

879522

5
rej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PREVENCION DE LA GINGIVITIS POR MEDIO DEL CONTROL DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

BRENDA JULIA CARDONA MUÑOZ



CHIHUAHUA, CHIH.,

COPIA
FALLA DE ORIGEN

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO I	
GINGIVITIS+++++	8
CAPÍTULO II	
EVALUACIÓN GINGIVAL+++++	29
CAPÍTULO III	
TRATO DEL PACIENTE EN	
SU PRIMERA VISITA+++++	33
CAPÍTULO IV	
TRATO DEL PACIENTE EN	
SU SEGUNDA VISITA+++++=====	56
CAPÍTULO V	
CITAS POSTERIORES+++++	66
CAPÍTULO VI	
CONTROL DE PLACA PARA EL	
PACIENTE ORTODÓNICO+++++	76
CAPÍTULO VII: PERIODONTO SANO+++++	80
CONCLUSIONES+++++	98
BIBLIOGRAFÍA+++++	100

I N T R O D U C C I Ó N

LA SEGUNDA ENFERMEDAD EN IMPORTANCIA ORIGINADA POR LA PLACA DENTOBACTERIANA ES LA LLAMADA ENFERMEDAD PERIODONTAL, ESA EXPRESIÓN CUBRE UNA VARIEDAD DE ESTADOS CLÍNICOS CARACTERIZADOS POR LA INFLAMACIÓN Y/O LA DESTRUCCIÓN DE LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE DE LOS DIENTES, ES DECIR, EL PERIODONTO.

LA GINGIVITIS Y LA PERIODONTITIS QUE SON LAS FORMAS MÁS COMUNES DE ENFERMEDADES PERIODONTALES, ESTÁN ÍNTIMAMENTE RELACIONADAS CON LA ACUMULACIÓN DE PLACA EN LAS ZONAS DEL SURCO GINGIVAL. LA INFLAMACIÓN SE HALLA CASI SIEMPRE PRESENTE EN TODAS LAS FORMAS DE ENFERMEDAD GINGIVAL, PORQUE LOS IRRITANTES LOCALES QUE PRODUCEN INFLAMACIÓN COMO LA PLACA DENTOBACTERIANA, MATERIA ALBA Y CÁLCULOS SON EXTREMADAMENTE COMUNES Y LOS MICROORGANISMOS Y SUS PRODUCTOS LESIVOS ESTÁN SIEMPRE PRESENTES EN EL MEDIO GINGIVAL.

LA INFLAMACIÓN GINGIVAL CAUSADA POR LA IRRITACIÓN LOCAL, ORIGINA CAMBIOS DEGENERATIVOS NECRÓTICOS Y PROLIFERATIVOS EN LOS TEJIDOS GINGIVALES, DENOMINÁNDOSELE A TODAS LAS FORMAS DE ENFERMEDAD GINGIVAL CON EL NOMBRE DE GINGIVITIS.

SIENDO LA GINGIVITIS EN EL HOMBRE EL RESULTADO DE LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y EL CONTROL DE ESTA MISMA ES EL MEJOR MEDIO DISPONIBLE PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

Y SU PRIMER ESTADÍO DE LA MAYORÍA DE LOS TIPOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL ES LA GINGIVITIS Y COMO SU NOMBRE LO INDICA EXISTE UNA INFLAMACIÓN DE LAS ENCÍAS CON EL CORRESPONDIENTE ENROJECIMIENTO, EDEMA FACIL SANGRADO Y ALTERACIÓN DE LA CONSISTENCIA TISULAR. EN CONTRASTE, EL SEGUNDO ESTADÍO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, LA PERIODONTITIS, COMPRENDE LA INFLAMACION QUE HA AFECTADO A TODAS LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE DE LOS DIENTES. COMO RESULTADO, LA PERIODONTITIS SE CARACTERIZA CLÍNICAMENTE POR LA PRESENCIA DE SURCOS GINGIVALES PROFUNDIZADOS (BOLSAS PERIODONTALES, ASÍ COMO POR PÉRDIDA DE HUESO ALVEOLAR, SI NO SE LE TRATA AL PACIENTE LA PERIODONTITIS TRAE COMO RESULTADO UNA PROGRESIVA MOVILIDAD DENTARIA Y FINALMENTE LA PÉRDIDA DE LOS DIENTES.

CAPÍTULO I

G I N G I V I T I S

LA GINGIVITIS O INFLAMACIÓN DEL TEJIDO DE LA -
ENCÍA. SE PUEDE PRESENTAR EN UNA FORMA AGUDA, SUB
AGUDA O CRÓNICA. LA GRAVEDAD DEPENDE DE LA INTEN-
SIDAD, DURACIÓN O FRECUENCIA DE LOS IRRITANTES LOCA
LES Y DE LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS BUCALES.

CLASIFICACIÓN DE LA GINGIVITIS.

CRÓNICA, DE VINCENT, DEL EMBARAZO, DESCAMATIVA
ESTREPTOCÓCICA, EXPERIMENTAL, GONOCÓCICA, NECROSAN-
TE AGUDA, NECROSANTE CRÓNICA, ULCEROMEMBRANOSA.

ETIOLOGÍA:

LA ENFERMEDAD PERIODONTAL LA INICIAN Y PERPE--
TÚAN DIVERSOS FACTORES QUE ACTUAN RECÍPROCAMENTE, -
ASÍ PUES, LA ETIOLOGÍA DE LA GINGIVITIS ES MUY VA--
RIADA Y SE HA DIVIDIDO EN FACTORES LOCALES Y SISTÉ-
MICOS.

FACTORES LOCALES:

- 1.- MATERIA ALBA Y PLACA DENTOBACTERIANA.
- 2.- SARRO.
- 3.- IMPACCIÓN DE COMIDA.
- 4.- RESTAURACIONES O APARATOS MAL CONSTRUÍDOS
O IRRITANTES.
- 5.- RESPIRACIÓN BUCAL.
- 6.- MAL POSICIÓN DENTAL.
- 7.- APLICACIÓN QUÍMICA O DE DROGAS, ETC.

FACTORES SISTÉMICOS:

- 1.- ALTERACIONES NUTRICIONALES.
- 2.- ACCIÓN DE DROGAS.
- 3.- EMBARAZO, DIABETES Y OTROS DISFUNCIONES -
ENDÓCRINAS.
- 4.- ALERGIA.

5.- HERENCIA.

6.- FENÓMENO PSÍQUICO.

7.- INFECCIONES GRANULOMATOSAS ESPECÍFICAS.

8.- DISFUNCIÓN NEUTRÓFILA

9.- INMUNOPATÍAS.

FACTORES ETIOLÓGICOS LOCALES:

MATERIA ALBA:

LA PELÍCULA MUCINOSA QUE PROCEDE DE GLÁNDULAS SALIVALES, CUBRE LA SUPERFICIE DE CASI TODOS LOS - DIENTES Y ES MACROSCÓPICAMENTE INVISIBLE.

LAS CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS, DESECHOS-ALIMENTICIOS, BACTERIAS Y HONGOS SE ACUMULAN SOBRE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS CUANDO PREDOMINAN LAS -- BACTERIAS, SE FORMA UNA PLACA BACTERIANA QUE TIENE UN CONTENIDO VARIABLE DEL 25 a1 50% EN MUCINA. SI HAY CELULAS, DESECHOS ALIMENTICIOS Y ORGANISMOS BACTERIANOS Y MICÓTICOS, SE FORMA UNA PLACA DENOMI

NADA MATERIA ALBA. APARECE COMO UNA MASA GASEOSA BLANQUECINA O COLOR CREMA, DE DESECHOS QUE RODEA - LOS CUELLOS DE LOS DIENTES, HA SIDO DESCRIPTA COMO ALGO QUE SE ASEMEJA A LA PLACA DENTAL, YA QUE TAMBIÉN ESTÁ COMPUESTA POR MASAS MICROBIANAS, RESI--- DUOS ALIMENTICIOS Y LEUCOCITOS. LA MATERIA ALBA- ESTA ADHERIDA MUY FLOJAMENTE A LOS DIENTES Y SE DI CE QUE EN GRAN MEDIDA SE PUEDE ELIMINAR CLÍNICAMENT E CON EL USO DE LA JERINGA DE AGUA. ESTA SE --- ADHIERE AL DIENTE AÚN EN SUPERFICIES QUE ESTÁN SO- METIDAS A UNA IMPORTANTE FRICCIÓN Y ATRICCIÓN.

PLACA DENTOBACTERIANA:

LA PLACA DENTAL ES UNA MASA BLANDA, TENAZ Y - ADHERENTE DE COLONIAS BACTERIANAS QUE SE COLECCIO- NAN SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES, LA ENCÍA Y- OTRAS SUPERFICIES BUCALES (PRÓTESIS, ETC.) CUANDO- NO SE PRACTICAN MÉTODOS DE HIGIENE BUCAL ADECUADOS

SE HA CONOCIDO LA COMPLETA IMPORTANCIA DE LA- PLACA DENTAL EN LA ETIOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL, - EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA FORMACIÓN DE TÁR

TÁRRO POR MEDIO DE LA CALSIFICACIÓN DE LA PLACA.

LA PLACA BACTERIANA HA DEMOSTRADO TAMBIÉN SER RESPONSABLE DEL DESARROLLO DE LA GINGIVITIS, QUE ES PRIMER ESTADÍO DE LA MAYORÍA DE LAS FORMAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

DESPUÉS DE MÚLTIPLES ESTUDIOS SE CONCLUYE QUE LA PLACA ES RESPONSABLE DE LAS DOS ENFERMEDADES BU CALES MÁS PREVALENTES. LA CARIES DENTAL Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y QUE LA REMOCIÓN DE LA PLACA Y SU CONTROL DEBEN OCUPAR UN LUGAR PROMINENTE EN CUALQUIER PROGRAMA PREVENTIVO Y COMO PARTE INTEGRAL EN CUALQUIER TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

CÁLCULO O TÁRTARO DENTAL.

MASA MINERALIZADA, ADHERENTE QUE SE FORMA SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES, SIENDO UN IRRI--TANTE HÍSTICO LOCAL MUY FRECUENTE. ESTA ACRECIÓN DE DUREZA VARIABLE SE DESARROLLA POR INCREMENTOS, POR CALCIFICACIÓN DE CAPAS SUCESIVAS DE PLACA BACTERIANA.

EL CÁLCULO SE FORMA ENCIMA DE LA ENCÍA (SUPR GINGIVAL) O POR DEBAJO DE ESTA (INFRAGINGIVAL) Y - SE ADHIERE FUERTEMENTE A LA SUPERFICIE DENTAL DE - AMBAS ZONAS.

LA VARIEDAD SÚPRAGINGIVAL DE CÁLCULO GENERAL TIENE COLOR BLANQUECINO O BLANCO AMARILLENTO Y SU TINTE SE MODIFICA CON COLORANTES EXTERNOS (ES DECIR BREAS DE TABACO) Y POR ELEMENTOS SANGUÍNEOS DE GENERADOS (HEMOGLOBINA QUE CONTENGA HIERRO PROCEDENTE DE ERITROCITOS LISADOS). EL CÁLCULO SUBGINGIVAL ES SEMEJANTE A LA FORMA SUPRAGINGIVAL, PERO SUELE SER MÁS DENSO, MÁS DURO Y MÁS FUERTEMENTE FIJADO).

EL TÁRTARO SUPRAGINGIVAL SE ENCUENTRA MÁS FRECUENTEMENTE CERCA DEL CONDUCTO DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES PRINCIPALES Y SU COMPOSICIÓN QUÍMICA VARÍA EN LAS DISTINTAS ZONAS DE LA BOCA.

SE CREE QUE LA SALIVA ES EL ORIGEN DE AMBOS - TIPOS DE TÁRTARO, AUNQUE EL FLUÍDO GINGIVAL QUEDA ESPECÍFICAMENTE DESEMPEÑA UN PAPEL MÁS IMPORTANTE-

EN LA PRODUCCIÓN DEL TÁRTARO SUBGINGIVAL.

COMPOSICIÓN DEL TÁRTARO DENTAL.

EL TÁRTARO CONSISTE EN UN 70 a 80% DE SALES - INORGÁNICAS, DE LAS CUALES DOS TERCIOS TIENEN FORMA CRISTALINA. EL CALCIO Y EL FÓSFORO REPRESENTAN LOS ELEMENTOS PRINCIPALES CON UNA PROPORCIÓN - Ca/P VARIABLE DE 1.66 A MÁS DE 2. EL CALCIO SUELE RESPONDER POR HASTA EL 40% DEL PESO INORGÁNICO, EN TANTO QUE LA PROPORCIÓN DE FÓSFORO SE APROXIMA AL 20%. TAMBIÉN PUEDE HABER PEQUEÑAS CANTIDADES- DE MAGNESIO, SODIO CARBONATO Y FLUORURO, JUNTO CON TROZOS DE OTROS ELEMENTOS.

LAS FORMAS CRISTALINAS CON COMPONENTES INORGÁNICOS FUERON DETERMINADAS POR DISTINTAS TÉCNICAS - FÍSICAS DE ANÁLISIS. LAS CUATRO FORMAS CRISTALINAS PRINCIPALES SON: HIDROXIAPATITA, $Ca_{10} (OH)_2 (PO_4)_6$, WHITLOCKITA DE MAGNESIO, $Ca_3 (PO_4)_2$, EN LA CUAL EL ION MAGNESIO SUSTITUYE A UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE IONES DE CALCIO, FOSFATO OCTOCÁLCICO, $Ca_4H (PO_4)_2 H_2O$, Y BRUSHITA $CaHPO_4 \cdot 2H_2O$. DE ESTOS TI-

POS DE CRISTALES, LOS TRES PRIMEROS SON VARIANTES-, DE LA TRAMA DE HIDROXIAPATITA, QUE PREDOMINA EN MUCHOS DE LOS TEJIDOS MINERALIZADOS BIOLÓGICOS, COMO HUESO, CEMENTO, DENTINA Y ESMALTE. SIENDO LA BRUSHITA EL FOSFATO DE CALCIO SECUNDARIO SIMPLE. LAS CUATRO FORMAS CRISTALINAS NO SE DAN CON LA MISMA FRECUENCIA EN TODAS LAS MUESTRAS DE TÁRTARO. SU INCIDENCIA VARÍA CON LA EDAD DE LA MUESTRA DE TÁRTARO. ASÍ COMO CON SU LOCALIZACIÓN. ASÍ LA BRUSHITA ES MÁS COMÚN EN EL TÁRTARO SUPRAGINGIVAL, MIENTRAS QUE LA WHITLOCKITA MAGNÉSICA ESTÁ PRESENTE SOBRE TODO EN LA VARIEDAD SUBGINGIVAL.

QUÍMICAMENTE EL TÁRTARO ESTÁ FORMADO POR SUSTANCIAS TANTO ORGÁNICAS COMO INORGÁNICAS. LA LLAMADA MATRIZ ORGÁNICA CONTIENE PRINCIPALMENTE PROTEÍNAS Y GLUCOPROTEÍNAS. LOS COMPONENTES INORGÁNICOS MÁS ABUNDANTES SON: FOSFATO DE CALCIO, CARBONATO, FOSFATO DE MAGNESIO Y VESTIGIOS DE OTROS ELEMENTOS.

LA CALCIFICACIÓN DEL TÁRTARO NO COMIENZA COMO REGLA, ANTES DE QUE TENGA LA PLACA DOS O TRES DÍAS

DE ANTIGÜEDAD. SE INICIAN NÚCLEOS O FOCOS SEPARADOS, CRECE Y FINALMENTE FORMANDO MASAS - SOLIDAS A MENUDO CON UNA ESTRUCTURA LAMINAR.

EN ALGUNOS CASOS LA RETRACCIÓN GINGIVAL QUE - ACOMPAÑA LA REDUCCIÓN DEL EDEMA INFLAMATORIO PERMITE LA DETECCIÓN VISUAL DEL TÁRTARO SUBGINGIVAL PREVIAMENTE ESCONDIDO.

PREVENCIÓN DE LA FORMACIÓN DE TÁRTARO.

PUEDE ENFOCARSE DE LA MANERA SIGUIENTE:

- 1.-PREVENCIÓN DE FORMACIÓN DE PLACA O REMOCIÓN DE LA MISMA (DADO QUE EL TÁRTARO ES EL RESULTADO DE LA CALCIFICACIÓN DE LA MISMA).
- 2.- INHIBICIÓN DE LA CALCIFICACIÓN DE LA PLACA.
- 3.- DEL TÁRTARO A MEDIDA QUE SE FORMA.

ASPECTOS CLÍNICOS DE LA GINGIVITIS.

EL AUMENTO DE LA INTENSIDAD DE LA INFLAMACIÓN

CONDUCE A UNA ACENTUACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA CON UNA PÉRDIDA MÁS EVIDENTE DE LA FORMA ARQUITECTÓNICA DEL TEJIDO, FACILIDAD DE HEMORRAGIA, ACUSADA - RETRACTIBILIDAD Y RECESIÓN DE LA ENCÍA, ETC.

EVALUACIÓN, DURACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LA GINGIVITIS

EVALUACIÓN Y DURACIÓN:

GINGIVITIS AGUDA DOLOROSA, SE INSTALA REPENTINAMENTE Y ES CORTA SU DURACIÓN.

GINGIVITIS SUBAGUDA.- UNA FASE MENOS GRAVE QUE LA AFECCIÓN AGUDA.

GINGIVITIS RECURRENTE.- ENFERMEDAD QUE REAPARECE DESPUÉS DE HABER SIDO ELIMINADA MEDIANTE TRATAMIENTO O QUE DESAPARECE ESPONTÁNEAMENTE Y REAPARECE.

GINGIVITIS CRÓNICA.- SE INSTALA CON LENTITUD, ES DE LARGA DURACIÓN E INDOLORA, SALVO QUE SE COMPLIQUE CON EXACERBACIONES AGUDAS O SUBAGUDAS. LA GINGIVITIS CRÓNICA ES EL TIPO MÁS COMÚN.

DISTRIBUCIÓN.

LOCALIZADA.- SE LIMITA A LA ENCÍA DE UN SOLO --
DIENTE O UN GRUPO DE DIENTES.

GENERALIZADA.- ABARCA TODA LA BOCA.

MARGINAL.- AFECTA AL MARGEN GINGIVAL, PERO PUE-
DE INCLUIR UNA PARTE DE LA ENCÍA INSERTADA CONTIGUA.

PAPILAR.- ABARCA LA ENCÍA MARGINAL, ENCÍA INSE-
TADA Y PAPILA INTERDENTARIA.

GINGIVITIS MARGINAL LOCALIZADA.- SE LIMITA A --
UNA ÁREA DE LA ENCÍA MARGINAL.

GINGIVITIS DIFUSA LOCALIZADA.- SE EXTIENDE DES-
DE EL MARGEN HASTA EL PLIEGUE MUCOVESTIBULAR, PERO -
EN UN ÁREA LIMITADA.

GINGIVITIS PAPILAR.- ABARCA UN ESPACIO INTERDEN-
TARIO, O MAS EN UN ÁREA LIMITADA.

COMPOSICIÓN DE LA PLACA.

LA PLACA ESTÁ COMPUESTA POR BACTERIAS, SIENDO -
ESTAS SUS COMPONENTES PRINCIPALES Y POR UNA MATRIZ -

INTERCELULAR QUE CONSTA EN GRAN MEDIDA DE HIDRATOS - DE CARBONO Y PROTEÍNAS QUE YACEN NO SOLO ENTRE LAS - DISTINTAS COLONIAS BACTERIANAS, SINO TAMBIÉN ENTRE - LAS CÉLULAS INDIVIDUALES Y ENTRE LAS CÉLULAS Y LA SU PERFICIE DE LOS DIENTES.

COMPOSICIÓN MICROBIANA DE LA PLACA.

EN UN GRAMO DE PLACA HÚMEDA PUEDEN EXISTIR ---- APROXIMADAMENTE DOCIENTOS MIL MILLONES DE MICROORGA- NISMOS. ELLO COMPRENDE NO SOLO MUCHAS ESPECIES BAC- TERIANAS DISTINTAS, SINO TAMBIÉN ALGUNOS PROTOZOA--- RIOS, HONGOS Y VIRUS.

EN CUALQUIER PACIENTE, PUEDEN ENCONTRARSE UNAS- 40 ESPECIES DISTINTAS. SIN EMBARGO, LOS ESTREPTOCO- COS Y LAS BACTERIAS FILAMENTOSAS GRAM POSITIVAS PARE- CEN ESTAR ENTRE LOS MICROORGANISMOS MÁ S PROMINENTES- DE LA PLACA QUE SE ENCUENTRA EN LA SUPERFICIE CORONA- RIA DE LOS DIENTES. AL ALCANZAR EL SURCO GINGIVAL- Y LA SUPERFICIE RADICULAR, LA COMPOSICIÓN BACTERIANA DE LA PLACA CAMBIA CON PREDOMINIO DE FORMAS FILAMEN- TOSAS, PARTICULARMENTE ESPECIES DE ACTINOMYCES. ES- TAS FORMAS SON PRINCIPALMENTE RESPONSABLES DE LAS CA

RIES RADICULARES Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. LA HETERÓGENA MASA BACTERIANA CONOCIDA COMO PLACA -- BACTERIANA, SE AFERRA TENAZMENTE A LA SUPERFICIE -- DENTARIA, TANTO SUBGINGIVAL COMO SUPRAGINGIVAL, -- APARECIENDO LA MAYOR ACUMULACIÓN DE PLACA SOBRE EL TERCIO GINGIVAL DE LOS DIENTES, ASÍ COMO EN LAS -- TRONERAS INTERPROXIMALES.

LA PLACA NO ES UNA MASA INDIFERENCIADA DE BACTERIAS, LAS BACTERIAS APARECEN COMO MICROCOLONIAS-- DISCRETAS Y SE LE HA IMPLICADO AL ESTREPTOCOCO MUTANS EN LA FORMACIÓN DE CARIES, PORQUE EN LOS INDIVIDUOS CON CARIES ACTIVAS SE HA ENCONTRADO QUE SE-- CONCENTRA EN AQUELLAS ZONAS DE LOS DIENTES EN LAS-- QUE SE ORIGINA LA CARIES DENTAL.

EL TIEMPO DURANTE EL CUAL SE HA PERMITIDO QUE LA PLACA CREZCA SOBRE UN DIENTE (LITERALMENTE LA -- "EDAD DE LA PLACA") INFLUYE NOTABLEMENTE EN LOS TIPOS DE BACTERIAS QUE RESIDEN DENTRO DE ELLA.

EN LA PLACA TEMPRANA, LA FLORA BACTERIANA ES-- RELATIVAMENTE SIMPLE, CONSTANDO PREDOMINANTEMENTE-- COCOS GRAMPOSITIVOS, EN PARTICULAR ESTREPTOCOCOS,--

NEISSERIAS, Y UNOS POCOS BACILOS Y FILAMENTOS GRAM POSITIVOS. CUANDO LA PLACA PERMANECE EN LA BOCA POR PERÍODOS MÁS PROLONGADOS, SE VA HACIENDO GRADUALMENTE MAS COMPLEJA. ASÍ, AL CABO DE 7 DÍAS AUMENTA LA CANTIDAD DE ANAEROBIOS Y TIENDE A DISMINUIR LAS ESPECIES AERÓBICAS. LAS PLACAS QUE HAN PODIDO DESARROLLARSE DURANTE 14 DÍAS O MÁS, TIENEN UN ASPECTO GRADUALMENTE MÁS FILAMENTOSO QUE LA TEMPRANA Y PUEDEN PRODUCIR UNA ALTA CUENTA DE VIBRIONES Y ESPIROQUETAS, ADEMÁS DE OTROS MICROORGANISMOS ANAEROBIOS.

A MEDIDA QUE LA PLACA SE VA HACIENDO MÁS GRUESA, SE HACE MENOS PROBABLE QUE EL OXÍGENO PUEDA DIFUNDIR DESDE SU SUPERFICIE A LAS CAPAS MÁS PROFUNDAS. ASÍ, LOS MICROORGANISMOS AEROBIOS RESIDEN EN LAS CAPAS EXTERNAS DE LA PLACA, LOS ANAEROBIOS EN LAS MAS PROFUNDAS Y LOS FACULTATIVOS EN TODO SU ESPESOR. ADEMÁS DE LA EDAD DE LA PLACA, LA COMPOSICIÓN BACTERIANA TAMBIÉN ES INFLUÍDA POR EL SITIO DEL QUE SE TOMA LA MUESTRA DE LA PLACA, EL SUJETO ESTUDIADO, LA DIETA CONSUMIDA Y OTROS NUMEROSOS FACTORES. SACÁNDOSE DE CONCLUSIÓN QUE LA COMPOSICIÓN

CIÓN BACTERIANA DE UNA PLACA VARÍA CONSIDERABLEMEN
TE DE UNA PERSONA A OTRA, DE UN DIENTE A OTRO Y --
AÚN EN DISTINTAS ZONAS DEL MISMO DIENTE, SE DICE -
QUE SE REQUIEREN MÁS DE 24 HORAS PARA QUE LA PLACA
VUELVA A ALCANZAR SU PATOGENICIDAD CLÍNICA.

BACTERIAS DE LA PLACA Y ENFERMEDADES PERIODONTALES

EN EL SENTIDO MÁS AMPLIO, LAS ENFERMEDADES PE
RIODONTALES SE REFIEREN A VARIAS ENTIDADES NOSOLÓ-
GICAS QUE TRAEN COMO RESULTADO LA DESTRUCCIÓN DE -
LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE DE LOS DIENTES. ESTAS
ENFERMEDADES INCLUYEN: GINGIVITIS, GINGIVITIS ULCE
RONECROSANTE AGUDA (GUNA), PERIODONTITIS Y PERIO--
DONTOSIS. LA GINGIVITIS SE REFIERE A UN ESTADO -
EN EL QUE APARECEN ZONAS DE INFLAMACIÓN GINGIVAL -
EN AUSENCIA DE PÉRDIDA ÓSEA DEMOSTRABLE. HAY UNA
IMPORTANTE CANTIDAD DE EVIDENCIAS QUE SUGIEREN QUE
LAS BACTERIAS DE LA PLACA SON TAMBIÉN LOS PRINCIPA
LES AGENTES ETIOLÓGICOS EN LAS ENFERMEDADES PERIO-
DONTALES.

SI SE ESTUDIA LA FLORA DE LA PLACA PRESENTE EN HUMANOS CON TEJIDOS PERIODONTALES SANOS, PARECE ESTAR DISPERSA Y UBICADA CASI EXCLUSIVAMENTE EN LAS SUPERFICIES DENTARIAS SUPRAGINGIVALES.

EN LOS PRIMEROS ESTADIOS DE LA GINGIVITIS HAY UN MARCADO AUMENTO EN LA MASA Y EL ESPESOR DE LA PLACA DENTAL A LO LARGO DEL MARGEN GINGIVAL, CON UN AUMENTO CONCOMITANTE EN LA PROPORCIÓN RELATIVA DE LOS MIEMBROS DE LOS GÉNEROS ACTINOMYCES, PARTICULARMENTE EL ACTINOMYCES VISCOSUS. LA FLORA DE LA PLACA EN ESTE ESTADÍO DE LA GINGIVITIS SIGUE SIENDO PREDOMINANTEMENTE GRAM POSITIVA Y PARECE SER EL RESULTADO DE UN MAYOR CRECIMIENTO DE ALGUNAS DE LAS FORMAS BACTERIANAS PRESENTES EN LA PLACA, RELACIONADAS CON SITIOS SANOS.

EN LAS FORMAS CRÓNICAS DE GINGIVITIS, LA CANTIDAD DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS QUE APARECEN EN LA PLACA AUMENTA HASTA UN NIVEL QUE ES APROXIMADAMENTE EL 25% DEL TOTAL DE LA FLORA DE LA PLACA. ESTAS CÉLULAS GRAMNEGATIVAS (VEILLONELLA, CAMPYLOBACTERY-FUSOBACTERIUM) PARECEN ESTAR PRESENTES EN MAYOR MEDIDA, EN LOS SITIOS SUBGINGIVALES (DENTRO DEL SURCO GINGIVAL).

ESTADIOS DE LA FORMACIÓN DE PLACA.

LA FORMACIÓN DE LA PLACA DENTAL SE LLEVA A CABO EN TRES ESTADIOS:

EN EL PRIMER ESTADIO, LAS GLUCOPROTEÍNAS DE LA SALIVA SON ABSORBIDAS EN LA SUPERFICIE EXTERNA DEL ESMALTE DENTARIO, PRODUCIENDO UNA PELÍCULA ORGÁNICA DELGADA, ACELULAR Y CARENTE DE ESTRUCTURA, CONOCIDA COMO PELÍCULA ADQUIRIDA. EL PROCESO INICIAL PARECE SER ALTAMENTE SELECTIVO, ABSORBIÉNDOSE SOLO ALGUNAS PROTEÍNAS CELULARES ESPECÍFICAS SOBRE LA HIDROXIAPATITA DE LA SUPERFICIE DENTARIA.

EL SEGUNDO ESTADIO DE FORMACIÓN DE LA PLACA -- COMPRENDE LA COLONIZACIÓN SELECTIVA DE LA PELÍCULA-- POR BACTERIAS ADHERENTES ESPECÍFICAS. AUNQUE LAS-- BACTERIAS PUEDEN EN ALGUNOS CASOS INICIAR LA FORMACIÓN DE PLACA EN AUSENCIA DE LA PELÍCULA ADQUIRIDA, CON MAYOR FRECUENCIA, UNA CAPA DE PELICULA SEPARA-- LA SUPERFICIE DEL DIENTE DE LA CAPA MÁS PROFUNDA DE MICROORGANISMOS DE LA PLACA.

EL ESTADIO FINAL DE FORMACIÓN DE LA PLACA, A -- VECES CONOCIDA COMO MADURACIÓN DE LA PLACA, COMPREN

DE LA MULTIPLICACIÓN Y EL CRECIMIENTO DE MÁS BACTERIAS SOBRE LAS INICIALES. EL CUERPO DE LA PLACA - EN EXPANSIÓN QUE CONTIENE NUMEROSAS CAPAS DE BACTERIAS ES MANTENIDO UNIDO POR ADHERENCIAS INTERBACTERIANAS PROVISTAS EN GRAN MEDIDA POR LOS GLUCANOS EX TRACELULARES INSOLUBLES.

METABOLISMO DE LA PLACA.

COMO TODOS LOS ORGANISMOS DE LA NATURALEZA, -- LAS BACTERIAS REQUIEREN UNA FUENTE DE ENERGÍA CON - EL OBJETO DE SOBREVIVIR. PARA LAS BACTERIAS DE LA PLACA, LA PRINCIPAL FUENTE DE ENERGÍA SON LOS ALI-- MENTOS DE ALTO CONTENIDO DE HIDRATOS DE CARBONO QUE CARACTERIZAN LAS DIETAS DE LA MAYORÍA DE LOS HUMA-- NOS. ASÍ, LA PLACA METABOLIZA HIDRATOS DE CARBONO FERMENTABLES (SACAROSA) CON LA RESULTANTE FORMACIÓN DE VARIOS ÁCIDOS ORGÁNICOS COMO SUBPRODUCTOS Y UNA-- CONSIGUIENTE CAÍDA EN EL PH, EL ATAQUE DE ESTOS ÁCI-- DOS SOBRE LOS COMPONENTES MINERALES DE LOS DIENTES-- LO QUE INICIA LA CARIES DENTAL. SIN EMBARGO, NO - TODAS LAS BACTERIAS DE LA PLACA METABOLIZAN HIDRA-- TOS DE CARBONO. ALGUNAS TIENEN CAPACIDADES PROTEO LÍTICAS Y UTILIZAN A LAS PROTEÍNAS COMO FUENTES DE-

ENERGÍA CON LA FORMACIÓN FINAL DE BASES. LA FORMACIÓN DE ESTOS MATERIALES BÁSICOS Y LOS VALORES DE PH MÁS ALTOS RESULTANTES PUEDEN FAVORECER LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y PROMOVER LA PRECIPITACIÓN DE -- CALCIO Y FOSFATO EN LA PLACA COMO TÁRTARO DENTAL.

ADEMÁS DE LA PRODUCCIÓN DE ÁCIDOS, EN LA PLACA OCURREN TAMBIÉN OTROS PROCESOS METABÓLICOS. COMO YA SE HA MENCIONADO, ALGUNOS MICROORGANISMOS (POR EJEMPLO: EL STREPTOCOCUS MUTANS) EN PRESENCIA DELLA SACAROSA DE LA DIETA, SON CAPACES DE FORMAS VARIOS-POLISACÁRIDOS EXTRACELULARES. ESTOS POLISACÁRIDOS SE DENOMINAN POLISACÁRIDOS INTRACELULARES EN APOSICIÓN A LOS PREVIAMENTE MENCIONADOS, EXTRACELULARES, QUE SON SINTETIZADOS FUERA DE LAS CÉLULAS. ÉSTOS-POLISACÁRIDOS INTRACELULARES NO FUNCIONAN COMO COMPONENTES DE LA MATRIZ DE LA PLACA, SINO QUE PUEDEN-SERVIR COMO FUENTE DE ENERGÍA PARA LAS BACTERIAS DURANTE LOS PERÍODOS EN LOS QUE NO SE INGIEREN AZÚCARES EN LA DIETA. ASÍ, LOS PACIENTES CUYA PLACA -- CONTIENE ESTOS MICROORGANISMOS FORMARÁN ÁCIDOS AÚNCUANDO ESTÉN AYUNANDO. LA PRODUCCIÓN DE ÁCIDOS EN LA PLACA DURANTE LAS HORAS DE SUEÑO, CUANDO LOS ME-

GANISMOS DE DEFENSA DE LA BOCA (SALIVACIÓN, MOVIMIENTOS DE LOS LABIOS, LENGUA Y CARRILLOS, ETC) ESTÁN EN ROPOSO.

PATOGENICIDADES DE LA PLACA.

LA PLACA DENTAL ES RECONOCIDA UNIVERSALMENTE - COMO EL AGENTE CAUSAL, TANTO DE LA CARIES DENTAL COMO DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.

CUANDO SE REALIZA UN EXAMEN INTRABUCAL EN BÚSCA DE PLACA DENTAL NO SE PUEDE SUPONER QUE TODA LA PLACA PRESENTE PRODUCIRÁ CARIES O ENFERMEDAD PERIODONTAL, PUEDEN EXISTIR ALGUNAS ZONAS DE PLACA ACUMULADA EN DISTINTOS MOMENTOS SOBRE UNA SUPERFICIE DENTARIA DURANTE TODA LA VIDA DEL PACIENTE, SIN PRODUCIR SIGNOS DETECTABLES DE ENFERMEDAD. EVIDENTEMENTE, ENTONCES NO TODAS LAS PLACAS TIENEN EL MISMO POTENCIAL PATOGENICO (PRODUCTOR DE ENFERMEDAD).

ALGUNOS DE LOS FACTORES IMPORTANTES INHERENTES A LA PLACA SON: SU ESPESOR (CUANTO MÁS GRUESO MÁS ALTO EL CONTENIDO ÁCIDO), LA CONCENTRACIÓN DE CALCIO Y FÓSFORO (LOS NIVELES ALTOS FAVORECEN LA FORMACIÓN DE SARRO Y LOS BAJOS LA CARIES DENTAL) Y LA --

CANTIDAD Y CALIDAD DE LA MICROFLORA RESIDENTE.

PROGRAMA DE CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA POR --
MEDIO DEL DENTISTA.

CUANDO LOS PROBLEMAS DE LA ENFERMEDAD BUCAL DE UN PACIENTE SE DEBEN AUNQUE SEA PARCIALMENTE A LA - PLACA, LA GINGIVITIS ES DETECTABLE POR LA PRESENCIA DE ENROJECIMIENTO, TUMORACIÓN O HEMORRAGIA DE LAS - ENCÍAS, SON SIGNOS EVIDENTES DE LA PRESENCIA DE PLA CA.

CAPÍTULO II

EVALUACIÓN GINGIVAL

DADO QUE LA EVALUACIÓN DE LA PLACA REQUIERE-
DEL USO DE COMPUESTOS REVELANTES, Y ESTOS PUEDEN-
ENMASCARAR EL ESTADO DE LOS TEJIDOS GINGIVALES, -
LA EVOLUACIÓN DEL ESTADO GINGIVAL DEBE PRECEDER -
AL DE LA PLACA.

ÍNDICE DE EVALUACIÓN GINGIVAL.

- 1.- EL ÍNDICE GINGIVAL QUE MIDE LA GRAVEDAD-
DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA ALREDEDOR -
DE TODOS LOS DIENTES PRESENTES EN LA BO-
CA.
- 2.- EL ÍNDICE DE SANGRADO, QUE CUENTA LA CAN-
TIDAD DE UNIDADES GINGIVALES QUE SANGRAN
BAJO LA ACCIÓN SUAVE DE LA SONDA.

ÍNDICE GINGIVAL.

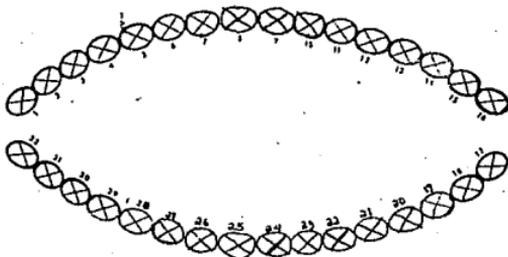
LA GINGIVITIS SE EVALÚA EN LAS CUATRO UNIDADES DE ENCÍA (VESTIBULAR, LINGUAL, MESIAL Y DISTAL) QUE CORRESPONDE A CADA DIENTE PRESENTE EN LA BOCA:

PUNTAJE (EXAMEN REALIZADO DESPUÉS DE HABER SECADO-LA ENCÍA CON AIRE).

- 0: ENCÍA NORMAL.
 - 1: INFLAMACIÓN LEVE-LIGERO CAMBIO DE COLOR, - LIGERO EDEMA. NO SANGRA AL SONДАР.
 - 2: INFLAMACIÓN MODERADA-ENROJECIMIENTO, EDEMA LISURA. SANGRA AL SONДАР.
 - 3: INFLAMACIÓN MARCADA- MARCADO ENROJECIMIENTO Y EDEMA, ULCERACIÓN. TENDENCIA A LA HEMORRAGIA.
- PUNTAJE DE CONTROL DE PLACA

— ÍNDICE PREVIO

ÍNDICE ACTUAL



NOMBRE _____

FECHA _____

ÍNDICE DE SANGRADO.

LA INFLAMACIÓN GINGIVAL PUEDE EVALUARSE TAMBIÉN POR MEDIO DE UN ÍNDICE EN EL QUE EL SÍNTOMA PRINCIPAL SEA EL SANGRADO DEL SURCO GINGIVAL BAJO LA ACCIÓN SUAVE DE LA SONDA.

EL ÍNDICE DE SANGRADO ES PRIMER SIGNO CLÍNICO DE GINGIVITIS Y PRECEDE AL ENROJECIMIENTO Y A LA TUMEFACCIÓN DE LAS UNIDADES GINGIVALES.

EL PROCEDIMIENTO DE LA DETERMINACIÓN DE LOS PUNTOS DE SANGRADO ES SENCILLO. "SE RETRAE EL CARRILLO DE LAS CARAS VESTIBULARES DE LOS DIENTES DE UN CUADRANTE. SE COLOCA LA PUNDA DE UNA SONDA PERIODONTAL APENAS EN LA ABERTURA DEL SURCO GINGIVAL (1mm. O MENOS) EN LA CARA DISTAL DEL ÚLTIMO MOLAR. SE LLEVA LA SONDA CON UN MOVIMIENTO CONTINUO A LO LARGO DE LA ENTRADA DEL SURCO HASTA LA ZONA INTERPROXIMAL SIGUIENTE. ESTA SE CONTINÚA HASTA LLEGAA LA LÍNEA MEDIA. MIENTRAS SE SIGUE RETRAYENDO LA MUCOSA VESTIBULAR, SE OBSERVA EL CUADRANTE (AL CABO DE 30 SEGUNDOS) PARA VER SI SANGRA EL SURCO GINGIVAL. EL DENTISTA ANOTA SUS HALLAZGOS REGISTRÁNDOLOS UNIDAD POR UNIDAD. EL TIEMPO REQUERIDO PARA -

RÉGISTRAR TANTO LA PLACA COMO EL SANGRADO DE UN INDIVIDUO QUE TIENE SU DENTICIÓN COMPLETA Y UNA HIGIENE BUCAL QUE ESTÁ POR DEBAJO DEL PROMEDIO, LLEVA DE 8 a 10 MINUTOS. A MEDIDA QUE MEJORA LA HIGIENE BUCAL DEL PACIENTE, ESE TIEMPO SE REDUCE A 4 ó 6 MINUTOS.

EL PROGRAMA DE CONTROL DE PLACA DENTOBACTERIANA DEBE REALIZARSE CUBRIENDO LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- 1.- ALIVIAR LA ANSIEDAD DEL PACIENTE.
- 2.- DETERMINAR LAS NECESIDADES EDUCACIONALES DEL PACIENTE.
- 3.- HACER QUE EL PACIENTE RECONOZCA Y EXPRESUS PROPIAS NECESIDADES.
- 4.- RELACIONAR LAS NECESIDADES DENTALES CON LAS PSICOLÓGICAS.
- 5.- ESTIMULAR LA MOTIVACIÓN.
- 6.- ESTABLECER OBJETIVOS A LARGO Y CORTO PLAZO
- 7.- COMENZAR LA ACCIÓN.
- 8.- EVALUAR LOS RESULTADOS.

CAPÍTULO III

TRATO DEL PACIENTE EN SU PRIMERA VISITA.

ESTRATEGIA:

SE SUGIERE PARA LA PRIMERA VISITA LA SIGUIENTE ESTRATEGIA, QUE COMPRENDE SUFICIENTE MATERIAL PARA QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES LO DIGIERA EN UNA SOLA SESIÓN; SIENDO DE UNA MANERA BREVE Y CONCISA PARA NO FASTIDIAR AL PACIENTE.

COMPRENDIENDO LA ESTRATEGIA LO SIGUIENTE:

1.- RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE QUE:

- a) TIENE PLACA.
- b) LA PLACA ESTÁ COMPUESTA POR "GÉRMENES" VIVOS.
- c) LA PLACA PRODUCE CARIES DENTAL Y ENFERMEDADES GINGIVALES.
- d) LA REMOSIÓN DE LA PLACA PREVIENE O CURA TALES ENFERMEDADES.

- e) LA PLACA PUEDE ELIMINARSE.
- f) PUEDE REMOVER LA PLACA, SI TRATA DE HÁ CERLO.

2.- RECOMENDACIÓN DE QUE VAYA A SU CASA Y PRACTIQUE LA IDENTIFICACIÓN DE LA PLACA Y SU ELIMINACIÓN POR CEPILLADO.

IMPLEMENTACIÓN:

EL PRIMER PASO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ES HACER QUE EL PACIENTE RECONOZCA QUE TIENE PLACA BACTERIANA Y QUE ESTÁ UBICADA EN SU BOCA. ESTO SE HACE EMPLEANDO UN COMPUESTO REVELANTE PORQUE LA PLACA A MENOS DE QUE SEA EXTREMADAMENTE ABUNDANTE, ES TRANSPARENTE Y CLÍNICAMENTE INVISIBLE.

SON MUCHOS LOS COMPUESTOS REVELANTES QUE SE PUEDEN ADQUIRIR EN EL COMERCIO, Y TODOS ELLOS TIENEN LA PLACA, QUE SE VUELVE ASÍ BRILLANTEMENTE COLOREADA Y FÁCILMENTE VISIBLE. LOS COMPUESTOS REVELANTES COMUNES ESTÁN FORMADOS POR COLORANTES PARA ALIMENTOS Y ALGÚN SOPORÍFERO PARA HACER AGRADABLE SU USO.

LA MAYORÍA DE LOS REVELANTES SON ROJOS (ERITROSINA) AUNQUE ALCUNOS CONSULTORIOS PREFIEREN COLORANTES -- AZULES O VERDES, PORQUE SON MÁS AGRADABLES DE ABSORBER Y MÁS ACEPTABLES PARA EL PACIENTE.

LOS COMPONENTES REVELANTES PUEDEN ADQUIRIRSE - EN DOS FORMAS, COMPRIMIDOS Y SOLUCIONES, SIENDO LAS ÚLTIMAS LAS QUE PRODUCEN UN MEJOR REVELADO QUE LAS-PRIMERAS. SI SE EMPLEAN COMPRIMIDOS, SE LE DA UNO AL PACIENTE Y SE LE PIDE QUE LO DISUELVA EN LA BOCA Y LUEGO QUE HAGA FLUIR LA SALIVA EN TORNO DE LOS -- DIENTES. CUANDO SE USAN SOLUCIONES, SE COLOCAN 2- ó 3 GOTAS ENTRE LA LENGUA Y LA CARA LINGUAL DE LOS- INCISIVOS INFERIORES Y SE HACE CORRER LA SALIVA AL- REDEDOR DE LOS DIENTES. EN AMBOS CASOS LA APLICA- CIÓN DEBE SER SEGUIDA POR UNO O DOS ENJUAGUES CON - AGUA LIMPIA ANTES DE QUE SE COMIENZE EL EXAMEN DE - LA PLACA. OTRO MÉTODO CORRIENTE EN EL USO DE LAS- SOLUCIONES ES APLICARLAS DIRECTAMENTE SOBRE LOS --- DIENTES CON UN APLICADOR DE ALGODÓN. ESTO EVITA O REDUCE NOTABLEMENTE EL PROBLEMA DE LA TINCIÓN DE -- LOS LABIOS, CARRILLOS Y OTROS TEJIDOS BLANDOS.

ALGUNOS CONSULTORIOS PREFIEREN REVELAR LA PLACA CON FLUOROSCEÍNA, QUE ES UN COMPUESTO FLUORESCENTE E INCOLORA BAJO LA LUZ NATURAL, PERO QUE BRILLA CON UN VÍVIDO COLOR AMARILLO VERDOSO CUANDO SE LO ILLUMINA CON LUZ ULTRAVIOLETA-VIOLETA. ASÍ, LA PLACA SE MANTIENE INVISIBLE BAJO LA LUZ BLANCA, PERO SE VUELVE VISIBLE CUANDO SE EMPLEA UNA LUZ ESPECIAL (PLACK LITE) ES QUE, CUANDO EL PACIENTE DEJA EL CONSULTORIO NO SE VEN MANCHAS EN SUS LABIOS, LENGUA Y MUCOSA BUCAL.

EL PASO SIGUIENTE EN EL PROGRAMA ES DEMOSTRAR AL PACIENTE QUE LA PLACA ESTÁ COMPUESTA PRINCIPALMENTE POR "GÉRMENES" VIVIENTES Y ESTO PUEDE HACERSE MUY FÁCILMENTE.

SE OBTIENE LA MUESTRA RETIRANDO CON UN EXPLORADOR, UN ESCARBADIENTES O CUALQUER OTRO INSTRUMENTO ADECUADO, UNA PORCIÓN DE PLACA TEÑIDA, Y SE LE MUESTRA AL PACIENTE. TAMBIÉN ES CONVENIENTE OBTENER UNA SEGUNDA MUESTRA DE UN ESPACIO INTERPROXIMAL POR MEDIO DE UN HILO DENTAL. USANDOSE ESTA PRUEBA PARA DEMOSTRARLE AL PACIENTE LA NECESIDAD DE USAR EL HILO DENTAL.

EL PASO SIGUIENTE DEL PROGRAMA ES MOSTRAR LOS EFECTOS DE LA PLACA AL PACIENTE, ESTO PUEDE HACERSE CON FIGURAS, FOTOGRAFÍAS, DIAPOSITIVAS, PELÍCULAS O AÚN MEJOR, SEÑALANDO AQUELLOS DEFECTOS - CORTES, INFLAMACIÓN GINGIVAL DIRECTAMENTE EN LA BOCA DEL PACIENTE. TAMBIÉN PUEDE MOSTRARSE QUE LA SIMPLE REMOCIÓN DE LA PLACA SIN NINGÚN OTRO TRATAMIENTO Y -- CON UN GASTO RELATIVAMENTE PEQUEÑO, TRAERÁ COMO RESULTADO UN BUEN ESTADO DE SALUD BUCAL.

ENSEGUIDA ES MOSTRAR QUE LA PLACA PUEDE SER RETIRADA Y QUE, EN EFECTO, EL PACIENTE PUEDE HACERLO. EL DENTISTA DEBE DAR AL PACIENTE UN CEPILLO DE DIENTES Y UN ESPEJO DE MANO, E INVITARLO A REMOVER "LA SUSTANCIA REVELADORA DE LA PLACA DENTOBACTERIANA -- QUE SE ENCUENTRE PIGMENTANDO LOS DIENTES, INDICÁNDOSE SELE CUAL ES LA TECNICA DE CEPILLADO ADECUADA Y --- CUANTAS VECES AL DÍA DEBE REALIZARLA PARA OBTENER - UNA BUENA HIGIENE BUCAL.

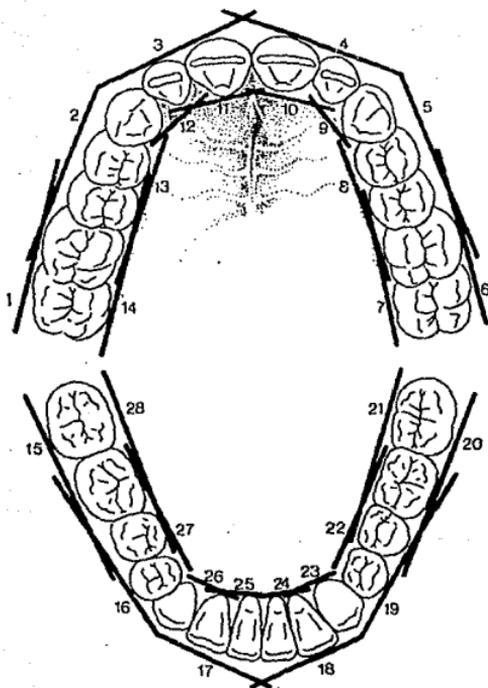
EL PACIENTE DEBE UTILIZAR LA SOLUCIÓN REVELADORA (O COMPRIMIDOS) POR LO MENOS UNA VEZ AL DÍA E INDICÁRSELE QUE DEBE DE ELIMINAR TANTAS MANCHAS COMO-

SEA POSIBLE.

TÉCNICA DE CEPILLADO:

EXISTEN MUCHOS MÉTODOS DE CEPILLADO DENTARIO, -
LOS CUALES, SI SON REALIZADOS CON PROPIEDAD PUEDEN-
BRINDAR LOS RESULTADOS DESEADOS. EN TODOS LOS MÉ-
TODOS, LA BOCA SE DIVIDE EN 2 SECCIONES, SE COMIEN-
ZA POR LA ZONA MOLAR SUPERIOR DERECHA Y SE CEPILLA-
POR ORDEN HASTA QUE QUEDEN LIMPIAS TODAS LAS SUPER-
FICIES ACCESIBLES.

LAS TÉCNICAS QUE MÁS COMÚNMENTE SE ENSEÑAN EN-
EN LAS FACULTADES DE ODONTOLOGÍA ES LA DE BASS.



POSICIONES DEL CEPILLO DE DIENTES PARA LA LIMPIEZA SISTÉMICA. LAS LÍNEAS OSCURAS SEÑALAN LAS POSICIONES -- DEL CEPILLO PARA ABARCAR EL MAXILAR SUPERIOR Y EL INFERIOR.

MÉTODO DE BASS (LIMPIEZA DEL SURCO) CON CEPILLO ---
BLANDO.

SUPERFICIES VESTIBULARES SUPERIORES Y VESTIBULARES-
PROXIMALES:

COMENZANDO POR LAS SUPERFICIES VESTÍBULOPROXI-
MALES EN LA ZONA MOLAR DERECHA, COLÓQUESE LA CABEZA
DEL CEPILLO PARALELA AL PANO OCLUSAL CON LAS CERDAS
HACIA ARRIBA, POR DETRÁS DE LA SUPERFICIE DISTAL --
DEL ÚLTIMO MOLAR (FIGS. A . .). COLÓQUENSE LAS --
CERDAS A 45° RESPECTO DEL EJE MAYOR DE LOS DIENTES-
Y FUÉRCENSE LOS EXTREMOS DE LAS CERDAS DENTRO DEL -
EJE MAYOR DEL SURCO GINGIVAL (FIG. B) Y SOBRE EL -
MARGEN GINGIVAL, ASEGURÁNDOSE DE QUE LAS CERDAS PE-
NETREN TODO LO POSIBLE EN EL ESPACIO INTERPROXIMAL-
(FIG. C).

FIG. A

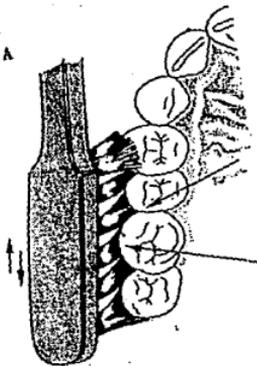


FIG. B

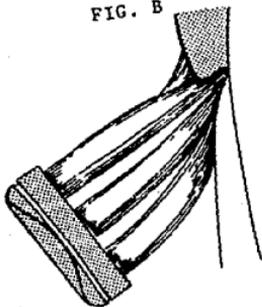
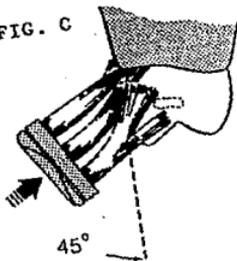


FIG. C



EJERZASE PRESIÓN SUAVE EN EL SENTIDO DEL EJE MAYOR DE LAS CERDAS (FIGS.C) Y ACTÍVESE EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO VIBRATORIO HACIA ADELANTE Y ATRÁS CONTANDO HASTA DIEZ SIN DESCOLOCAR LAS PUNTAS DE -- LAS CERDAS. ESTA LIMPIA DETRÁS DEL ÚLTIMO MOLAR, LA ENCÍA MARGINAL, DENTRO DE LOS SURCOS GINGIVALES Y A LO LARGO DE LAS SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES HASTA DONDE LLEGUEN LAS CERDAS.

ERRORES COMUNES:

LOS ERRORES SIGUIENTES EN EL USO DEL CEPILLO, SUELEN TENER POR CONSECUENCIA LA LIMPIEZA INSUFICIENTE O LA LESIÓN DE LOS TEJIDOS:

- 1.- EL CEPILLO SE COLOCA ANGULADO Y NO PARALELO AL PLANO OCLUSAL, TRAUMATIZANDO LA ENCÍA Y LA MUCOSA VESTIBULAR (FIG. D).
- 2.- LAS CERDAS SE COLOCAN SOBRE LA ENCÍA INSERTADA Y NO EN EL SURCO GINGIVAL (FIG. E). CUANDO SE ACTIVA EL CEPILLO, SE DESCUIDA EL MARGEN GINGIVAL Y LAS SUPERFICIES DENTARIAS MIENTRAS SE TRAUMATIZA LA ENCÍA INSERTADA

TADA Y LA MUCOSA ALVEOLAR (FIG. E).

- 3.- LAS CERDAS SON PRESIONADAS CONTRA LOS DIENTES Y NO ANGULADAS HACIA EL SURCO GINGIVAL (FIG.F)

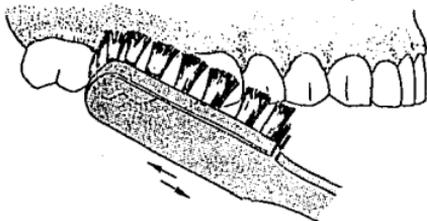
DESCIÉNDASE EL CEPILLO Y MUÉVASELO HACIA - ADELANTE, Y REPÍTASE EL PROCESO EN LA ZONA DE PREMOLARES (FIG. D).

CUANDO SE LLEGA AL CANINO SUPERIOR DERECHO COLÓQUESE EL CEPILLO DE MODO QUE LA ÚLTIMA HILERA DE CERDAS QUEDE DISTAL A LA PROMI--NENCIA CANINA, NO SOBRE ELLA (FIG.G). ES INCORRECTO COLOCAR EL CEPILLO A TRAVÉS DE--LA PROMINENCIA CANINA (FIG.H). ELLO TRAUMATIZA LA ENCÍA CUANDO SE EJERCE PRESIÓN - PARA FORZAR LAS CERDAS DENTRO DE LOS ESPA--CIOS INTERPROXIMALES DISTALES. ESTO PO--DRÍA CAUSAR RECESIÓN GINGIVAL EN LA PROMI--NENCIA CANINA. TOMÉNSE LAS MISMAS PRECAUCIONES CON LOS OTROS CANINOS. UNA VEZ ACTIVADO EL CEPILLO, ELÉVESELO Y MUÉVASELO - MESIAL A LA PROMINENCIA CANINA, ENCIMA DE--LOS INCISIVOS SUPERIORES. (FIG.I)Y J).

SUPERFICIES PALATINAS SUPERIORES Y PROXIMOPALATINAS

COMENZANDO POR LAS SUPERFICIES PALATINA Y PROXIMAL EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR IZQUIERDA, CONTÍNESE A LO LARGO DEL ARCO HASTA LA ZONA MOLAR DERECHA. COLÓQUESE EL CEPILLO HORIZONTALMENTE EN LAS ÁREAS MOLAR Y PREMOLAR (FIG.K). PARA ALCANZAR LA SUPERFICIE PALATINA DE LOS DIENTES ANTERIORES, COLÓQUESE EL CEPILLO VERTICALMENTE (FIG.L Y M) PRESIÓNENSE LAS CERCERDAS DEL EXTREMO DENTRO DEL SURCO GINGIVAL E INTERPROXIMALMENTE ALREDEDOR DE 45° RESPECTO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE Y ACTÍVESE EL CEPILLO CON GOLPES CORTOS REPETIDOS. SI LA FORMA DEL ARCO LO PERMITE EL CEPILLO SE COLOCA HORIZONTALMENTE ENTRE LOS CANINOS, CON LAS CERCERDAS ANGULADAS DENTRO DE LOS SURCOS DE LOS DIENTES ANTERIORES COMO PUEDE VERSE EN LA FIG. N.

FIG. D



CORRECTO



FIG. D

INCORRECTO

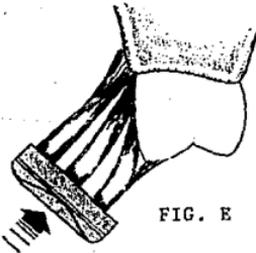


FIG. E

CORRECTO

FIG. E

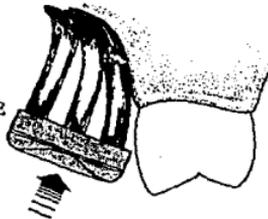


FIG. G

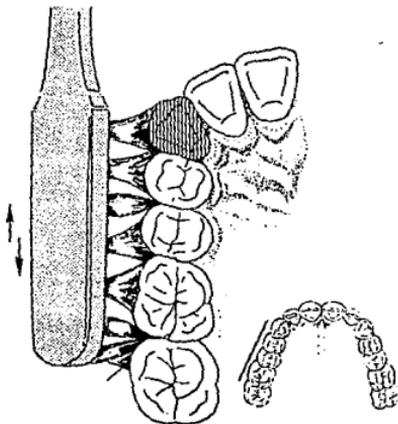
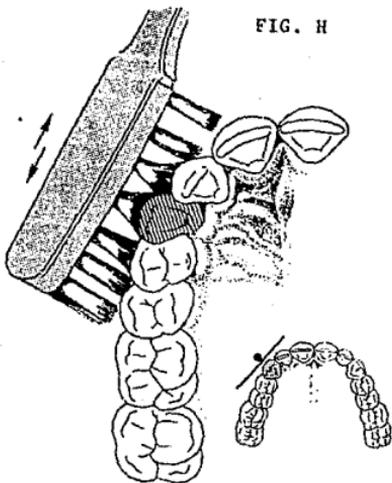


FIG. H



PREVENCION DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y
PERIODONTAL

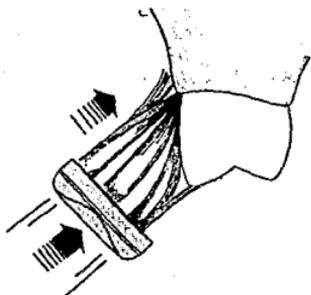


FIG. F

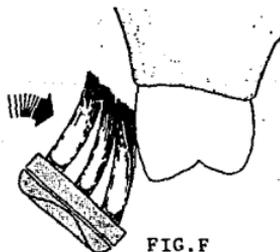


FIG.F

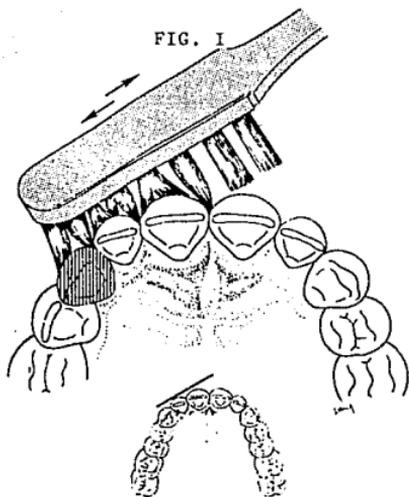


FIG. J



FIG. K

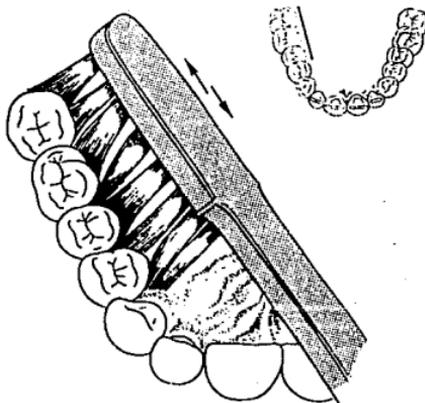


FIG. L



FIG. M

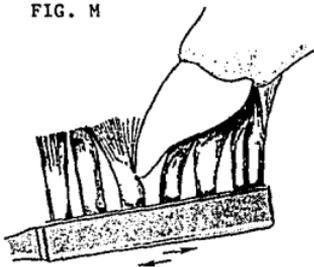
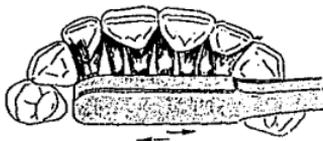


FIG. N



SUPERFICIES VESTIBULARES INFERIORES, VESTIBULOPROXIMALES, LINGUALES Y LINGUOPROXIMALES.

UNA VEZ COMPLETADO EL MAXILAR SUPERIOR Y LAS SUPERFICIES PROXIMALES, CONTINUÉSE EN LAS SUPERFICIES VESTIBULARES Y PROXIMALES DE LA MANDÍBULA, SECTOR -- POR SECTOR, DESDE DISTAL DEL SEGUNDO MOLAR HASTA DISTAL DEL MOLAR IZQUIERDO. DESPUÉS, LIMPIÉNSE LAS SUPERFICIES LINGUALES Y LINGUOPROXIMALES SECTOR POR -- SECTOR, DESDE LA ZONA MOLAR IZQUIERDA HASTA LA ZONA MOLAR DERECHA (FIG.Ñ). EN LA REGIÓN ANTERIOR INFERIOR, EL CEPILLO SE COLOCA VERTICALMENTE, CON LAS -- CERDAS DE LA PUNTA ANGULADAS HACIA EL SURCO GINGIVAL (FIG.O). SI EL ESPACIO LO PERMITE, EL CEPILLO PUEDE SER COLOCADO HORIZONTALMENTE ENTRE LOS CANINOS, -- CON LAS CERDAS ANGULADAS HACIA LOS SURCOS DE LOS --- DIENTES ANTERIORES (FIG.Ɔ).

ERROR COMÚN:

EL CEPILLO SE COLOCA SOBRE EL BORDE INCISAL, -- CON LAS CERDAS SOBRE LA SUPERFICIE LINGUAL, PERO SIN LLEGAR HASTA LOS SURCOS GINGIVALES (FIG.Q). AL MOVER EL CEPILLO HACIA ATRÁS Y ADELANTE, SOLO SE LIM--

PÍAN EL BORDE INCISAL Y UNA PORCIÓN DE LA SUPERFICIE LINGUAL.

SUPERFICIES OCLUSALES:

PRESIÓNENSE FIRMEAMENTE LAS CERDAS SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES, INTRODUCIENDOSE LOS EXTREMOS EN SURCOS Y FISURAS (FIG. B).

ACTÍVESE EL CEPILLO CON MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE, CONTANDO HASTA DIEZ Y AVANZANDO SECTOR POR SECTOR HASTA LIMPIAR TODOS LOS DIENTES POSTERIORES.

ERROR COMÚN:

EL CEPILLO ES "FREGADO" CONTRA LOS DIENTES CON MOVIMIENTOS HORIZONTALES LARGOS, EN VEZ DE REALIZAR MOVIMIENTOS CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE.

MÉTODO DE STILLMAN.

EL CEPILLO SE COLOCA DE MODO QUE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS QUEDEN EN PARTE SOBRE LA ENCÍA, Y EN PARTE SOBRE LA PORCIÓN CERVICAL DE LOS DIENTES. LAS CERDAS DEBEN SER OBLICUAS AL EJE MAYOR DEL DIENTE Y-



FIG. N

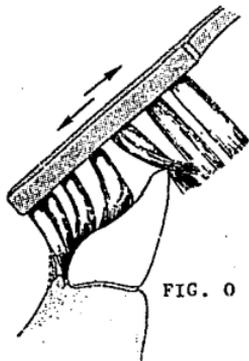


FIG. O



FIG. P

FIG. Q

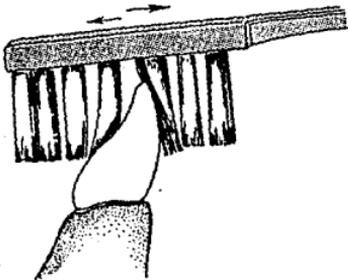
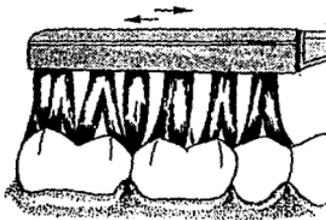


FIG. R



ORIENTADAS EN SENTIDO APICAL. SE EJERCE PRESIÓN LA
TERALMENTE CONTRA EL MARGEN GINGIVAL HASTA PRODUCIR-
UN EMPALIDECIMIENTO PERCEPTIBLE. SE SEPARA EL CEPI
LLO PARA PERMITIR QUE LA SANGRE VUELVA A LA ENCÍA.
SE APLICA PRESIÓN VARIAS VECES, Y SE IMPRIME AL CEPI
LLO UN MOVIMIENTO ROTATIVO SUAVE, CON LOS EXTREMOS -
DE LAS CERDAS EN POSICIÓN.

SE REPITE EL PROCESO EN TODAS LAS SUPERFICIES -
DENTARIAS, COMENZANDO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR, PRO
CEDIENDO SISTEMÁTICAMENTE EN TODA LA BOCA. PARA AL
CANZAR LAS SUPERFICIES LINGUALES DE LAS ZONAS ANTE--
RIORES SUPERIOR E INFERIOR, EL MANGO DEL CEPILLO ES-
TARÁ PARALELO AL PLANO OCLUSAL, Y DOS O TRES PENA---
CHOS DE CERDAS TRABAJAN SOBRE LOS DIENTES Y LA ENCÍA

LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS MOLARES Y PRE-
MOLARES SE LIMPIAN COLOCANDO LAS CERDAS PERPENDICU--
LARMENTE AL PLANO OCLUSAL Y PENETRANDO EN PROFUNDI--
DAD EN LOS SURCOS Y ESPACIOS INTERPROXIMALES (FIG.--
32-27).

MÉTODO DE STILLMAN MODIFICADO.

ESTA ES UNA ACCIÓN VIBRATORIA COMBINADA DE LAS CERDAS CON EL MOVIMIENTO DEL CEPILLO EN EL SENTIDO DEL EJE MAYOR DEL DIENTE. EL CEPILLO SE COLOCA EN LA LÍNEA MUCOGINGIVAL, CON LAS CERDAS DIRIGIDAS HACIA AFUERA DE LA CORONA, Y SE ACTIVA CON MOVIMIENTOS DE FROTAMIENTO EN LA ENCÍA INSERTADA, EN EL MARGEN GINGIVAL Y EN LA SUPERFICIE DENTARIA. SE GIRA EL MANGO HACIA LA CORONA Y SE VIBRA MIENTRAS SE MUEVE EL CEPILLO.

MÉTODO DE CHARTERS.

EL CEPILLO SE COLOCA SOBRE EL DIENTE, CON UNA ANGULACIÓN DE 45°, CON LAS CERDAS ORIENTADAS HACIA LA CORONA. DESPUÉS SE MUEVE EL CEPILLO A LO LARGO DE LA SUPERFICIE DENTARIA HASTA QUE LOS COSTADOS DE LAS CERDAS ABARQUEN EL MARGEN GINGIVAL, CONSERVANDO EL ÁNGULO DE 45°.

GÍRESE LEVEMENTE EL CEPILLO, FLEXIONANDO LAS CERDAS DE MODO QUE LOS COSTADOS PRESIONEN EL MARGEN GINGIVAL, LOS EXTREMOS TOQUEN LOS DIENTES Y ALGUNAS CERDAS PENETREN INTERPROXIMALMENTE. SIN DESCOLOCAR LAS CERDAS, GÍRESE LA CABEZA DEL CEPILLO, MANTENIEN-

ÑO LA POSICIÓN DOBLADA DE LAS CERDAS. LA ACCIÓN ROTATORIA SE CONTINÚA MIENTRAS SE CUENTA HASTA DIEZ.

LLÉVESE EL CEPILLO HASTA LA ZONA ADYACENTE Y REPÍTASE EL PROCEDIMIENTO, CONTINUANDO ÁREA POR ÁREA, SOBRE TODA LA SUPERFICIE VESTIBULAR Y DESPUÉS PÁSESE A LA LINGUAL, TENIENDO CUIDADO DE PENETRAR EN CADA ESPACIO INTERDENTARIO.

PARA LIMPIAR LAS SUPERFICIES OCLUSALES, FUÉRCENSE SUAVEMENTE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS DENTRO DE LOS SURCOS Y FISURAS Y ACTÍVESE EL CEPILLO CON UN MOVIMIENTO DE ROTACIÓN, SIN CAMBIAR LA POSICIÓN DE LAS CERDAS. REPÍTASE CON MUCHO CUIDADO ZONA POR ZONA HASTA QUE ESTÉN PERFECTAMENTE LIMPIAS TODAS LAS SUPERFICIES MASTICATORIAS (FIG. 32-28), SIENDO ESTOS ALGUNOS DE LOS MÉTODOS DE CEPILLADO MÁS CONOCIDOS Y USUALES.

CAPÍTULO IV

TRATO DEL PACIENTE EN SU SEGUNDA VISITA

ESTRATEGIA:

- 1.- CONTROLAR EL CEPILLADO DE LOS DIENTES.
- 2.- PROVEER REFUERZOS.
- 3.- CORREGIR LOS PROBLEMAS DEL CEPILLADO.
- 4.- SI EL PACIENTE SE ESTÁ DESEMPEÑANDO BIEN Y HAY POCOS PROBLEMAS DE CEPILLADO, INTRODUCIR EL USO DEL HILO DENTAL. SI HAY DEMASIADOS PROBLEMAS, PONERLO PARA OTRA VISITA.

LA SEGUNDA VISITA SE REALIZA CINCO A SIETE DÍAS DESPUÉS DE LA PRIMERA CITA, APROXIMADAMENTE, PARA DAR AL PACIENTE SUFICIENTE TIEMPO COMO PARA QUE APRENDA A ELIMINAR TANTA PLACA COMO PUEDA.

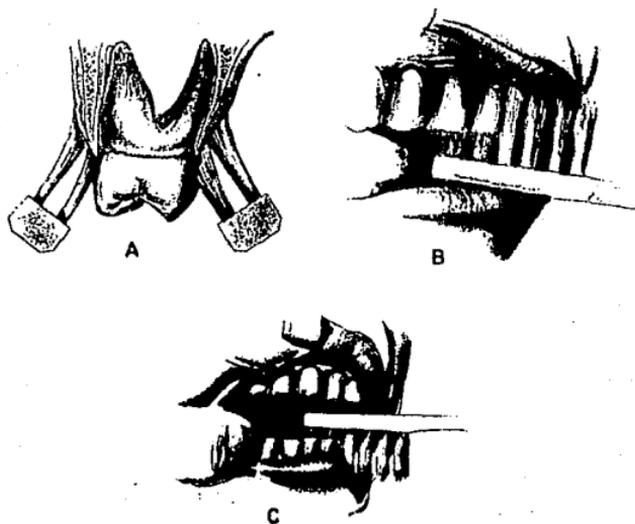


FIG. 32-27.- TÉCNICA DE CEPILLADO DE STILLMAN.

A) CEPILLO EN LAS SUPERFICIES VESTIBULAR Y PALATINA-
DE LOS DIENTES POSTERIORES SUPERIORES. B) CEPI-
LLO EN LA REGION ANTERIOR SUPERIOR. C) CEPILLO EN-
LA ZONA ANTERIOR INFERIOR.

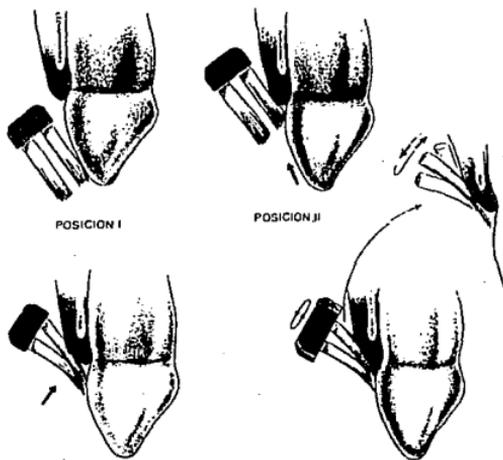


FIG. 32-28.- TÉCNICA DE CEPILLADO DE CHARTERS. POSICIÓN I.- CEPILLO COLOCADO SOBRE EL DIENTE CON LAS CERDAS ANGULADAS HACIA LA CORONA. POSICIÓN II.- CEPILLO DESPLAZADO DE MODO QUE LAS CERDAS DESCANSAN SOBRE LA ENCÍA MARGINA. POSICIÓN III.- CERDAS FLEXIONADAS CONTRA EL DIENTE Y LA ENCÍA. POSICIÓN IV.- CEPILLO VIBRADO SIN CAMBIAR LA POSICIÓN DE LAS PUNTAS DE LAS CERDAS.



FIG. 32-31.- HILO DENTAL.- SOSTENIDO CON EL PULGAR -
DERECHO Y EL ÍNDICE IZQUIERDO, MIENTRAS SE LO PASA -
POR EL ÁREA DE CONTACTO ENTRE LOS INCISIVOS CENTRAL-
Y LATERAL.

OTROS AUXILIARES PARA LA LIMPIEZA.

NO ES POSIBLE LIMPIAR COMPLETAMENTE LOS DIENTES SOLO MEDIANTE EL CEPILLO Y EL DENTRÍFICO, PORQUE LAS CERDAS NO ALCANZAN LA TOTALIDAD DE LA SUPERFICIE --- PROXIMAL. LA REMOSIÓN DE LA PLACA INTERPROXIMAL ES ESENCIAL, PORQUE LA MAYORÍA DE LAS ENFERMEDADES GINGIVALES COMIENZAN EN LA PAPILA INTERDENTARIA Y LA -- FRECUENCIA DE LA GINGIVITIS ES MÁS ALTA ALLÍ. PARA UN MEJOR CONTROL DE LA PLACA, EL CEPILLADO HA DE SER COMPLEMENTADO CON UN AUXILIAR DE LIMPIEZA COMO SON:

HILO DENTAL, APARATOS DE IRRIGACIÓN BÚCAL Y ENJUAGATORIOS. LOS AUXILIARES SUPLEMENTARIOS REQUERIDOS DEPENDEN DE LA VELOCIDAD INDIVIDUAL DE LA FORMACIÓN DE PLACA, HÁBITO DE FUMAR, ALINEAMIENTOS DENTARIOS Y ATENCIÓN ESPECIAL QUE DEMANDA LA LIMPIEZA ALREDEDOR DE LOS APARATOS DE ORTODONCIA Y PRÓTESIS --- FIJA.

ADEMÁS, EN EL CASO DE PACIENTES CON INFLAMACIÓN GINGIVAL, ESTE INTERVALO PERMITIRA QUE CUALQUIER LAS TIMADURA O HEMORRAGIA PROVOCADAS POR LOS NUEVOS HÁBITOS DE CEPILLADO REGULAR Y COMPLETO DESAPAREZCAN.

LA SESIÓN COMIENZA PREGUNTÁNDOLE AL PACIENTE SOBRE SU PROGRESO Y SI HUBO PROBLEMAS PARA REALIZAR LA TÉCNICA.

EL PACIENTE RECIBE UN ESPEJO DE MANO Y UN CEPILLO DE DIENTES Y SE LE PIDE QUE SE CEPILLE COMO LO HA ESTADO HACIENDO LAS ÚLTIMAS SEMANAS Y LUEGO SE ENJUAGUE.

A CONTINUACIÓN SE APLICA DE NUEVO UN COMPUESTO-REVELANTE, SE LE PIDE AL PACIENTE QUE SE ENJUAGUE DE NUEVO Y SE LE PIDE QUE OBSERVE SUS DIENTES EN EL ESPEJO. PUDIENDO HABER OCURRIDO DOS COSAS: EL PACIENTE PUDO HABER REMOVIDO TODA LA PLACA ALCANZABLE POR-EL CEPILLO, O PUEDE NO HABERLO HECHO.

SI LA REMOSIÓN DE LA PLACA HA SIDO COMPLETA, SE FINALIZAN LAS INSTRUCCIONES CON RESPECTO AL CEPILLADO, PERO AÚN COMPLEMENTANDO EL PROGRAMA CON EL USO DEL HILO DENTAL DURANTE LAS VISITAS DE CONTROL.

LOS DIENTES APIÑADOS O EN MALA POSICIÓN PUEDEN-REQUERIR QUE SE MODIFIQUE TANTO EL CEPILLO COMO LA -

TÉCNICA PARA ADECUARSE A LAS NECESIDADES DE LOS DIEN-
TES INDIVIDUALES. SE REQUIERE UN MOVIMIENTO HACIA-
ARRIBA Y HACIA ABAJO CON UN CEPILLO MODIFICADO, RE--
CORTANDO LAS CERDAS, EXCEPTO UNOS POCOS PENAHCOS EN-
LA PUNTA.

CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA DENTOBACTERIANA.

DE LOS VARIOS MÉTODOS CON QUE PUEDE CONTROLARSE
LA PLACA, EL MÁS EFECTIVO EN EL MOMENTO ACTUAL ES SU
REMOSIÓN MECÁNICA POR MEDIO DEL CEPILLO DE DIENTES,-
EL HILO DENTAL Y ALGUNOS OTROS COADYUVANTES. DEBE-
RECONOCERSE, SIN EMBARGO, QUE ESTOS PROCEDIMIENTOS -
TIENEN SUS LIMITACIONES, PARA EL PACIENTE BIEN MOTI-
VADO Y CORRECTAMENTE INSTRUIDO QUE DESEA INVERTIR EL
TIEMPO Y EL ESFUERZO NECESARIOS, LAS MEDIDAS MECÁNI-
CAS SON EFECTIVAS CON EL CONTROL DE PLACA. TAMBIÉN
ES ADECUADO DECIR QUE "LA DESTREZA TÉCNICA", EL ES--
FUERZO, EL TIEMPO Y LA PERSEVERANCIA REQUERIDOS PARA
MANTENER CONTINUAMENTE UN ALTO GRADO DE LIMPIEZA BU-
CAL EXCEDE LA CAPACIDAD DEL SER HUMANO. POR LO TAN
TO, LOS PROCEDIMIENTOS MECÁNICOS PUEDEN NO OFRECER -

UNA SOLUCIÓN COMPLETA AL PROBLEMA DE LA PREVENCIÓN -
DE LA PLACA Y DE SU CONTROL, PARA UNA GRAN POBLACIÓN.

PARA LLEVAR A CABO UN PROGRAMA DE CONTROL DE --
PLACA, LO PRIMERO ES EDUCAR AL PACIENTE EN LO QUE ES
LA PLACA Y CUALES SON SUS EFECTOS, Y EN SEGUNDO LU--
GAR COMO CONTROLAR SUS EFECTOS, PARA PODER LOGRAR UN
CAMBIO EN LA CONDUCTA DEL PACIENTE, EN OTRAS PALA---
BRAS, EL PROGRAMA NO PUEDE CONSTAR SOLAMENTE DE LA--
INSTRUCCIÓN. ES FUNDAMENTAL QUE EL PACIENTE DESA--
RROLLE NUEVAS ACTITUDES Y PRACTICAS, O QUE CAMBIE AC
TITUDES INADECUADAS Y PRÁCTICAS INEFICIENTES ADQUIRI
DAS EN EL PASADO.

USO DEL HILO DENTAL Y OTROS ELEMENTOS AUXILIARES.

UNA VEZ QUE SE HA ADQUIRIDO UNA HABILIDAD ADE--
CUADA EN EL CEPILLADO, LLEGA EL MOMENTO DE INTRODUCIR
EL USO DEL HILO DENTAL.

EL PRIMER PASO DEL PROGRAMA DE LA INSTRUCCIÓN -
SOBRE EL USO DEL HILO DENTAL ES MOSTRAR PORQUE ES NE-
CESARIO SU EMPLEO, YA QUE ES UN MEDIO MUY EFICAZ PA-

RÁ LIMPIAR LAS SUPERFICIES DENTARIAS PROXIMALES (OSEA ENTRE DIENTE Y DIENTE). ESTO PUEDE HACERSE POR MEDIO DE FOTOGRAFÍAS DE CASOS ANTERIORES O SOBRE UN MODELO BUCAL.

HAY VARIAS MANERAS DE USAR EL HILO DENTAL, SE RECOMIENDA LA SIGUIENTE: CÓRTESE UN TROZO DE HILO DE ALREDEDOR DE 90cm. Y ENVUELVANSE LOS EXTREMOS ALREDEDOR DEL DEDO MEDIO DE CADA MANO. PÁSESE EL HILO SOBRE EL DEDO PULGAR DERECHO Y EL ÍNDICE IZQUIERDO E INTRODUZCALO EN LA BASE DEL SURCO GINGIVAL, POR DETRÁS DE LA SUPERFICIE DISTAL DEL ÚLTIMO DIENTE EN EL LADO DERECHO DEL MAXILAR SUPERIOR. CON UN MOVIMIENTO VESTIBULOLINGUAL FIRME, HACIA ATRAS Y ADELANTE, LLEVESE EL HILO HACIA OCLUSAL PARA DESPRENDER TODAS LAS ACUMULACIONES SUPERFICIALES BLANDAS. REPÍTACE VARIAS VECES Y PASESE AL ESPACIO INTERPROXIMAL MESIAL (FIG. 32-31).

HÁGASE PASAR SUAVEMENTE EL HILO A TRAVÉS DEL -- ÁREA DE CONTACTO CON UN MOVIMIENTO HACIA ATRÁS Y ADELANTE. NO SE DEBE FORZAR BRUSCAMENTE EL HILO EN EL

ÁREA DE CONTACTO, PORQUE ELLO LESIONARÁ LA ENCÍA. COLÓQUESE EL HILO EN LA BASE DEL SURCO GINGIVAL EN LA SUPERFICIE MESIOPROXIMAL. LIMPIÉSE EL ÁREA DEL SURCO Y MUÉVASE EL HILO CON FIRMEZA A LO LARGO DE LA SUPERFICIE DENTARIA CON UN MOVIMIENTO DE ATRÁS-HACIA ADELANTE HACIA EL ÁREA DE CONTACTO. TRASLÁDESE EL HILO SOBRE LA PAPILA INTERDENTARIA HACIA LA BASE DEL SURCO GINGIVAL ADYACENTE Y REPÍTASE EL PROCESO EN LA SUPERFICIE DISTOPROXIMAL.

LA FINALIDAD DEL HILO DENTAL ES ELIMINAR LA PLACA, NO DESPRENDER RESTOS FIBROSOS DE ALIMENTOS-ACUÑADOS ENTRE LOS DIENTES Y RETENIDOS EN LA ENCÍA

LA REMOSIÓN DE ALIMENTOS RETENIDOS CON EL HILO DENTAL, SIMPLEMENTE PROPORCIONA UN ALIVIO TEMPORAL Y PERMITE QUE LA SITUACIÓN SE TORNE PEOR.

CAPÍTULO V

CITAS POSTERIORES

POSTERIORMENTE SE LE CITA AL PACIENTE A VISITAS DE CONTROL, LAS CUALES PUEDEN FIJARSE A UNAS POCAS - SEMANAS DE DISTANCIA, A INTERVALOS DE 2 a 3 SEMANAS, POSTERIORMENTE SE LE CITA CADA 4 SEMANAS, DESPUÉS CADA 3 MESES Y FINALMENTE SI TODO SIGUE YENDO BIEN, SE FIJAN LAS VISITAS DE CONTROL CADA 6 MESES.

CEPILLADO DE LOS DIENTES.

SELECCIÓN DEL CEPILLO:

SABER SELECCIONAR EL CEPILLO DENTAL ES ALGO MUY IMPORTANTE, YA QUE EXISTE UNA GRAN VARIEDAD DE ÉSTOS SON DE DIVERSOS TAMAÑOS, DISEÑOS, DUREZA DE CERDAS, - LONGITUD Y DISTRIBUCIÓN DE LAS CERDAS. UN CEPILLO- DE DIENTES DEBE LIMPIAR EFICAZMENTE Y PROPORCIONAR - ACCESIBILIDAD A TODAS LAS ÁREAS DE LA BOCA, LA ELEC- CIÓN ES CUESTIÓN DE PREFERENCIA PERSONAL, SIEMPRE Y-

CUÁNDO CUMPLA CON LOS REQUISITOS YA MENCIONADOS.

EN LA ACTUALIDAD LA SELECCIÓN DEL CEPILLO DE DIENTES SE INCLINA HACIA EL USO DE CEPILLOS BASTANTE PEQUEÑOS, CON PARTES ACTIVAS RECTAS O POCO ANGULADAS FORMADAS POR 2 ó 3 FILAS QUE CONTIENEN CADA UNA ENTRE 10 y 12 PENACHOS DE CERDAS (FIBRAS) SINTÉTICAS, BLANDAS DE PUNTAS REDONDEADAS.

- 1.- LA CABEZA DEL CEPILLO DE DIENTES DEBE SER PEQUEÑA Y RECTA, PARA PERMITIR ALCANZAR TAN TA SUPERFICIE DENTARIA COMO SEA POSIBLE.
- 2.- LAS FIBRAS SINTÉTICAS NO SE DESGASTAN TAN RÁPIDAMENTE COMO LAS NATURALES Y RECUPERAN SU ELASTICIDAD MÁS PRONTO, DESPUÉS DE SER USADAS Y LAVADAS.
- 3.- SE CREE QUE LOS PENACHOS SEPARADOS PERMITEN UNA MEJOR ACCIÓN DE LIMPIEZA, PORQUE LAS FI BRAS PUEDEN FLEXIONARSE Y ALCANZAR ASÍ ZONAS EN LAS QUE UN CEPILLO CON PENACHOS MUY JUNTOS NO ALCANZARÍA, DEBIDO A LA CANTIDAD Y PROXIMIDAD DE LAS MISMAS.

4.- LAS CERDAS DEBEN SER BLANDAS Y LOS EXTREMOS REDONDEADOS PARA EVITAR EL DAÑO A LOS TEJIDOS GINGIVALES.

CEPILLOS ELÉCTRICOS.

LOS CEPILLOS DE DIENTES ELÉCTRICOS, MUESTRAN EN GENERAL 3 TIPOS DE MOVIMIENTOS HORIZONTAL, ALTERNADO, VERTICAL ARQUEADO O VIBRATORIO.

ESTOS CEPILLOS PUEDEN SER ESPECIALMENTE ÚTILES PARA LAS PERSONAS DISMINUÍDAS FÍSICA Y MENTALMENTE, DEBIDO A LA SIMPLICIDAD DE OPERACIÓN POR EL PACIENTE O QUIEN LO AYUDE.

LA ACCIÓN MECÁNICA INCLUIDA EN EL CEPILLO AFECTA A LA MANERA EN QUE SE USA. EN LOS DE TIPO DE MOVIMIENTO EN ARCO (ARRIBA Y ABAJO) EL CEPILLO SE MUEVE DESDE LA CORONA HACIA EL MARGEN GINGIVAL Y EN CÍA INSERTADA Y DA VUELTA. LOS CEPILLOS CON MOVIMIENTO RECÍPROCO (GOLPES CORTOS HACIA ATRÁS Y ADELANTE), O LAS DIVERSAS COMBINACIONES DE MOVIMIENTOS ELÍPTICOS Y RECÍPROCOS SE PUEDEN USAR DE MUCHAS MA-

NÉRAS: CON LAS PUNTAS DE LAS CERDAS EN EL SURCO GINGIVAL (MÉTODO DE BASS), Y, EN EL MARGEN GINGIVAL, - CON LAS CERDAS DIRIGIDAS HACIA LA CORONA (MÉTODO DE CHARLERS) O CON UN MOVIMIENTO VERTICAL DE BARRIDO, - DESDE LA ENCÍA INSERTADA HACIA LA CORONA (MÉTODO DE STILLMAN MODIFICADO).

FRECUENCIA DEL CEPILLADO:

EL PACIENTE DEBE LLEVAR A CABO SU HIGIENE BU-- CAL 3 VECES AL DÍA, DESPUES DE CADA COMIDA Y ANTES- DE ACOSTARSE Y EL USO DEL HILO DENTAL UNA VEZ AL -- DÍA.

DENTÍFRICOS:

SE HA AFIRMADO QUE UN DENTÍFRICO ES UNA SUSTAN CIA UTILIZADA SOBRE UN CEPILLO CON EL FIN DE LIM--- PIAR LAS CARAS ACCESIBLES DE LOS DIENTES.

EL DENTÍFRICO, A TRAVÉS DE SUS SURFACTANTES Y- AGENTES ESPUMÍGENOS (DETERGENTES), AYUDA A DESALO-- JAR LOS RESIDUOS DE ALIMENTOS Y LA PLACA, Y TAMBIÉN

CONTRIBUYE A ELIMINAR MANCHAS POR MEDIO DE SUS --
ABRASIVOS, AYUDANDO ASÍ A LA LIMPIEZA DE LA BOCA.

ADEMÁS, LOS DENTÍFRICOS MODERNOS CONTIENEN -
AGENTES SOPORÍFEROS QUE AYUDAN A MOTIVAR A LA GEN
TE A CEPILLAR SUS DIENTES MÁS FRECUENTEMENTE, DE-
JANDO UNA SENSACIÓN DE LIMPIEZA Y FRESCURA.

EL DENTÍFRICO AYUDA AL CEPILLO EN LA REMO---
SIÓN DE LOS RESTOS BUCALES Y PROMUEVE TAMBIÉN SU-
USO MÁS FRECUENTE.

EN CONCLUSIÓN LAS FUNCIONES DE LOS DENTÍFRI-
COS SON:

- 1.- LIMPIEZA DE LAS CARAS DENTARIAS ACCE--
BLES.
- 2.- PULIDO DE LAS CARAS DENTARIAS ACCESIBLES
- 3.- DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE CARIES -
DENTAL.
- 4.- PROMOCIÓN DE LA SALUD GINGIVAL Y

5.- PROVISIÓN DE UNA SENSACIÓN DE LIMPIEZA -
BUCAL, INCLUYENDO EL CONTROL DE LOS OLO-
RES DE LA BOCA.

ESTAS FUNCIONES DEBEN REALIZARSE DE UNA MANE
RA SEGURA, SIN ABRASIÓN INDEBIDA DE LOS TEJIDOS -
DUROS BUCALES, PARTICULARMENTE LA DENTINA Y SIN -
PROVOCAR IRRITACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

IRRIGADORES DENTALES:

LOS APARATOS DE IRRIGACIÓN BUCAL, PROPORCIO-
NAN UN CHORRO DE AGUA FIJA O INTERMITENTE BAJO --
PRESIÓN, A TRAVÉS DE UNA BOQUILLA. LA IRRIGA---
CIÓN CON AGUA ES UN ACCESORIO MUY EFICAZ DE LA HI
GIENE BUCAL, QUE CUANDO SE UTILIZA ADEMÁS DEL CE-
PILLADO PROPORCIONA VENTAJAS MAYORES QUE LAS OBT
E NIBLES MEDIANTE EL CEPILLADO SOLAMENTE. ESTOS -
PRODUCTOS AYUDAN A REMOVER LA COMIDA Y LOS RESTOS
Y OTROS DEPÓSITOS FLOJAMENTE ADHERIDOS SOBRE LA -
SUPERFICIE DE LOS DIENTES.

SON PARTICULARMENTE ÚTILES EN LOS PACIENTES--
QUE TIENEN PUENTES Y OTROS TIPOS DE RESTAURACIO--
NES O SE LES ESTÁ HACIENDO UN TRATAMIENTO DE ORTO
DONCIA O TIENEN DIENTES EN MALPOSICIÓN, YA QUE TO
DOS ESTOS INCONVENIENTES NO PERMITEN LA FUNCIÓN -
ADECUADA DEL CEPILLO Y EL USO EFICIENTE DEL HILO.

CUANDO SE USA SEGÚN LAS INSTRUCCIONES DEL FA
BRICANTE, ES MENOR EL RIESGO DE LLEGAR A PRODUCIR
DAÑOS EN LOS TEJIDOS BUCALES BLANDOS O DUROS O EN
LAS RESTAURACIONES DENTALES, POR LO TANTO, DEBE -
ACONSEJARSE AL PACIENTE QUE USE UNA PRESIÓN MODE-
RADA Y QUE LA CORRIENTE DE AGUA SE DIRIJA EN FOR-
MA PERPENDICULAR AL EJE LARGO DE LOS DIENTES.

SU FUNCIÓN NO ES DESPRENDER LA PLACA DENTO--
BACTERIANA, PERO SI RETARDA LA ACUMULACIÓN DE PLA
CA Y DE CÁLCULOS Y REDUCE LA INFLAMACIÓN GINGIVAL
Y LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA, AUMENTANDO ASÍ MIS-
MO LA QUERATINIZACIÓN GINGIVAL.

ENJUAGATORIOS:

EL USO DE ENJUAGATORIOS, UNICAMENTE, NO ES SUFICIENTE PARA MANTENER UNA BUENA HIGIENE BUCAL O - SALUD GINGIVAL.

LOS ENJUAGATORIOS SON DE GUSTO AGRADABLE, HACEN SENTIR LA BOCA LIMPIA Y ELIMINAN PARCIALMENTE- LOS RESIDUOS SUELTOS DE ALIMENTOS DESPUÉS DE LA COMIDA, PERO NO DESPRENDEN LA PLACA DENTARIA. AL - ENJUAGARSE POR UN TIEMPO PROLONGADO DE UN MISMO ENJUAGATORIO DISMINUYE SU EFICACIA.

LOS INGREDIENTES ACTIVOS DE ESTAS PREPARACIONES SON UNA MEZCLA DE ACEITES ESENCIALES (LISTERINE) O VARIOS COMPUESTOS DE AMONIO CUATERNARIO --- (SCOPE, CEPACOL, COLGATE 100).

USO DE ESTIMULADORES INTERDENTARIOS, PALILLOS Y -- CEPILLOS INTERPROXIMALES:

LOS ESTIMULADORES INTERMEDIARIOS Y LOS PALILLOS (ELIMINADORES DE PLACA) SE RECOMIENDAN PARA - REMOVER LA PLACA CON EL CEPILLO O EL HILO. CUAN-

DO EL OBJETIVO ES REMOVER LA PLACA, DEBE PRESIONAR SE EL ESTIMULADOR O EL PALILLO CONTRA LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES Y NO UBICARLO EN EL CENTRO DEL ESPACIO INTERPROXIMAL. DEBE TENERSE CUIDADO DE NO TRAUMATIZAR LA PAPILA GINGIVAL NI FORZAR LA CREACION DE UN ESPACIO DONDE NO EXISTA.

LOS PALILLOS TAMBIÉN SE RECOMIENDAN PARA LOS PACIENTES PERIODONTALES QUE, AÚN DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, TIENEN SUPERFICIES RADICULARES PROXIMALES-EXPUESTAS, O FURCACIONES EXPUESTAS O CUALQUIER OTRA SUPERFICIE NO ACCESIBLE AL HILO O AL CEPILLO-DENTAL.

CEPILLOS INTERPROXIMALES.

ESTOS CEPILLOS ESTÁN DISEÑADOS PARA PASAR A TRAVÉS DE LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES CUANDO HAY SUFICIENTE SEPARACIÓN DE LOS DIENTES COMO PARA QUE ESTO SUCEDA. CON UN MOVIMIENTO DE FROTACIÓN, PARA REMOVER LA PLACA DE LAS DOS SUPERFICIES PROXIMALES CONTIGUAS.

PORTA-HILOS PARA PUENTES.

LAS COLONIAS DE PLACA QUE SE ACUMULAN EN LAS -
CARAS GINGIVALES DE LOS PÓNTICOS Y LOS PROXIMALES -
DE LOS PILARES DE LOS PUENTES PUEDEN REMOVERSE CON-
EL HILO DENTAL. ESAS ZONAS, ASÍ COMO A LAS CARAS-
PROXIMALES DE LAS FÉRULAS, DEBE EMPLEARSE UN ENHE--
BRADOR O PORTAHILO ESPECIAL DE PLÁSTICO. EL PORTAH
HILO, QUE ES LO SUFICIENTEMENTE RÍGIDO COMO PARA PA
SAR ESTOS "OBSTÁCULOS" Y LO SUFICIENTEMENTE FLEXI--
BLE COMO PARA PERMITIR SU FLEXIÓN Y FACILITAR SU --
USO. SE ENHEBRA CON HILO, SE PASA DESDE VESTIBU--
LAR A LINGUAL POR DEBAJO DEL PUENTE O ENTRE LAS IN-
CRUSTACIONES O CORONAS DE UNA FÉRULA Y LUEGO SE RE-
TIRA.

CAPÍTULO VI

CONTROL DE PLACA PARA EL PACIENTE ORTODÓNCICO

LA COLOCACIÓN DE APARATOS DE ORTODONCIA PARTICULARMENTE AQUELLOS FIJOS AUMENTA NOTABLEMENTE EL RIESGO DE ACUMULACIÓN DE PLACA Y DIFICULTA MAS SU REMOSIÓN.

CEPILLADO DE LOS DIENTES:

LA PRESENCIA DE ARCOS DE ORTODONCIA EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS IMPIDE EL USO DE TÉCNICAS QUE COMPRENDEN MOVIMIENTOS VERTICALES DEL CEPILLO. DADO QUE UNA BUENA PORCION ESTÁN CUBIERTOS POR BANDAS O BRACKETS, LAS ZONAS MÁS CRÍTICAS PARA CEPILLAR SON: EL TERCIO GINGIVAL DE LAS CORONAS, EL SURCO GINGIVAL Y LAS CARAS OCLUSALES DE PREMOLARES Y MOLARES.

ESTÁ INDICADA LA TÉCNICA DE BASS O UNA TÉCNICA DE PROFOTAMIENTO CON EL CEPILLO COLOCADO HACIA GINGIVAL- DE LOS ARCOS DE ALAMBRE.

CEPILLO DENTAL:

SE RECOMIENDAN LOS MISMOS CEPILLOS PARA LOS -- OTROS PACIENTES, ES DECIR, LOS QUE TIENEN LA CABEZA RECTA, MULTIPENACHO, CON CERDAS BLANDAS SINTÉTICAS- DE PUNTAS REDONDEADAS.

DENTÍFRICO:

DADO QUE EL RIESGO DE CARIES ES ALTO EN ESTOS- PACIENTES, DEBE RECOMENDARSE UN DENTÍFRICO QUE CON- TENGA FLUORURO.

FRECUENCIA DEL CEPILLADO:

LOS PACIENTES CON APARATOS DE ORTODONCIA DEBEN SER ALENTADOS A CEPILLARSE TAN FRECUENTEMENTE COMO- SEA POSIBLE, DEBIDO A QUE TIENEN UN RIESGO DE CA--- RIES PARTICULARMENTE ALTO.

LIMPIEZA INTERPROXIMAL:

EL RIESGO DE GINGIVITIS, POR OTRA PARTE, FRECUENTEMENTE ESTÁ AUMENTADO, PORQUE LOS APARATOS FIJOS TIENDEN A PROMOVER LA ACUMULACIÓN DE PLACA Y RESTOS CONTRA LA ENCÍA.

EL CEPILLO INTERPROXIMAL ES EL INSTRUMENTO -- MÁS ADECUADO PARA REMOVER LA PLACA INTERPROXIMAL -- EN ESTOS PACIENTES.

PROFILAXIS BUCAL:

EL TÉRMINO PROFILAXIS BUCAL, SE REFIERE A LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES EN EL CONSULTORIO DENTAL, Y CONSISTE EN LA REMOSIÓN DE PLACA, MATERIA ALBA, CÁLCULOS Y PIGMENTACIONES Y EL PULIDO DE LOS DIENTES. PARA PROPORCIONAR EL MÁXIMO BENEFICIO AL PACIENTE.

- 1.- USO DE SOLUCIÓN REVELADORA O TABLETAS PARA DETECTAR LA PLACA.
- 2.- ELIMINACIÓN DE PLACA Y CÁLCULOS SUPRAGIN-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GINGIVALES Y SUBGINGIVALES, Y OTRAS SUS--
TANCIAS ACUMULADAS EN LA SUPERFICIE.

- 3.- LIMPIEZA Y PULIDO DE LOS DIENTES POR ME--
DIO DE UNA PASTA OBRASIVA O PULIDORA, CON
EL FIN DE QUE LA PLACA SE ACUMULE MENOS -
POR ESTAR LAS SUPERFICIES LISAS. DES---
PUÉS IRRÍGUESE LA BOCA CON AGUA TIBIA PA-
RA ELIMINAR RESIDUOS Y VUÉLVASE A PINTAR-
CON SOLUCIÓN REVELADORA PARA DETECTAR LA-
PLACA QUE NO FUE ELIMINADA.
- 4.- APLÍQUENSE AGENTES TÓPICOS PREVENTIVOS DE
CARIES, SALVO QUE ESTUVIERAN INCLUIDOS EN
LA PASTA PULIDORA.
- 5.- EXAMÍNENSE LAS RESTAURACIONES Y PRÓTESIS-
Y CORRÍJANSE MÁRGENES DESBORDANTES Y CON-
TORNOS PROXIMALES DE RESTAURACIONES.
- 6.- BÚSQUENSE SIGNOS DE IMPACCIÓN DE ALIMEN--
TOS. CÚSPIDES, EMBOLOS, CONTACTOS PROXI-
MALES ANORMALES O REBORDES MARGINALES DES-
GASTADOS SERÁN CORREGIDOS PARA PREVENIR O
CORREGIR EL ACUÑAMIENTO DE ALIMENTOS.

CAPÍTULO VII

PERIODONTO SANO

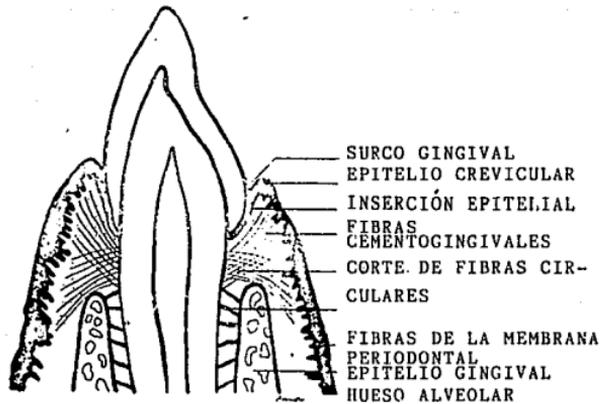


FIG. I

REPRESENTACIÓN DIAGRAMÁTICA DEL PERIODONTO SANO. LA ZONA DE CONTACTO ENTRE EL EPITELIO CREVICULAR Y LA SUPERFICIE DEL DIENTE SE CONOCE GENERALMENTE COMO UNIÓN DENTOGINGIVAL.

PERIODONTO SANO:

LA ENCÍA, QUE ES LA PARTE DE LA MUCOSA BUCAL QUE RODEA AL DIENTE A LA MANERA DE UN CUELLO Y RE CUBRE EL HUESO ALVEOLAR, ESTÁ COMPUESTO POR 3 PARTES:

- A).- LA ENCÍA LIBRE O MARGINAL.
- B).- LA ENCÍA ADHERIDA, Y
- C).- LA PAPILA INTERDENTARIA.

LA ENCÍA MARGINAL COMPRENDE EL MARGEN LIBRE-TIENE ALGO MÁS DE 1mm. DE ANCHO Y FORMA LA PARED-BLANDA DEL SURCO GINGIVAL. EL SURCO, EN UN INDIVIDUO SANO, TIENE ENTRE 1 y 2mm. DE PROFUNDIDAD.

UN BUEN MODO DE OBSERVAR EL SURCO ES ECHAR - AIRE SUAVEMENTE CON LA JERINGA EN SU INTERIOR. ESTO SEPARA LA ENCÍA LIBRE DEL DIENTE Y PERMITE - EL EXAMEN VISUAL DEL SURCO CONSIDERANDO QUE ESTO-- NO ES UN SUSTITUTO DE LA SONDA PERIODONTAL, LA -- CUAL ES INDISPENSABLE PARA LA MEDICIÓN DE LA PRO-

FUNDIDAD DE LA BOLSA.

LA ENCÍA MARGINAL ESTÁ SEPARADA DE LA ENCÍA -- ADHERIDA ADYACENTE POR UNA PRESIÓN LINEAL POCO PROFUNDA.

LA ENCÍA ADHERIDA SE EXTIENDE DESDE LA ENCÍA -- MARGINAL HASTA LA MUCOSA ALVEOLAR. TIENE UNA CONSISTENCIA FIRME Y ESTÁ ÍNTIMAMENTE UNIDA AL HUESO -- ALVEOLAR SUBYACENTE Y AL CEMENTO RADICULAR.

LAS PAPILAS INTERDENTARIAS SON SIMPLEMENTE LAS PROYECCIONES DE LA ENCÍA QUE OCUPA LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES. CUANDO HAY ESPACIOS ENTRE DIENTES-VECINOS, LA ENCÍA INTERPROXIMAL SE ADHIERE AL HUESO ALVEOLAR Y FORMA UNA PAPILA ALGO PLANA Y REDONDEADA

LA ENCÍA SANA TIENE UN COLOR ROSA CORAL Y UNA-SUPERFICIE PUNTILLADA (SEMEJANTE A LA CÁSCARA DE NARANJA). TANTO EL TONO DEL COLOR COMO EL GRADO DE-PUNTILLADO VARÍA DE UN INDIVIDUO A OTRO. EN GENERAL, LA INTENSIDAD DEL TONO SE RELACIONA CON LA COMPLEXIÓN DEL INDIVIDUO Y SU PIGMENTACIÓN CUTÁNEA. LA ENCÍA ES FIRME Y RESILENTE, Y ESTÁ FUERTEMENTE--

UNIDA AL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE, LA ENCÍA MARGINAL TERMINA EN UN BORDE BIEN DEFINIDO Y DELGADO, EN FILO DE CUCHILLO.

LOS PRIMEROS SIGNOS DE INFLAMACIÓN SE VEN GENERALMENTE EN LAS PAPILAS INTERDENTARIAS Y CONSTAN -- PROGRESIVAMENTE DE UN ENROJECIMIENTO DEL TEJIDO, -- EDEMAS Y HEMORRAGIAS. CLÍNICAMENTE SE VE COMO UN AUMENTO EN EL VOLUMEN DEL TEJIDO (TUMEFACCIÓN) Y -- UNA PÉRDIDA DEL PUNTILLADO. COMO RESULTADO DE LA PRESIÓN PRODUCIDA POR EL INFILTRADO INTERNO, LA SUPERFICIE SE VUELVE BASTANTE LISA Y GLASEADA. BAJO ESTÍMULOS MECÁNICOS (TALES COMO EL USO DEL CEPILLO Y EL HILO) SE PRODUCEN HEMORRAGIAS AL COMIENZO DEL PROCESO INFLAMATORIO, PERO ÉSTAS SE VUELVEN ESPONTÁNEAS CUANDO LA INFLAMACIÓN ES MARCADA.

EL PERIODONTO EN LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

COMO SE MENCIONÓ CON ANTERIORIDAD, EL ESTADIO INICIAL EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL ES LA INFLAMACIÓN GINGIVAL O GINGIVITIS.

SE CREE QUE EL AGENTE INFLAMATORIO LOGRA SU ENTRADA A LOS TEJIDOS SUBYACENTES A TRAVÉS DEL SURCO GINGIVAL. ESTO PUEDE SUCEDER A TRAVÉS DE LOS ESPACIOS-INTERCELULARES DEL EPITELIO CREVICULAR O AL NIVEL DE LA ADHERENCIA EPITELIAL. EN LA INFLAMACIÓN GINGIVAL TEMPRANA, LAS FIBRAS COLÁGENAS UBICADAS EN LA BASE DE LA ADHERENCIA GINGIVAL SUFREN UNA TRANSFORMACIÓN. DURANTE ESTE ESTADIO SU CONTORNO ES MUY DIFÍCIL DE OBSERVARLO MICROSCÓPICAMENTE. A MEDIDA QUE EL PROCESO AVANZA, EXISTE UNA SEPARACIÓN FINAL DE ESTAS FIBRAS (O DE SUS REMANENTES) DE LA SUPERFICIE RADICULAR. AL MISMO TIEMPO HAY UNA PROLIFERACIÓN DEL GRUPO DE CÉLULAS MÁS APICALES, Y LA ADHERENCIA EPITELIAL MIGRA APICALMENTE. ES ESTE CRECIMIENTO APICAL DE LA ADHERENCIA GINGIVAL EL QUE FORMA LA LLAMADA BOLSA PERIODONTAL.

A MEDIDA QUE CONTINÚA EL PROCESO, PUEDEN OBSERVARSE SIGNOS TÍPICOS DE INFLAMACIÓN, TALES COMO INFILTRADO LEUCOCITARIO CRÓNICO, PROLIFERACIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS, LISIS DE FIBRAS, ETC. EN EL CORION DE LA ENCIA. COMO RESULTADO DE LOS PROCESOS REPA-

RATIVOS ORGÁNICOS, A MENUDO EXISTE TEJIDO DE GRANULACIÓN EN LA ZONA GINGIVAL ADYACENTE A LA PARED LATERAL Y A LA BASE DE LA BOLSA. ESTE SEGUNDO ESTADÍO, MÁS AVANZADO, DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, SE CARACTERIZA POR UNA ULCERACIÓN DEL EPITELIO CREVICULAR Y LA FORMACIÓN DE UNA BOLSA PERIODONTAL Y SE COÑOCE COMO PERIODONTITIS. A MEDIDA QUE EL PROCESO AVANZA, LA BOLSA SE PROFUNDIRA POR LA MIGRACIÓN APICAL DE LA ADHERENCIA EPITELIAL Y LA SEPARACIÓN DE PORCIÓN MÁS CORONARIA DEL DIENTE.

LA TENDENCIA DE LAS CÉLULAS EPITELIALES DE --- ADHERIRSE A LA SUPERFICIE DENTARIA ES TAL QUE, A PESAR DE LAS MARCADAS ALTERACIONES EN EL EPITELIO DURANTE LA FORMACIÓN DE LA BOLSA, LA ADHERENCIA EPITELIAL NUNCA DESAPARECE, SINO QUE SOLO MIGRA APICALMENTE.

LA PARED INTERNA O DENTARIA DE LA BOLSA CONSTA DE UNA CAPA DESNUDA DE CEMENTO, EXISTEN RESTOS DESORGANIZADOS DE FIBRAS PERIODONTALES Y FRECUENTEMENTE SE OBSERVA EL DETERIORO DEL CEMENTO Y CARIES RA-

DICULARES. A MEDIDA QUE EL PROCESO AVANZA, SE COLEC--
CIONA UN EXUDADO INFLAMATORIO ALREDEDOR Y DENTRO DE LOS
HACES DE FIBRA. SE PRODUCEN CAMBIOS EN LOS NÚCLEOS DE--
LAS CÉLULAS DEL TEJIDO CONECTIVO QUE LLEVAN EN DEFINITI--
VA A LA DEGENERACIÓN DE LAS CÉLULAS. JUNTO CON LA DE--
GENERACIÓN DE LOS FIBROBLASTOS SE PRODUCE LA DESIN--
TEGRACIÓN DE LAS FIBRAS COLÁGENAS

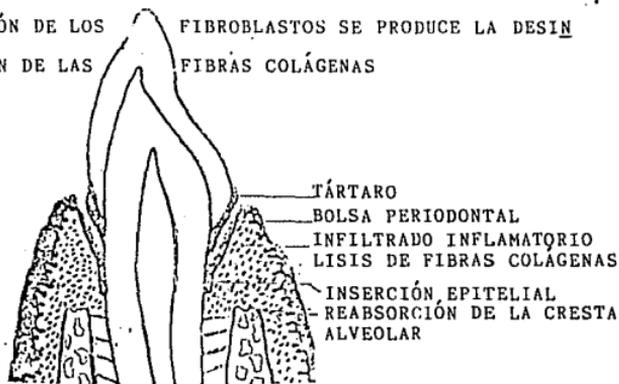


FIG. II

REPRESENTACIÓN DIAGRAMÁTICA DEL PERIODONTO EN LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL INFLAMATORIA. NÓTESE EL INFILTRADO INFLAMATO--
RIO, LA LISIS DE LAS FIBRAS COLÁGENAS, LA REABSORCIÓN ÓSEA--
Y LA MIGRACIÓN DE LA ADHERENCIA EPITELIAL (FORMACIÓN DE BOL--
SA).

QUE SON REEMPLAZADAS POR UNA MASA NECRÓTICA AMORFA. EL EXUDADO INFLAMATORIO SE EXTIENDE SIGUIENDO LAS VÍAS PREEXISTENTES PROVISTAS POR LOS ESPACIOS ENTRE LOS HACES DE FIBRAS Y EL TEJIDO CONECTIVO LAXO QUE RODEA A LOS VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS. A TRAVES DE ESTAS VÍAS DE INFILTRACIÓN ALCANZA AL PERIOSTIO DEL ALVÉOLO Y TAMBIÉN A LOS ESPACIOS MEDULARES DE ESTE.

LA PENETRACIÓN DEL INFILTRADO INFLAMATORIO EN EL PERIOSTIO Y EN LOS ESPACIOS MEDULARES DEL HUESO ALVEOLAR TRAE COMO RESULTADO UNA ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO ENTRE LA FORMACIÓN Y LA REABSORCIÓN ÓSEA CON UNA PÉRDIDA RESULTANTE DEL HUESO ALVEOLAR, LA PÉRDIDA ÓSEA PUEDE PRODUCIRSE DE DOS MODOS DISTINTOS:

- a) UN COMPROMISO DE LA CRESTA ALVEOLAR, QUE SE VA APLANANDO PROGRESIVAMENTE, Y
- b) EL COMPROMISO DE LA CARA INTERNA DEL ALVÉOLO (LA LLAMADA PÉRDIDA ÓSEA ANGULAR O VERTICAL).



CRESTA ALVEOLAR NORMAL
(APROXIMADAMENTE A NIVEL DE LA
UNIÓN AMELOCENTARIA).



BOLSA SUPRAÓSEA
REABSORCIÓN ÓSEA HORIZONTAL



BOLSA INFRAÓSEA
REABSORCIÓN ÓSEA VERTICAL O
ANGULAR.

REPRODUCCIÓN DIAGRAMÁTICA DE LA REAB-
SORCIÓN ÓSEA VERTICAL Y HORIZONTAL.

EL PRIMER TIPO, QUE ES LA MÁS COMÚN, PRODUCE LA LLAMADA BOLSA SUPRA ÓSEA, EL SEGUNDO TRAE COMO RESULTADO LA FORMACIÓN DE BOLSAS INFRAÓSEAS. ESTE ÚLTIMO TIPO DE BOLSA SE FORMA EN RESPUESTA A LAS FUERZAS OCLUSALES TRAUMÁTICAS O A OTRAS TENSIONES MECÁNICAS QUE SE SUPERPONEN SOBRE LA REACCIÓN INFLAMATORIA FRENTE A LOS FACTORES IRRITATIVOS LOCALES.

ES EVIDENTE QUE EL PERIODONTO TIENE VARIAS CARACTERÍSTICAS INHERENTES QUE FAVORECEN LA INICIACIÓN Y EL PROGRESO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, UNA VEZ QUE EL DIENTE SE PIERDE Y EN CONSECUENCIA EL PERIODONTO SE VA, LAS REACCIONES INFLAMATORIAS Y DESTRUCTIVAS CESAN Y LA ENCÍA REMANENTE SE NORMALIZA. ESTAS CARACTERÍSTICAS SON:

- a) LA EXISTENCIA DE UNA CAPA DE CÉLULAS EPITELIALES NO QUERATINIZADAS ADYACENTES A LA SUPERFICIE DEL DIENTE.
- b) LA PRESENCIA DE COMPONENTES INTERCELULARES DEL TEJIDO EPITELIAL Y CONECTIVO QUE PUEDEN SER HIDROLIZADOS POR ENZIMAS PRODUCIDAS POR

LAS BACTERIAS BUCALES.

- c) LA EXISTENCIA DE UN ESPACIO RELLENADO POR UN "ADHESIVO HIDROLIZABLE" ENTRE EL EPI-
TELIO CREVICULAR Y LA SUPERFICIE DENTARIA
- d) LA EXISTENCIA DE VÍAS ESTRUCTURALES DEN--
TRO DE LA ENCÍA QUE PERMITEN EL PROGRESO-
INFLAMATORIO AL INTERIOR DEL HUESO ALVEO-
LAR PRIMERO Y LA MEMBRANA PERIODONTAL MÁS
TARDE.

EVALUACIÓN DE LA GINGIVITIS A PERIODONTITIS.

EN AUSENCIA DE PRÁCTICAS DE HIGIENE BUCAL ---
EFECTIVAS, LA PERIODONTITIS DESTRUCTIVA HA SIDO --
CONSIDERADA COMO UNA SECUELA INEVITABLE DE LA GIN-
GIVITIS. MÁS SIN EMBARGO, EXISTEN EVIDENCIAS DE-
QUE LA GINGIVITIS ESTABLECIDA PUEDE EXISTIR DURAN-
TE AÑOS SIN DESARROLLAR NECESARIAMENTE UNA ENFERME-
DAD PERIODONTAL DESTRUCTIVA.

SE CONSIDERA QUE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL --

ÉS UNIVERSAL, QUE COMIENZA TEMPRANO EN LA VIDA Y -
QUE AUMENTA EN SU GRAVEDAD CON LA EDAD.

DESPUÉS DE SEGUIR LA FRECUENCIA, LAS CARACTE-
RÍSTICAS Y LA VELOCIDAD DE LA PÉRDIDA DE SOPORTE -
PERIODONTAL DESDE LA ADOLESCENCIA HASTA APROXIMADA
MENTE LOS 40 AÑOS DE EDAD EN DOS GRUPOS SEPARADOS-
DE POBLACIONES, DURANTE UN PERÍODO DE 6 AÑOS, SE -
CONCLUYE QUE SIN INTERFERENCIA EXTERNA, LA LESIÓN-
PERIODONTAL SE DESARROLLA TÍPICAMENTE A UN RITMO -
RELATIVAMENTE PAREJO CON AVANCE CONTINUO.

DIETA Y FORMACIÓN DE PLACA.

SE HA CONSIDERADO QUE LA DIETA DESEMPEÑA UN--
PAPEL SIGNIFICATIVO EN EL DESARROLLO DE LA PLACA -
MICROBIANA, AUNQUE SE HA SABIDO QUE ESTA SE PUEDE-
FORMAR EN LOS DIENTES HUMANOS EN AUSENCIA DE INGES
TA ALIMENTARIA POR BOCA.

POR OTRA PARTE SE ESTABLECE QUE LA DIETA PUE-
DE MODIFICAR TANTO LA CANTIDAD DE PLACA FORMADA CO

MO SU COMPOSICIÓN. PUDIENDO FUNCIONAR DOS MODOS DIFERENTES DE FORMACIÓN DE PLACA. LA DIETA PUEDE SER TAL QUE REQUIERA UNA MASTICACIÓN VIGOROSA, CON LO CUAL SE ACTIVA LA ACCIÓN LIMPIADORA DE SALIVA, - LOS LABIOS, LOS CARRILLOS Y LA LENGUA.

COMPOSICIÓN DE LA DIETA.

LA COMPOSICIÓN DE LA DIETA TIENE UNA INFLUENCIA MARCADA SOBRE LA FORMACIÓN DE LA PLACA, DADO - QUE PROVEE JUNTO CON LA SALIVA LOS NUTRIENTES PARA LOS MICROORGANISMOS DE LA PLACA.

SE PODRÍA ESPERAR QUE LOS AZÚCARES FERMENTABLES INCREMENTEN LA FORMACIÓN DE LA PLACA A CAUSA DE SU ACCIÓN COMO APORTE DE ENERGÍA ADICIONAL PARA LOS ORGANISMOS DE LA PLACA, TAMBIÉN PUEDEN ACTUAR COMO SUSTRATO PARA LA PRODUCCIÓN DE POLISACÁRIDOS-EXTRACELULARES.

EN CONCLUSIÓN, LA FLORA DE LA PLACA DEPENDE - APARENTEMENTE EN UNA MAYOR EXTENSIÓN DEL MEDIO BUCAL QUE EN LA PRESENCIA TRANSITORIA DE COMIDA, ES

EVIDENTE QUE LAS PROPORCIONES CUANTITATIVAS DE ALGUNAS ESPECIES DE BACTERIAS PUEDEN EN CIERTA MEDIDA SER MODIFICADAS POR LA DIETA.

LOS HIDRATOS DE CARBONO DE LA PLACA ESTÁN PRESENTES PRIMORDIALMENTE COMO COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LOS MICROORGANISMOS, COMO GRÁNULOS DE ALMACENAMIENTO EN LAS BACTERIAS DENOMINADOS POLISACÁRIDOS INTRACELULARES Y COMO POLISACÁRIDOS EXTRACELULARES EN LA MATRIZ ENTRE LOS MICROORGANISMOS, EL HIDRATO DE CARBONO CONSTITUYE ALREDEDOR DEL 20% DEL PESO SECO DE LA PLACA.

LOS POLISACÁRIDOS INTRACELULARES DE LA PLACA COMPRENDEN UNA DIVERSIDAD DE POLÍMEROS DE AZUCARES EN LA PLACA SE SINTETIZAN LOS FRUCTANOS A PARTIR DE LA SACAROSA DE LA DIETA Y, COMO CON LOS POLISACÁRIDOS INTRACELULARES PROVEEN UN COMPONENTE DE ALMACENAMIENTO QUE SE DESCOMPONE CUANDO EL SOPORTE DE AZÚCAR ES INSUFICIENTE. ASÍ LOS FRUCTONES CONSTITUYEN UNA VARIABLE, PERO SIEMPRE UNA PROPOR-

CIÓN MENOR DE LOS POLISACÁRIDOS EXTRACELULARES DE LA PLACA. LOS GLUCANOS TAMBIÉN SINTETIZADOS A PARTIR DE LA SACAROSA, PARECEN SER MÁS IMPORTANTES CUANTITATIVAMENTE Y FUNCIONALMENTE, Y COMPRENDEN UNA DIVERSIDAD DE DISTINTOS TIPOS DE POLÍMEROS.

DE ESTA MANERA, LOS HIDRATOS DE CARBONO DESEMPEÑAN UN PAPEL IMPORTANTE EN EL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA PLACA.

PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DE LA PLACA.

EL CONTROL DE LA PLACA TIENE TRES FINALIDADES IMPORTANTES:

- 1) EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD GINGIVAL Y PERIODONTAL.
- 2) COMO PARTE CRÍTICA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL Y
- 3) EN LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD EN LA BOCA TRATADA.

EN TODOS ESTOS CASOS, EL CONTROL DE-
PLACA SERÁ EXPLICADO AL PACIENTE DE-
MANERA SISTEMÁTICA. SE ACONSEJA EL
SIGUIENTE PROCEDIMIENTO PASO POR PA-
SO:

PASO I.

MOTIVACIÓN DEL PACIENTE:

ANTES DE ENSEÑAR AL PACIENTE QUÉ HACER, DEBE
SABER PORQUE LO HACE. LA ENSEÑANZA DE LAS TÉCNI
CAS ADECUADAS DE HIGIENE BUCAL NO ES SUFICIENTE.
ES PRECISO QUE EL PACIENTE COMPRENDA QUÉ ES LA EN
FERMEDAD PERIODONTAL, CUÁLES SON SUS EFECTOS, QUE
ÉL ES PROPENSO A ELLA Y QUÉ PUEDE HACER PARA PRO-
TEGERSE. DEBE SER MOTIVADO PARA QUE DESEE MANTE
NER LIMPIA SU BOCA PARA SU PROPIO BENEFICIO Y NO-
PARA AGRADAR AL DENTISTA.

PASO II.

EDUCACIÓN DEL PACIENTE:

MUCHOS PACIENTES CREEN QUE EL CEPILLO DE ---

DIENTES SOLO ES PARA LA LIMPIEZA DE LOS DIENTES, --
HAY QUE EXPLICAR SU IMPORTANCIA EN LA PREVENCIÓN-
DE LA ENFERMEDAD DEL PERIODONTO. EL CEPILLADO -
ES EL PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PREVENTIVO Y AUXI-
LIAR MÁS IMPORTANTE ADMINISTRADO POR EL PACIENTE.
EN NINGÚN OTRO CAMPO DE LA MEDICINA PUEDE EL PA--
CIENTE AYUDAR TAN EFICAZMENTE EN LA PREVENCIÓN Y-
REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD DE UNA ENFERMEDAD COMO -
LA GINGIVITIS, MEDIANTE EL CEPILLADO COMPLEMENTA-
DO, SEGÚN LAS NECESIDADES INDIVIDUALES, CON LA --
LIMPIEZA INTERDENTARIA CON HILO DENTAL, LIMPIADO-
RES INTERDENTARIOS DE GOMA O MADERA E IRRIGACIÓN-
DE AGUA BAJO PRESIÓN.

EL PACIENTE DEBERÁ COMPRENDER QUE EL RASPADO
Y LA LIMPIEZA PERIÓDICOS DE LOS DIENTES EN EL CON-
SULTORIO DENTAL SON MEDIDAS PREVENTIVAS ÚTILES, -
PERO PARA QUE SEAN MÁS EFICACES HAY QUE COMBINAR-
LAS CON LA PROTECCIÓN CONTINUA CONTRA LA ENFERME-
DAD QUE ELLOS MISMOS PUEDEN PROPORCIONAR MEDIANTE
PROCEDIMIENTOS DIAARIOS DE HIGIENE BUCAL EN SU CA-
SA.

SE LE DEBE DE EXPLICAR AL PACIENTE QUE LAS -
VISITAS REGULARES AL CONSULTORIO CON LA HIGIENE -
BUCAL EN EL HOGAR REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE LA --
GINGIVITIS Y LA PÉRDIDA DE LOS TEJIDOS PERIODONTA
LES DE SOPORTE. EL TIEMPO EMPLEADO EN EL CONSUL
TORIO PARA ENSEÑAR AL PACIENTE A LIMPIARSE LOS --
DIENTES ES UN SERVICIO DE SALUD MAS VALIOSO QUE -
QUE LIMPIARLE LOS DIENTES. IDEALMENTE, HABRÍA -
QUE HACER AMBAS COSAS.

DEMOSTRAR COMO LIMPIAR LOS DIENTES CON INS--
TRUCCIÓN Y SUPERVISIÓN, ES POSIBLE QUE LOS PACIEN
TES REDUZCAN LA FRECUENCIA DE LA GINGIVITIS MUCHO
MÁS EFICAZMENTE QUE CON SUS HÁBITOS USUALES DE HI
GIENE BUCAL.

C O N C L U S I O N E S

LA PLACA ES UNA COLECCIÓN DE COLONIAS BACTERIANAS QUE SE JUNTAN EN LA SUPERFICIE DE LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS GINGIVALES. LOS PRODUCTOS DE METABOLISMO DE LAS BACTERIAS DE LA PLACA SON CAPACES DE PRODUCIR TANTA CARIES COMO INFLAMACIÓN GINGIVAL. LA REMOCIÓN DE LA PLACA, O POR LO MENOS LA INTERRUPCIÓN DE SU METABOLISMO BACTERIANO (DE MANERA QUE NO PUEDAN PRODUCIRSE SUSTANCIAS NOCIVAS), ESTÁN ENTRE LOS PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS MÁS IMPORTANTES DE QUE SE DISPONE EN EL MOMENTO ACTUAL. ESTOS PROCEDIMIENTOS, QUE SE CONOCEN BAJO EL NOMBRE GENÉRICO DE CONTROL DE PLACA, COMPRENDEN ACTUALMENTE MEDIOS MECÁNICOS, TALES COMO CEPILLADO Y EL USO DEL HILO Y ES DE ESPERAR QUE EN EL FUTURO SE INCLUYAN MEDIOS QUÍMICOS O BACTERIOLÓGICOS QUE HAGAN QUE ESTE PROCEDIMIENTO ESTÉ POTENCIALMENTE AL ALCANCE DE GRAN CANTIDAD DE PERSONAS.

PARA LOGRAR ÉXITO EN UN PROGRAMA DE CONTROL-
DE PLACA, HAY DOS FACTORES DE FUNDAMENTAL IMPOR--
TANCIA: LA PERSEVERANCIA Y LA PRÁCTICA REPETIDAS.
NO BASTA CON DECIRLE AL PACIENTE COMO TIENE QUE -
USAR EL CEPILLO Y EL HILO, DEL MISMO MODO, NO ES-
SUFICIENTE CON MOSTRARLE SIMPLEMENTE QUÉ ES LO --
QUE QUEREMOS CON MODELOS, FIGURAS Y PELÍCULAS.
AUNQUE EL VALOR DE ESTOS COADYUVANTES NO PUEDE NE
GARSE, NO SON SUSTITUTOS DE LA PRÁCTICA DEL PA---
CIENTE FRENTE AL DENTISTA Y LUEGO EN SU CASA.

LA ENSEÑANZA EN EL CONSULTORIO DE CÓMO DEBEN
CEPILLARSE LOS DIENTES, ES MÁ S QUE UNA RÁPIDA DE-
MOSTRACIÓN DEL USO DEL CEPILLO DE DIENTES Y ELE--
MENTOS ACCESORIOS DE LA HIGIENE BUCAL. ES UN --
PROCESO LABORIOSO QUE HA DE SER CONTROLADO UNA Y-
OTRA VEZ EN REPETIDAS VISITAS, HASTA QUE LOS PA--
CIENTES DEMUESTREN QUE HAN DESARROLLADO LA HABILI
DAD NECESARIA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- GLICKMAN IRVING
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
4a. EDICIÓN
MÉXICO, D.F., 1974
999 PÁGINAS

- 2.- J. GORLIN ROBERT
PATOLOGÍA ORAL
HENRY M. GOLDMAN.
EDITORIAL SALVAT, S.A.
MALLORCA 43 BARCELONA, ESPAÑA
1273 PÁGINAS

- 3.- LINDHE JOHN
PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1986
516 PÁGINAS

- 4.- Mc. DONALD JAMES L.
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA EN ACCIÓN.
~~GEORGE STOKLEY~~
EDITORIAL PANAMERICANA
MEXICO, D.F. 1983
375 PÁGINAS

5.- PATTISON PALLISON

INSTRUMENTACIÓN EN PERIODONCIA.

EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA

BUENOS AIRES ARGENTINA, 1985

347 PÁGINAS

6.- W.G. SHAFE

BM LEVY

TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL.

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1986

940 PÁGINAS