retiro de la aparatología es importante la consulta y comunicación con el odontólogo restaurador.



Imagen 34 Demanda estética y rehabilitación protésica implantoasistida. Tratamiento interdisciplinario. Pre y postratamiento ortodóncico.



Imagen 35 Pre y postratamiento ortodóncico. Prótesis provisoria.



Imagen 36 Pre y postratamiento ortodóncico. Prótesis provisoria.



Imagen 37 Radiografía panorámica postratamiento ortodóncico. Implantes en el arco dentario inferior lateral izquierdo.

En este artículo hemos abordado “El tratamiento interdisciplinario del adulto mayor” con el objetivo de bloquear el camino a la claudicación del sistema estomatognático, poniendo el eje en los problemas estructurales dentarios.

En la próxima publicación nos proponemos continuar con las particularidades de atención del paciente mayor con compromiso periodontal y / o problemas de disfunción.

Y continuar con el diagnóstico y tratamientos de las claudicaciones funcionales es nuestro deseo que estas notas sean de utilidad para los colegas y beneficioso para nuestros pacientes mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejos, Soledad, “Radiografía de la vida después de los sesenta”. Página 12, Sociedad, 4 de septiembre de 2014.
2. Sheldon Peck, DDS, MScD, Importancia de la estética facial en la ortodoncia, Seminarios de Ortodoncia, Volumen 1. Número 2-1995.
3. P. Lionel Sadowsky, DMD, Director Seminarios de Ortodoncia. Tratamiento interdisciplinario: integración de la ortodoncia con la periodoncia, la endodoncia y la odontología restauradora Volumen3. Número 1. Marzo 1997.
4. Vincent G. Kokich y Frank M Spears, Pautas de manejo del paciente ortodóncico restaurador, Seminario de Ortodoncia P. Lionel Sadowsky, DMD. Volumen 3, número 1, marzo 1997. Pág. 6-23.
5. Pproffit WR. Equilibrium theory revisited: Factors Influenceing position of the Angle Orthd. 1978, 48.175186.
6. Mauricio Haenggi, Ortodoncia e implantes, Asignatura Ortodoncia Adultos. Campus Ateneo Argentino de Odontología.