

COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Acceso _____

No. Top. M. 097 1987 _____

Compra Canje Donación

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

M
097
1987

T.O.
097
0014

00114

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Bogotá, Colombia

FASE HIGIENICA

JOHNNY GONZALEZ MENDEZ

Código 822073

Monografía presentada como
requisito parcial para op
tar al título de odontólogo.

Noviembre 27 de 1987

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA

Rector	:	JORGE ARANGO TAMAYO
Decana	:	MARISOL ARANGO MEJIA
Vicedecano	:	JAIRO FORERO MORALES
Secretario Académico	:	LUIS FELIPE FALLA
Coordinador por Semestre	:	ROBERTO ARCINIEGAS
Director de Tesis	:	STELLA VARON CADENA

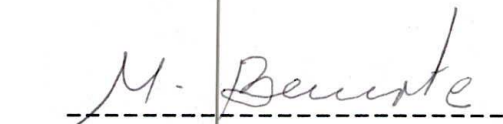
Bogotá, D.E.
Noviembre 27 de 1.987

Doctora
MARISOL ARANGO MEJIA
Decana del Colegio
ODONTOLOGICO COLOMBIANO
Bogotá, D.E.

Doctora :

La monografía presentada por JOHNNY GONZALEZ, cumplió con los requisitos bibliográficos requeridos y fué corregida y aprobada por el asesor de tesis la Doctora MARGARITA-TORO.

Atentamente,



Dra. MARGARITA TORO

Aprobación

La monografía titulada FASE HIGIENICA, en cumplimiento parcial de los requisitos para optar el título de odontólogo, fué corregida por la directora de tesis el 27 de Noviembre de 1.987.

Nota de aceptación

M. Beuente.

40

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar un sincero agradecimiento a todas las personas que tan amablemente y con tanto cariño y estimación me apoyaron durante toda mi carrera, dándome estímulo y comprendiéndome en todo momento.

Agradezco infinitamente a los Doctores ESPERANZA - SANDOVAL, MARTHA CARRILLO, FREDDY OSORIO, NEFTALI ESPINOSA y en general a todos mis profesores y superiores que a lo largo de todos mis estudios en la universidad me transmitieron toda su sabiduría y conocimiento para que yo algún día llegara a ser un buen profesional.

En especial quiero agradecer a la Dra. MARGARITA TORO-Periodoncista C.O.C. y al Dr. CARLOS OLIVEROS-Protodoncista, Universidad Javeriana, quienes tan amablemente me brindaron su colaboración y asesoría en la elaboración de mi monografía, sin la cual ésta no hubiera podido estar tan bien orientada. Gracias a ellos por todo el tiempo que me prestaron atención y por su buena voluntad.

Johnny González Mendez.

I N D I C E

I	INTRODUCCION	i
II	OBJETIVOS GENERALES	1
III	DEFINICION DE LA FASE HIGIENICA	3
IV	OBJETIVOS DE LA FASE HIGIENICA	5
V	PLACA BACTERIANA	7
5.1.	DEFINICION	7
5.2.	FORMACION	8
5.3.	PATOGENIA	11
VI.	PASOS DE LA FASE HIGIENICA	15
6.1.	MOTIVACION	15
6.2.	ENSEÑANZA DE CEPILLADO	19
6.3.	CONTROL DE PLACA	21
6.3.1.	Seda Dental	24
6.3.2.	Limpiadores Interdentales	24
6.4.	ELIMINACION DE CARIES Y OBTURACIONES DESADAPTADAS.....	26
6.5.	ELIMINACION DE FOCOS INFECCIOSOS	29
6.5.1.	Endodoncia	29
6.5.2.	Exodoncia de Dientes con pronostico Malo.....	30
6.6.	REMOCION DE PROTESIS FIJAS DESADAPTADAS Y CONFECCION DE TEMPORALIZACIONES	31

6.7.	ALISADO Y RASPAJE	33
6.7.1.	Definición	33
6.7.2.	Alisado Radicular	34
6.7.3.	Objetivos del Raspaje y Alisado	35
6.7.4.	Importancia de la Instrumentación	36
6.7.4.1.	Estados de los Instrumentos	37
6.7.4.1.1.	Objetivos del Afilado	38
6.7.4.1.2.	Principios del Afilado	38
6.8.	REVALUACION DE LA FASE HIGIENICA	40
VII	CONCLUSIONES	43
VIII	BIBLIOGRAFIA	45
IX	A N E X O	
9.1.	EXPLICACION DE FILMINAS	

I. INTRODUCCION

Este es un trabajo encaminado a hacerme ver a mí y a toda persona que lea estas líneas, la importancia de la fase higiénica en periodoncia, no solo desde el punto de vista paciente, sino también a nivel profesional y en cuanto a la buena realización de ella.

Es importante hacer ver que en la preparación y capacitación de los estudiantes de Odontología y los post-gradados, lo más útil es la comprensión de los fenómenos clínicos relacionados con los cambios de los tejidos periodontales, para poder llegar a un buen diagnóstico y poder realizar un buen tratamiento.

Es importante este tema, puesto que el problema periodontal debe ser la preocupación principal en el profesional, ya que el periodonto es el pilar que sostiene al diente y por lo tanto la restauración a realizar en él.

Se dispone de mucha información respecto a la naturaleza de la enfermedad periodontal, sin embargo no se ha podido erradicar el problema, debido a que la fase higiénica, que es la más importante puesto que es el paso primario para eliminar la enfermedad o para disminuir el daño causado, es evitada por el profesional y poco agradecida por parte de los pacientes.

Lo que más me preocupa es el saber que a diario nos encontramos en contacto con la causante de la enfermedad. LA PLACA BACTERIANA, sin embargo nunca le hacemos ver al paciente la importancia de controlarla, y lo fácil que en estos tiempos

pos, hacerlo con la cantidad de implementos y elementos encaminados a preservar - la salud oral.

La placa es el mejor indicador de higiene oral en una comunidad y es una actividad microbiana de fácil reconocimiento y de manejo sencillo si es descubierto a tiempo por el paciente y el odontólogo.

Pongamos todos atención, pues nuestra negligencia ayuda a la instauración de la enfermedad y por consiguiente a la pérdida de dientes a edades tempranas, tenemos que pensar que el paciente no puede solo, porque no sabe lo que usted sí y -- que le puede enseñar para ser sano verdaderamente.

Aunque se han incluido desde hace 3 décadas los conceptos de preventiva, la problemática de la enfermedad periodontal sigue ocupando los primeros lugares, lo que produce frustración profesional y evasión de los pacientes, dada por las recidivas de la enfermedad.

La periodoncia y en sí la fase higiénica es muy larga y requiere de perseverancia y atención y la base de su éxito radica en el conocimiento de los aspectos que influyen en ella, como factores de producción, objetivos, pasos a seguir, a conciencia para lograr un buen estado de los tejidos periodontales.

Es mi deseo hacer de esta monografía un pequeño llamado de atención a todos los odontólogos, dando razones válidas y verdaderas para que entiendan lo importante que es la fase higiénica antes de realizar cualquier otro tratamiento.

II. OBJETIVOS GENERALES

1. Concientizar a cada odontólogo egresado a próximo a hacerlo y en general a todos los estudiantes de odontología que tan importante como una buena restauración, es una buena fase higiénica realizada a conciencia y no por salir del paso.
2. Todo profesional debe ver que sin el control de la placa bacteriana, no se pueden elaborar trabajos odontológicos, ni disminuir la pérdida de soporte o sea la enfermedad.
3. Hacer que el odontólogo concientice al paciente de los beneficios de las acciones preventivas de la periodoncia en base al control de la placa, haciéndolos que adopten una actividad comprometedora en su salud oral.
4. Como odontólogo entender que la fase higiénica no termina cuando se ha eliminado la enfermedad, sino que es un proceso continuo, en el que tienen que interactuar odontólogo-paciente, a lo largo de su vida, teniendo criterios de auto-evaluación permanente, para evitar la recidiva del paciente.
5. El odontólogo debe concientizar al paciente que el más importante y principal causante de su enfermedad es la placa bacteriana (aunque tiene factores coayudantes) y que por lo tanto hay que removerla lo mejor posible con el cepillo y todos sus ayudas y que debe tener continuidad en su higiene oral.

6. La aplicación de principios básicos de la periodoncia a la prevención diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal.

III. DEFINICION DE LA FASE HIGIENICA

Es la encargada de la eliminación de los factores locales (placa bacteriana) causantes de la enfermedad periodontal. Una vez establecidos el diagnóstico y el pronóstico, se planea el tratamiento. Es así donde se realiza la guía para el manejo del caso, la fase higiénica es la segunda de las 4 fases, ya que la primera es eliminar los factores sistémicos a seguir en un tratamiento periodontal, está encargada de establecer y mantener la salud del periodonto de toda la boca por medio de la eliminación de la placa dental y los factores coayudantes de ésta.

Es la coordinación de procedimiento terapéutico y secuencia de pasos para llegar a un objeto final que es llevar al paciente a una salud oral. En ésta se decide si se conservan dientes o se extraen, decidir técnicas a utilizar para eliminar las bolsas, si se necesitan procedimientos quirúrgicos, o reconstructivos, si hay que realizar tratamientos oclusales, clase restauraciones, pilares y ferulización.

Se realiza una planificación a largo plazo, si no se realiza esta fase no podemos seguir hacia otra fase, pues en base a ésta se observa respuesta de los tejidos al tratamiento.

En una de las fases más conservadoras, pues trata de volver el periodonto a su estado normal y a su salud inicial, sin necesidad de requerir a técnicas quirúrgicas. El valor para el paciente se mide en años de funcionamiento útil de toda la dentadura, por el número de dientes conservados. Esta fase es una prepara_

ción inicial de la boca para hacer tratamiento quirúrgico, ya que para llegar a este paso, hay que eliminar la inflamación y más que todo el mantenimiento de los resultados alcanzados en la fase higiénica del tratamiento.

Con esta fase logramos evaluar, la reacción de los tejidos, así como la actitud del paciente hacia la atención periodontal. Es un requisito previo importante para la fase higiénica, es la presencia de superficies dentales lisas y regulares, para que el paciente haga la eliminación adecuada de la placa. Una vez hecho el análisis detenido del caso, se estima el número de sesiones necesarias para completar esta fase. Los pacientes con pocos cálculos y tejidos, relativamente sanos pueden ser tratados completamente en una sesión, casos más complicados requerirán de más sesiones.

El odontólogo muchas veces sólo se limita a hacerle una limpieza al paciente y a decirle que tiene que cepillarse, sin hacerle ver la gravedad del problema, sin hacerlo consciente del mal olor, de la cantidad de microbios que pasan por el tracto gastro-intestinal por acúmulo de materias fermentado sobre los dientes, se le debe mostrar todo lo que tiene en la boca, debemos mostrarle por medio de la fase higiénica que cualquier enfermedad periodontal, cede con una buena higiene oral, tratando de mantener el área cervical de los dientes libre de placa bacteriana y del cálculos.

IV. OBJETIVOS DE LA FASE HIGIENICA

1. Establecimiento y mantenimiento de la salud del periodonto en toda la boca - por medio del inculcamiento del paciente de una buena higiene oral.
2. Eliminación definitiva de todos los factores locales, principales y coadyu_vantes productores de la enfermedad periodontal.
3. Inculcar en el paciente la importancia del control de placa diario.
4. Hacer ver al paciente que la causante de su enfermedad es la placa bacteria_na, explicarle qué es, como inicia su patogenia y cómo puede eliminarla.
5. Eliminación de inflamación gingival, bolsas periodontales y los factores que la originan, estableciendo así el contorno gingival y las relaciones mucogin_givales adecuadas.
6. Realización de un buen trabajo de restauración de caries y de márgenes ade_cuados, y de prótesis bien adaptadas que no favorezcan el acúmulo de placa, y que proporcionen vias de escape de los alimentos y que faciliten al pacien_te su higiene.
7. Inhibir la transición de gingivitis o periodontitis, o el avance de la perio_dontitis, eliminando las bolsas periodontales producidas por el agrandamien_to edematoso de la encía inflamada.

8. Facilitar la eliminación diaria de los depósitos dentales.
9. El odontólogo debe realizar un control de placa cada vez que un paciente con enfermedad periodontal, es tratado en su consultorio para indicarle en qué - está fallando.



V. PLACA BACTERIANA

5.1 DEFINICION

Los factores etiológicos de la enfermedad periodontal han sido clasificados en locales y sistemáticos, aunque estén interrelacionados. Los factores locales causan la inflamación, el cual es el primer mecanismo patológico, enfermedad periodontal, los factores sistémicos regulan la reacción de los tejidos a los factores locales. Es necesario que haya placa para generar la enfermedad, por lo tanto es importante decir que la PLACA BACTERIANA es el principal agente etiológico en la mayoría de las formas de enfermedad periodontal. Es un depósito de materia alba, compuesta de una masa bacteriana compleja y homogénea que produce la enfermedad, si tiene de proliferar excesivamente. Hay diferentes tipos de enfermedades periodontales y hay una placa característica para cada una.

Es un agente agresor de la encía, es una flora indígena que inicia su formación al momento mismo del nacimiento, con la aparición de la dentición desidua, nuevos nichos ecológicos aparecen y en especial en la relación con nuestro problema. El surco gingival alberga a la flora gran negativa, anaeróbica responsable de la gingivitis y la periodontitis. La placa es un conglomerado de bacterias adherido a la superficie del diente a través de la matriz orgánica tan fuerte que no permite ser eliminada con el cepillado normal, por lo cual ésta placa se deposita y se hace patógena por mala higiene y es la que da la relación directa entre prevalencia y gravedad de las periodontopatías. Esta placa es la que da origen a la flora sub-gingival que inicia su formación en la unión del tejido

gingival y la estructura dental. Se dice entonces de acuerdo a esto que evitan_ do la formación de placa supragingival, evita la existencia de placa subgingival que es la más difícil de remover y la causante de los problemas periodontales.

En pequeñas cantidades la placa no es visible clínicamente, por esto se man_ cha con sustancias reveladoras, a medida que se acumula se convierte en una masa globular visible, cuyo color varía del gris y gris amarillento.

La placa aparece en sectores supragingivales, en su mayor parte sobre el ter_ cio gingival de los dientes y subgingivalmente, con predilección por grietas, de_ fectos, rugosidades y márgenes desbordantes de restauraciones dentales. Se ad_ hiere también a zonas muy lisas como carillas estéticas y porcelanas de restaura_ ciones, aunque aquí es mucho más fácil la remoción de la placa, pues la superfi_ cie es más tersa pero esto no impide que se acumule la placa.

5.2 FORMACION

La formación de la placa supragingival comienza por instauración de una pe_ licula adquirida la cual sirve para adhesión de las bacterias. Cantidades mensu_ rables de placa se producen dentro de una hora una vez limpiado el diente y cre_ ce por el agregado de nuevas bacterias, por la multiplicación de ellas o por el _ acúmulo de productos bacterianos y alcanza su acumulación máxima aproximadamente a los 30 días, su velocidad de formación y la localización varían de unas perso_ nas a otras, en diferentes dientes de una misma boca y en diferentes áreas de un diente.

Consiste principalmente en microorganismo proliferantes y algunas células _ epiteliales, leucocitos y macrófagos en una matriz intercelular adhesiva. Los _

sólidos orgánicos e inorgánicos constituyen alrededor del 20% de la placa, el resto es agua, las bacterias constituyen más o menos el 70% del material sólido y el resto en matriz intercelular.

La matriz orgánica consiste en un complejo de polisacáridos y proteínas cuyos componentes principales son los carbohidratos y proteínas y lípidos, estos son productos extracelulares de las bacterias de la placa, sus restos citoplasmáticos y de la membrana celular, alimentos ingeridos y derivados de glucoproteínas salivares.

El dextrano es el principal carbohidrato que se presenta en la placa supragingival, el cual es un polisacárido de origen bacteriano, otros son el lévano, galactosa y metilpentosa que proporciona ácido muriático, lípidos y algunas proteínas de la matriz, para los cuales las glucoproteínas salivares son la fuente principal.

El contenido inorgánico más importante de la matriz de la placa supragingival, son el calcio y el fósforo con pequeñas cantidades magnesio, potasio y sodio se presenta más en los dientes anteroinferiores y en las superficies linguales. El contenido inorgánico de la placa supragingival incipiente es baja, se produce un aumento cuando la placa se transforma en cálculo.

El cálculo es de gran interés para el clínico, ya que siempre está cubierto por la placa, cuando éstos se presentan los tejidos gingivales están inflamados y a veces por su causa el potencial de reinserción es inexistente. El cálculo es una masa adherente que se forma sobre la superficie de los dientes, es placa bacteriana mineralizada, hay dos tipos el supragingival que es blanco o blanco amarillento de consistencia dura arcillosa y se desprende con facilidad. El cálculo -

subgingival es denso, duro pardo oscuro y de difícil remoción.

Se forma por la precipitación de sales minerales de la placa que por lo general empieza entre el 10. y 14o. día de formación de la placa. Otros de los factores importantes relacionados con la placa es la materia alba que es una capa bacteriana adquirida, es un depósito blanco grisáceo o amarillento pegajoso, de fácil remoción es una concentración de microorganismo, células descarnadas, leucocitos y una mezcla de proteínas y lípidos salivares, no tiene una estructura interna regular como la de la placa.

La película adquirida es una capa amorfa y delgada de origen salivar, es una sustancia celular, afibrilar, levemente granular, homogénea, en ella se depositan los cocos y hay proliferación bacteriana, está encargada de la formación de la placa supragingival, otras de sus funciones es la protección, puesto que hace el esmalte más resistente a la descalcificación y también favorece la reparación en cuanto a caries incipientes. Son éstos unos de los elementos que favorecen y ayudan a la formación de la placa bacteriana y por eso tener un poco de información acerca de ellos.

Después de la remoción de la placa, microorganismos orales se acumulan pronto sobre la superficie de la película adquirida más que todo en el área cervical del diente, en la primera fase que dura dos días, predominan bacterias gram-positivas, en una 2a. fase que va hasta el 7o. día aparecen los cocos gram-negativos, bacilos y los microorganismos proliferan hasta formar colonias y más si hay azúcares presentes.

La placa subgingival se forma con mayor rapidez durante el sueño, lo que nos indica que no siempre es residuo de los alimentos.

Los alimentos que son los que constituyen y forman la placa, ella en sí es una entidad independiente, aunque a veces combinada con ella se encuentran alimentos y este es el convencimiento de todo paciente que sólo son alimentos, es por esto -- que el odontólogo debe sacarlo de su error y que la placa se presenta con o sin - presencia de alimentos, que ellos influyen pero que no son la causa principal de su formación.

5.3 PATOGENIA

Las características clínicas de la enfermedad periodontal presentan varios - problemas, una de las consideraciones más importantes es la naturaleza clínica de la enfermedad periodontal. No está claro si la destrucción periodontal ocurre en un estado crónico sostenido o si hay periodos exacerbación y remisión que resul_ - tan de la pérdida de tejidos periodontales. El ritmo de la actividad periodontal es difícil de determinar, es posible que ciertas bacterias tengan relación con pe_ - riodos de destrucción, mientras que otros grupos tengan relación con períodos de - quietud, todo esto tiene que ver con la interacción huésped y complejidad bacte_ - riana.

Se dice según los postulados de Kock que debe haber ciertos criterios para - la etiología de la enfermedad periodontal:

1. Debe haber en los tejidos periodontales un organismo o grupo de microorganismos sospechosos.
2. Los microorganismos deben ser capaces de inducir una enfermedad similar en - un sistema modelo animal.

3. Hay que comprobar que los microorganismos tienen un efecto sobre los tejidos periodontales en el curso de la enfermedad humana.

La función de la placa dental en la gingivitis está finalmente demostrado, - el modelo experimental usado por el equipo de Joa es como sigue: Un grupo de per_ sonas todas con gingiva sana, al comenzar el estudio, abandonaron repentinamente - todas las formas de higiene oral, un depósito cada día más grueso de placa dental comenzó a acumularse y a los 7 días algunas personas mostraron signos claros de - gingivitis y hacia el final de los 20 días en el 100% de las personas había marca_ dos signos clínicos de gingivitis. Los procedimientos de higiene oral fueron en_ tonces reasumidos y a los 7 días todos los signos de gingivitis habían desapare_ cido.

Se encontró en Inglaterra también una relación directa positiva entre limpie_ za oral y la severidad de la enfermedad periodontal, personas con higiene oral po_ bre, tienen enfermedad periodontal más severa. El fluído del surco es un síntoma de inflamación subclínico y aparece apenas 24 horas después de que la formación - de la placa ha comenzado y que la primera hiperemia gingival aparece después de - sólo 2 días.

Con la presencia continua de placa en el margen gingival una gingivitis per_ sistente será vista, clínicamente la gingivitis se observa primero en las papilas interdentales desde donde se esparce hasta las crestas marginales, los signos clí_ nicos son un cambio de color a una tendencia a sangrar y algún edema. Al comien_ zo el surco gingival puede mostrar sólo un pequeño cambio excepto que la margen - del tejido no es tan finamente afilado como debería, en este estado no hay bolsa, aunque cuando el edema es marcado podrá verse una falsa bolsa a consecuencia de - la inflamación del tejido marginal hacia afuera y coronalmente, este colema visi_

ble con engrosamiento del tejido se verá en estados más avanzados de gingivitis.

En base a esto hay un estudio realizado por Page y Lindhe que ha sugerido una hipótesis plausible para la patogénesis de la enfermedad periodontal en la cual la periodontitis es el último estado que sigue a los tres estados precedentes de gingivitis, este concepto está basado en estudios histológicos de casos clínicos y de material animal.

Los tejidos gingivales reaccionan dentro de 4 a 4 días después de la acumulación de placa bacteriana con una vasculitis exudativa aguda clásica estableciéndose así una "lesión inicial" que está acompañada por la pérdida de colágeno perivascular. Entre los 4 y 10 días se desarrolla un 2o. estado caracterizado por una marcada infiltración de linfocitos y otras células mononucleares, por cambios patológicos en los fibroblastos y una pérdida posterior de sustancia de tejido conectivo.

Hay un sorco poco profundo, y no se presenta bolsa, el epitelio de unión empieza a proliferar y se logra un infiltrado denso de células redondas en el tejido conectivo, ésta es considerada como una "lesión temprana". Dos o tres semanas más tarde después de la lesión temprana se convierte en "lesión establecida" en la cual las células del plasma predominan aunque no necesariamente esté presente una reabsorción pronunciada en el hueso, pueden observarse a veces bolsa periodontal espontánea y una franja de tejido conectivo infiltrado, se observa material irritante como cálculos y placa dental.

Esta lesión periodontal establecida es el último estado de la gingivitis y puede permanecer estable por años y aún por décadas antes de progresar al estado de "lesión avanzada" la cual está acompañada de reabsorción marcada del hueso al

veolar y las fibras del ligamento periodontal, el margen gingival se observa a ni vel del cemento la bolsa periodontal es profunda, la pared de la bolsa está forma da por epitelio, hay una franja de tejido conectivo infiltrado.

Con las conclusiones alcanzadas por los investigadores se demostró que la pe riodontitis irreversible siempre sigue a una gingivitis reversible y que como las lesiones establecidas pueden permanecer estables por un largo tiempo, hay un am_ plio margen de rescate del paciente con tratamiento localizado y con mejores téc_ nicas de higiene oral.



VI. PASOS DE LA FASE HIGIENICA

Como enfermedades que son la gingivitis y la periodontitis necesitan un control después de tratado el paciente, durante y después de terminar el tratamiento. Necesita de varios pasos unos realizados por el odontólogo, otros interrelacionados médico y paciente y otros pacientes, sólo si se quiere lograr una verdadera recuperación del caso.

La prevención del acúmulo de placa en los dientes y superficies adyacentes-gingivales, retrasa la formación de cálculos que son más difíciles de remover.

6.1 MOTIVACION

La motivación del control de placa eficaz es uno de los elementos más difíciles y críticos del éxito a largo plazo del tratamiento periodontal, pues requiere muchas cosas y más que todo por parte del paciente: Como receptividad, ya que él debe comprender el concepto de patogenia, tratamiento y prevención de la enfermedad, el paciente debe cambiar sus hábitos, adoptando un régimen diario de control de placa autoadministrando, y debe cambiar su comportamiento hacia los cambios que el odontólogo que le exige debe tener con respecto a su enfermedad.

El paciente debe comprender que es la enfermedad periodontal, cuáles son sus efectos, que es propenso a la enfermedad y que puede hacer para lograr y mantener su salud oral. Debe desear y adquirir la destreza necesaria para establecer el régimen del control de placa, debe querer mantener la boca limpia en su

propio beneficio (y no solo por complacer al odontólogo). Si el paciente no hace éstos esfuerzos, el fracaso a largo plazo del programa individual de control de placa, es inevitable y lleva a frustrar al odontólogo y al paciente.

La motivación eficaz a largo plazo en el consultorio suele ser muy difícil, si no es imposible, por ello el odontólogo debe tener preparado una modificación del plan de tratamiento original si el paciente no es capaz de colaborar satisfactoriamente. Este es el primer paso y el más importante a realizar en la fase higiénica y es el punto de partida esencial para el tratamiento de la enfermedad sin embargo el propio esfuerzo del paciente es tan importante como el tratamiento profesional, ya que para obtener la salud es esencial que el paciente desde el comienzo vea y acepte que tiene un problema, la mayoría están inconscientes de ella y observan algunos signos o síntomas que no aceptan como algo importante un examen clave y una clara evidencia de la enfermedad en su propia boca, es importante para que acepte que tiene una condición y que necesita tratamiento, esto tiene más valor que la simple crítica de sus hábitos normales de higiene oral.

El primer paso de la motivación como en toda situación es la apariencia o el primer impacto que cause el odontólogo en su paciente, debe estar pulcro, tener sus dientes en buen estado, ser agradable en su trato, pues está en contacto con un paciente enfermo y que tiene una preocupación constante, esto es importante para crear una buena transferencia y contratransferencia, ya que muchas veces el tratamiento es largo y tedioso y el paciente y el odontólogo tienden a abusarse.

En cuanto al trato para el paciente se debe tener en cuenta que el paciente va a que le solucionen un problema y no a que le critiquen, pues crea hostilidad y cualquier sugerencia de que el paciente es sucio debe ser evitado, diciéndole-

que hay otro propósito en la limpieza de los dientes aparte de la simple remoción de los restos de comida y de razones estéticas y esta es el constante y regular control de la enfermedad de las encías.

Es inútil y contraproducente ofrecer una solución a un problema que el paciente no ha aceptado como problema en absoluto, para evitar esto se debe evidenciar al paciente de la existencia de inflamación en los tejidos gingivales por la demostración de sangrado con los sanos (si los hay), y mostrarle esto en un espejo, se debe indicar al paciente que debe estar pendiente.

1. Color de sus encías y apenas observen una coloración ligeramente roja, aumenten y mejoren su higiene oral o visiten al odontólogo.
2. Ver si su encía está lisa y brillante, aunque para el paciente esto sea síntoma de buena salud.
3. Que cuando observen la encía gruesa o inflamada es un síntoma de enfermedad avanzada por acúmulo de placa.
4. El paciente observa sangrado, esto se debe a la inflamación, pero el paciente lo atribuye a un cepillado, muy fuerte y por lo tanto disminuye intensidad, con lo cual aumenta el problema, y con el tiempo aumenta la molestia y disminuye también la frecuencia.

Hay que identificar el problema para el paciente, se le dice la razón del sangrado y se le hace ver la inflamación y que la causa de ésta es la placa bacteriana, dándole una breve explicación de la naturaleza de ésta, su composición bacteriana, sus cualidades fuertemente adherente y su continuo recrecimiento, es

to sin necesidad de ingerir alimentos y que a medida que pasa el tiempo y que el descuido, su higiene, o lo hace muy poco seguido hace que aumente el problema o la enfermedad.

Con esto no se quiere decir que hay que darle una clase intensiva periodon_ -
cia al paciente, sino conceptos claves e indicaciones simples para conservar su -
salud oral. El odontólogo debe saber acerca de las estadísticas, sobre la enfer_ -
medad, periodontal y que es la causa primordial de la pérdida de dientes a partir
de los 35 años, pero ello no implica que la patología se haya instalado a esa e_ -
dad, sino de sus características crónicas y desarrollo lento y progresivo hace -
que la gran destrucción de los tejidos conlleve a la caída de los dientes regis_ -
trándose muchos años después del verdadero comienzo de la enfermedad.

La meta de cualquier tratamiento es coordinar todos los procedimientos tera_ -
péuticos para crear una dentadura que funcione bien, en la higiene se pretende -
eliminar la inflamación gingival, las bolsas periodontales y los factores que --
los originan y si no hay problemas para mantener sanos los tejidos, establecien_ -
do un contorno gingival y las relaciones mucogingivales adecuadas.

Hay que ser específicos en cuanto a observaciones al paciente de su higiene,
hay que hablarle de su enfermedad explicándole de que se trata, debe hablársele -
claramente, el odontólogo solose limita a hacerle una limpieza al paciente y a -
decirle que tiene que cepillarse, sin hacerle ver la gravedad del problema, sin-
hacerlo concientizar el mal olor de la cantidad de microbios que pasan al tracto
gastro-intestinal por el acúmulo de material fermentado sobre los dientes, se le
debe mostrar todo lo que hay en la boca.

Toda enfermedad periodontal cede con buena higiene, tratando de mantener el

área cervical de los dientes libre de placa y de cálculo y esto es una constante interrelación entre paciente y odontólogo.

6.2 ENSEÑANZA DE CEPILLADO

Muchos pacientes creen que el cepillo de dientes sólo es la eliminación de los residuos de alimentos y la prevención de la caries. Raras veces reconoce su importancia en la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal y por lo tanto debe explicárselo. El cepillado es el procedimiento terapéutico preventivo y auxiliar más importante administrado por el paciente. En ningún otro campo de la medicina puede el paciente ayudar tan eficazmente a controlar una enfermedad como en lo que refiere a la periodontitis mediante el control minucioso de la placa.

El paciente deberá ser informado de que el raspado y la limpieza periódicos de los dientes en el consultorio con medidas protectoras útiles contra la enfermedad periodontal, pero sólo si se combina con la ejecución continua y diaria de la higiene bucal en el domicilio. Por eso el tiempo dedicado en el consultorio a enseñar al paciente como cepillar sus dientes es un servicio tan valioso como limpiarle los dientes. Se le debe explicar que dos o tres visitas al año no son tan eficaces como la atención casera diaria.

El control de la placa y su eliminación conduce a la resolución de la inflamación gingival en sus etapas iniciales, el caso de la limpieza de los dientes lleva a la recidiva, el modo más seguro de controlar la placa es la limpieza mecánica con el cepillo de dientes y otros auxiliares de higiene oral, así como el uso de los inhibidores químicos de la placa incorporados a enjuagatorios o dentífricos.

Los cepillos dentales vienen en diversos tamaños y diseños, y longitudes, dureza y disposición de las cerdas, y se usa el adecuado de modo que convenga al paciente según su necesidad. El cepillo de dientes debe ser capaz de alcanzar y limpiar eficazmente la mayoría de las áreas de la boca, debe ser de preferencia personal y de fácil manipulación por parte del paciente.

Se necesita un cepillo que remueva toda la placa y que pueda penetrar en el surco para remover los depósitos grandes sin producir injurias al tejido, lo cual también depende del uso del paciente. El cepillo se debe reemplazar tan pronto como las cerdas tienden a deformarse, más o menos cada 3 meses, el mango del cepillo debe ser lo suficientemente largo como para calzar bien en la palma de la mano.

Los cepillos eléctricos hacen que se obtengan buenos resultados si se instruye al paciente sobre el uso, se necesita más para pacientes poco diligentes con cepillo manual, se usan en niños pequeños, o pacientes impedidos u hospitalizados y en pacientes con aparatos de ortodoncia.

Los dentríficos son auxiliares para limpiar y pulir las superficies dentales para que sea un auxiliar eficaz de la higiene bucal, debe entrar en íntimo contacto con los dientes, y esto se realiza con el cepillado. Muchos pacientes creen que con el sólo dentífrico ya quedan con los dientes limpios y como sabemos esto solo proporciona sensación de frescura y buen aliento, es por eso que se le debe hacer saber que pasto sin cepillo no resuelve en nada el problema.

Las técnicas de cepillado son muchas, las cuales se le deben explicar al paciente, él debe practicarlas y decidir cuál le queda más fácil de practicar, se le debe indicar que la minuciosidad es más importante que el vigor o la técnica.

El paciente primero que todo debe tener una secuencia lógica comenzando por el cuadrante superior derecho, siguiendo al izquierdo, bajando por el inferior izquierdo y terminando en el inferior derecho.

La técnica más usada y más efectiva es la de Bass, se coloca el cepillo formando ángulo de 45° con el eje mayor de los dientes, se ejerce una presión vibratoria suave en el eje mayor de las cerdas y se fuerzan los extremos de las cerdas para que penetren en los surcos gingivales y en los nichos interproximales, esto debe producir isquemia en la encía, se activa el cepillo con un corto movimiento en sentido transversal de los dientes sin desalojar las puntas, completar 20 movimientos en la misma posición.

Es importante ver que por estudios realizados se ha demostrado que el cepillado es uno de los factores etiológicos en las injurias y recesiones gingivales, y que muchas veces el paciente al realizar el cuidado en la casa lo hace tan excesivamente y con tanta fuerza que produce daños en la encía y según los diferentes tipos de injurias resultan una variedad de lesiones gingivales.

Se le debe decir al paciente que no debe abusar del cepillado, que debe hacerlo con la frecuencia, método, tipo de cepillo y dirección indicados, para mantener la morfología adecuada del tejido gingival, lo más importante es concientizar al paciente que el cepillado es la función más necesaria en el aseo diario - si quiere mantener su boca en buen estado de salud.

6.3 CONTROL DE PLACA

Es una de las partes principales de la fase higiénica, ya que como sabemos - la placa es la causante de los problemas periodontales, pero la mayoría de los pa

cientes creen que después de eliminado el daño y la enfermedad y una limpieza a fondo realizada por el odontólogo, no tiene por qué preocuparse y descuidan su higiene oral y más si el odontólogo no le insiste sobre los métodos y controles de placa y es cuando se presenta la recidiva.

Hay muchos implementos, elementos y sistemas de control y el odontólogo debe interactuarlas todas para obtener un beneficio. El control de la placa no ha sido lo suficientemente efectivo, puesto que la instrucción no se ha dado de acuerdo al desarrollo físico y mental de los pacientes de manera que se tome conciencia de la formación y el daño que causa la misma.

Exteriormente factores como el nivel educativo inciden en forma alarmante, en el nulo conocimiento de la importancia de tener salud, respecto al factor social, la enfermedad en algunos sectores se toma como algo propio de su condición, así que se debe observar el nivel de toda persona para así llegar a ella por medio de los factores que los motiva.

El primer factor a analizar es la dieta del paciente, ya que ésta influye mucho en la aparición de placa, puesto que nuestra alimentación es en base a azúcares y mientras más refinada y mayor frecuencia de consumo hace que haya más poder de adhesión bacteriana. Por las costumbres sociales, nuestros pacientes viven comiendo a toda hora, se debe evitar esto y mermar la ingesta de azúcares y almidones, al máximo de 3 veces al día y promover la higiene oral correcta en cada una de ellas.

Se están estudiando enzimas, antibióticos y otros agentes químicos para el uso de los pacientes en la prevención y control de la formación de placa bacteriana. Se ha informado sobre la eficiencia a corto plazo, pero se han de efec-

tuar estudios a largo plazo sobre eficacia, posible toxicidad y efectos indeseables secundarios antes de que se pueda usar un agente en la práctica, pero mientras se descubre un agente eficaz, lo más seguro es el control de la placa de forma mecánica.

La sustancia que hasta ahora ha atraído más la atención hasta la fecha la clorhexidina, es un diquánidohexono con propiedades antisépticas, se descubrió que con dos buches diarios con 10 ml. de solución acuosa al 0.2% de gluconato de clorhexidina inhibe casi por completo la formación de placa, cálculos y gingivitis. La clorhexidina incorporada a dentífricos, geles y pastillas, ha resultado menos eficaz. Sin embargo ha tenido efectos colaterales como pigmentaciones en dientes, lengua y resinas, además de una disminución de la percepción del gusto y descamación de la mucosa oral, se presentan como uno de los mejores antisépticos. Se han mostrado resultados satisfactorios también con la Alexidina y los fluoruros.

A juicio de la tetraciclina puede ser utilizada por período de una semana durante el período primero, el agua oxigenada como agente colaborador en la higiene oral haciendo enjuagues también es muy benéfica. Hay geles para el uso del paciente como dentífrico, usándolo dos veces al día. Todo esto es a nivel microbiológico, por medio de medicamentos, tratando de destruir las colonias formadas, actuar sobre su organización.

Hay otros elementos auxiliares en la eliminación de la placa o de la limpieza, la eliminación de la placa interproximal probablemente es mucho más importante que la limpieza de las superficies vestibulares, y linguales, se ha comprobado que un cepillo dental independientemente de la técnica utilizada no elimina totalmente la acumulación de placa interdental y es allí donde la prevalencia de la in

flamación es mayor, están entre otros :

6.3.1. SEDA DENTAL

Es la técnica más aconsejada, hay varios tipos de ésta según el gusto del paciente y la facilidad para usarla, según el grosor. El paciente debe cortar un trozo de hilo de más o menos 30 cms de largo y atarlo por los extremos, estirar el hilo entre el pulgar y el índice y pasarlo entre cada zona de contacto suavemente con un movimiento firme de sierra. Se deben hacer movimientos de ascenso, hacia el fondo del surco y descenso hacia el punto de contacto sin lacerar la papila. Para simplificar su uso se puede usar el portahilo y más que todo para pacientes que carecen de destreza manual y pacientes impedidos.

La finalidad de su uso es eliminar la placa, no quitar restos fibrosos de alimentos acunados entre los dientes o empaquetados, ya que la eliminación de comida empaquetada con el hilo dental simplemente brinda alivio temporal, pero permite que la lesión empeore.

6.3.2. LIMPIADORES INTERDENTALES

Para limpiar nichos gingivales angostos ocupados por papilas intactas y bordeadas por zonas de contacto apretadas, se adaptan a superficies dentales irregulares mejor que el hilo dental. Los palillos de madera se usan con la ayuda de un soporte especial o sin ella. El stim-u-dent consiste en un palillo de madera blanda, de corte transversal, triangular que se introduce entre los espacios interproximales de tal manera que la base del triángulo se apoye tangencialmente sobre la encía interproximal y los lados estén en contacto con las superficies dentales proximales, estimulando mecánicamente la encía papilar y retirando depó

sitos blandos de los dientes.

El perio-Aid consiste en un palillo redondo, afinado en la punta, que se inserta en un mango para su aplicación conveniente, es parcialmente eficaz para limpiar el margen gingival, dentro de surcos gingivales o bolsas periodontales. Existen los conos de goma para hacer masajes gingival, éstos van colocados o insertados en un mango especial y sirve también como estimulador de la encía.

Están los cepillos interdentes, son cónicos, de disco de cerda o plástico-montados en un mango son unipenacho, o diminuto cepillo para botella, son convenientes para limpiar superficies dentales grandes irregulares o cóncavos adyacentes a espacios interdentes amplios, se los activa con cortos movimientos de vaiven en sentido vestíbulo lingual.

El masajeo de la encía produce engrosamiento epitelial, aumento de la queratinización y mayor actividad metóica en el epitelio y el conectivo, mejora la circulación sanguínea. Hay que tener cuidado con el uso de estos limpiadores interproximales, pues no se debe intentar forzar el paso de ellos entre los espacios interdentes, cuando no hay espacio y además su uso inadecuado puede producir a largo plazo achatamiento de la papilla y causan a veces festones gingivales fibrosos.

Otra forma de control son las sustancias revelantes, son soluciones y comprimidos capaces de colorear depósitos bacterianos que se hallan en la superficie de los dientes, la lengua y la encía, son excelentes elementos auxiliares porque proporcionan al paciente una herramienta de educación y automotivación para mejorar su eficacia en el control de placa. Estas soluciones se aplican sobre los dientes como concentrados, y producen teñido intenso de la placa bacteriana, labios,-

lengua, etc. y muestra depósitos bacterianos que impresionan al paciente, éste es un estímulo visual que es importante para la motivación del paciente y su autocontrol en casa.

Existen muchos elementos y muchos métodos por medio de los cuales el paciente puede colaborar en el hogar, para mantener su salud oral, pero todo depende de una buena motivación por parte del odontólogo, una buena educación del paciente y unas buenas instrucciones. Hay que cuidar de los pacientes que quieren colaborar en exceso y tratar de recuperar en poco tiempo lo que dejaron de hacer en mucho tiempo, pues a veces llegan a producirse problemas tan graves o más graves que los que tenían anteriormente.

En el control de placa deben estar incluidos las citas periódicas, pues en el paciente tratado y convertido en sano, y el paciente con enfermedad moderada y tratado con periodoncia deben tener un programa de mantenimiento, todos necesitan asistir a consulta odontológica regular y periódicamente.

El sano debe verse cada seis meses y el tratado y convertido en sano debe ir cada 3 meses durante el 1er. año y luego se extiende a seis meses, se le debe hacer en cada cita un control de placa, una remotivación reinstauración, o cambio de métodos, examen periodontal y oclusal, llevarle una serie radiográfica, realizarle una profilaxis y una fluorización, en esta forma se logra el principal objetivo de las citas de control y es la de colaborar con el paciente es una remoción total de la placa.

6.4 ELIMINACION DE CARIES Y OBTURACIONES DESADAPTADAS

Las caries es una entidad muy relacionada con la enfermedad periodontal, --

puesto que son las que más incidencia tienen en la población colombiana. Este es un paso que se debe realizar en toda fase higiénica, pues de un buen estado de los dientes depende la facilidad de la limpieza de ellos y la eliminación del acúmulo de placa.

Las caries en la vecindad de la encía interfieren en la salud gingival aún cuando no hay cálculos o restauraciones defectuosas adyacentes, porque actúan como grandes y generalmente inaccesibles reservorios de microorganismos, por lo tanto la obturación de éstas es parte del tratamiento, eliminando completamente su lesión y obturando definitivamente, se usan a veces restauraciones provisionales, siempre y cuando no permitan el acúmulo de placa.

Tan importante como restaurar la forma y la función es eliminar los reservorios, sin embargo a veces es necesario dejar restauraciones temporales, porque el tratamiento a realizar en el paciente es demorado, o porque el pronóstico del diente cariado depende del resultado del tratamiento periodontal.

Lo más importante al preparar un diente para restauración provisional es obtener un buen sellado entre el diente y la restauración en la línea cavo superficial, es buen no dejar en las superficies de los cements temporales zona rugosas y mal adaptadas que permitan el acúmulo de placa e inflamación de la encía.

Otro de los factores, es que a veces en los sitios cercanos a encía donde se forman caries, la encía se inflama por el acúmulo de placa y tiende a incluirse en el socabado creado por la caries para tratar de cubrir el defecto, se produce una hiperplasia que se invagina en la superficie cariada.

Muchas veces éstas son zonas de penetración de alimentos que hacen que cuan

do se hunda una porción de sustancia alimenticia de carácter fibroso mediante una presión excesiva se traumatice la papila directamente, ésto se puede retirar muchas veces con medios mecánicos que a veces causan una irritación adicional.

En cuanto a la obturación de los dientes la extensión excesiva del borde gingival de una restauración dental causa lesiones de tipo mecánico en los tejidos, facilita la acumulación de restos alimenticios y más si la superficie es áspera, pero con todo esto no es un medio de cultivo para las bacterias y no aumenta de volumen, es más bien estático que dinámico y menos irritante que el cálculo.

La extensión excesiva de la amalgama es corriente por el uso inadecuado de las cuñas o su no utilización que no dejan realizar un buen contorno gingival o cuando esto ocurre en una incrustación origina una hendidura donde se acumulan las bacterias y los residuos alimenticios y se convierte en una causa más intensa de irritación, por esto es bueno broñirlas al máximo, para que quede bien adosada al diente, como pulirlas bien para evitar que queden zonas de retención.

Los cementos dentales retenidos en el surcogingival constituye el irritante mecánico más potente que la restauración metálica demasiado grande, además se constituye también en un irritante mecánico, debido a su porosidad, proporciona un excelente refugio a los microorganismos y favorece el engrosamiento de la encía.

El material protésico en posición apical con respecto al borde de la encía libre hace difícil la conservación de la salud gingival en los pacientes predispuestos a la periodontitis. Un estudio histológico demostró la reacción de la encía a las resinas y las amalgamas y se vió una reacción inflamatoria similar a la causada por el cálculo subgingival.

La restauración inadecuada de la anatomía de la corona puede ser un factor etiológico en la enfermedad periodontal, los contornos exagerados proporcionan un refugio a los restos alimenticios, y los incorrectos permiten el trauma directo sobre la encía libre que dejan sin protección. El área de contacto proximales demasiado grande y planas, crean una papila gingival cóncava y las demasiado pequeñas no forman un techo protector para las papilas, además se debe dejar un área adecuada de contacto para que los implementos de limpieza puedan penetrar entre los dientes y permitir la eliminación adecuada de la placa.

Las crestas marginales deben tener una dirección adecuada para dirigir al alimento y alejarlo de la zona proximal y así evitar la impactación de restos alimenticios.

6.5 ELIMINACION DE FOCOS INFECCIOSOS

Los dientes con enfermedad apical crónica y enfermedad periodontal han llamado mucho la atención de los odontólogos, pues conforman un concepto de infección focal que en determinado momento se puede diseminar por el organismo y producir problemas en sitios remotos. La bolsa periodontal representa una amenaza potencial mayor que la enfermedad periapical.

6.5.1 ENDODONCIA

La endodoncia y la periodoncia son especialidades separadas, pero el periodonto no está dividido en una mitad periodontal y otra periapical, ya que es una unidad continua. Cuando la inflamación se difunde desde la encía hasta dentro del hueso alveolar y el ligamento periodontal, puede llegar a la pulpa a través de los ápices radiculares o conductos pulpaes accesorios, cercanos al ápice o a

la furcación. La destrucción periapical causada por la infección pulpar puede propagarse a lo largo de la raíz y producir una periodontitis por vía apical, o puede extenderse por conductos accesorios y causar inflamación y destrucción periodontal en la furcación.

Muchas veces el diente está sin caries pero tiene una lesión periodontal apical extensa que requiere la realización del tratamiento endodóntico para solucionar el problema periapical, además las lesiones periapicales crónicas tienden a destruir soporte óseo para el diente, y que combinado con un problema periodontal incipiente o avanzado lleva a una pérdida del diente, si el tratamiento combinado no es realizado a tiempo.

Puesto que las respuestas de cicatrización del periodonto a las dos formas de terapéutica están interrelacionadas y hay que efectuarlas juntas, no hay regla a cuál realizar primero, todo va de acuerdo a la eliminación del dolor del paciente.

El tratamiento endodóntico no soluciona la enfermedad periodontal, solamente afecta la destrucción causada por la infección en la pulpa. Muchas veces es necesario repetir un tratamiento de endodoncia, realizado anteriormente y el cual no ha logrado solucionar el problema endodóntico.

6.5.2 EXODONCIA DE DIENTES CON PRONOSTICO MALO

Los dientes con pronóstico malo se han de extraer antes de empezar el tratamiento periodontal, si no ocupan en la arcada una posición estratégica y el pronóstico es evidentemente malo. Se extraen si estorba el tratamiento de un diente adyacente, en algunas ocasiones, se extrae un diente durante el tratamiento perio

dontal cuando la exploración confirma el pronóstico desesperado.

Muchas veces la lesión periodontal y periapical de un diente es tan grande - que no tiene sentido mantenerlo en boca, pues la pérdida ósea que presenta es tan grande que puede llegar a comprometer a los adyacentes, esto es lo que se debe hacer, pero la verdad es que resulta muy difícil convencer al paciente que esto es lo que le conviene, ya que él quisiera conservar todos sus dientes, y en cierto momento llega a crear desmoralización.

Muchas veces cuando el problema está en dientes anteriores, se trata de conservar el diente, para evitar problemas estéticos, y se realiza la fase higiénica en forma intensiva en los dientes adyacentes hasta tenerlos más o menos estables para poder recibir una prótesis temporal que cubra el defecto, aunque esto es un riesgo, pues en pocos meses el diente afectado puede comprometer a los adyacentes.

Así que es mejor eliminar los focos infecciosos lo más pronto posible, y tratar de mantener en boca lo que tiene mejor pronóstico y posibilidades de permanecer en ella de manera estable, que gastar tiempo en tratar de salvar un diente - que no tiene ninguna posibilidad de recuperación hasta su estado inicial o hacia un estado aceptable.

6.6 REMOCION DE PROTESIS FIJAS DESADAPTADAS Y CONFECCION DE TEMPORALIZACIONES

Las técnicas para restaurar los dientes perdidos o afectados de caries han - mejorado, pero la restauración de los dientes perdidos en los pacientes con enfermedad periodontal presenta muchos problemas.

Los dientes que tienen debilitado su aparato de inserción por la enfermedad suelen ser inadecuados como dientes pilares de las prótesis parciales móviles. - Muchas veces los dientes móviles requieren de fijación mediante férulas a otros dientes para lograr estabilización.

Muchas veces esas prótesis fijas están desadaptadas y son elementos fundamentales en el acúmulo de placa por lo cual se deben retirar, para confeccionar otras, pero se encuentra uno a veces con caries recurrentes y enfermedad periodontal, que hacen ver un pronóstico reservado de la situación.

Muchas veces se realizan prótesis fijas demasiado extensas sin previa conciencia ni tratamiento periodontal que crean desastrosos resultados. Se dice -- que la prótesis fija es más destructiva para los dientes y el periodonto que la enfermedad periodontal. El objetivo del tratamiento periodontal es conservar la salud durante el mayor tiempo posible. La prótesis fija temporal o permanente - dificulta la eliminación de la placa y dificulta la salud gingival.

Cuando el paciente con enfermedad periodontal llega al consultorio, y al -- realizar el exámen nos encontramos con una prótesis fija desadaptada con márgenes extensos, con balanceo y además hay movilidad, esta prótesis se debe retirar porque está obrando como factor coayudante etiológico para la enfermedad. Al - realizar la fase higiénica, hay que incluir el paso de rectificación de tallas y confección de temporalizaciones.

Las temporalizaciones bien confeccionadas, adaptadas y pulidas son esenciales para el éxito del tratamiento periodontal. Se deben realizar en acrílico de termocurado, previamente habiendo hecho una confección en cera de lo que va a -- ser la zona a restaurar. Debemos tener cuidado con la terminación gingival, --

puesto que queda en íntimo contacto con la encía y si está desadaptado favorece el acúmulo de placa y la inflamación, que es lo que más debemos evitar, puesto que la encía debe estar en perfecto estado y sano, en el momento en que se vaya a cementar la restauración definitiva.

Deben estar bien pulidas y eliminar el máximo las zonas porosas muy comunes en este tipo de material, deben estar brillantes y tersas para disminuir el acúmulo de placa y permitir su fácil remoción. En cuanto a los espacios interdetales, es mejor que sean amplios, para darle cabida a los elementos de limpieza interdental, y enhebradores permitiendo el uso adecuado de la seda dental. Además los espacios interdetales amplios permiten un mejor contorno y comodo de la papila, para evitar aplastarla o lacerarla.

De unas buenas temporalizaciones realizadas a conciencia depende el éxito del tratamiento periodontal y protésico. Muchas veces la misma inflamación de la encía nos impide realizar una buena terminación gingival en la talla y por lo tanto hay complicaciones en tomar la impresión, puesto que la encía sangra y dificulta la copia exacta de la terminación gingival. Por la misma inflamación es difícil adaptar las temporalizaciones, así que debemos tratar un poco la inflamación antes de iniciar con el tratamiento de prostodoncia, ya que si no lo hacemos así el problema aumentará y será más difícil que vuelva a la normalidad.

6.7 ALISADO Y RESPAJE

6.7.1 Definición

Raspaje : Es la técnica destinada a eliminar la placa y los cálculos supra gingivales y subgingivales de las superficies dentales, no hay intención delibe

rada de eliminar sustancia dental junto con los cálculos.

6.7.2 Alisado Radicular

Técnica mediante la cual los cálculos incluidos residuales y proporciones de cemento afectado son eliminados de las raíces para dejar una superficie lisa, dura y limpia.

La técnica de raspaje y alisado es el procedimiento básico más comúnmente empleado para la eliminación de las bolsas periodontales y el tratamiento de la enfermedad periodontal. El raspaje se utiliza para eliminar cálculos, placa y se complementa con el alisado de la raíz para pulirla y eliminar los restos necróticos del cemento.

Cierto grado de irritación son inevitables con estos procedimientos, aunque se realice con mucho cuidado, pero los efectos lesivos son de proporción microscópica y no afectan significativamente la cicatrización, causan también dolor post-operatorio cuando son excesivos y retardan la cicatrización.

Si existen cálculos debajo del borde gingival, ninguna higiene bucal podrá retirarlo y por esto es necesario eliminarlos, si se quiere mantener la salud y el diente sano. Eliminando las acreciones no se resuelve el problema, pues a veces la superficie de la raíz no tiene cálculos y en cambio tiene cemento y acreciones, por lo cual el tratamiento debe ser global y no parcial.

Todos estos procedimientos van encaminados a eliminar el problema y a dejar sanos los tejidos de reinsertión o nueva inserción, sin llegar a una técnica quirúrgica.

6.7.3 Objetivos del Raspaje y Alisados

- a. El principal es restaurar la salud gingival mediante la remoción completa de factores irritantes que producen inflamación gingival.
- b. Se utiliza para eliminar los cálculos que están sobre la raíz.
- c. Eliminar cálculos supraingivales, visibles con raspadores superficiales que producirá luego una desinflamación en la encía debido a la hemorragia.
- d. Evitar al máximo el daño de los tejidos de soporte y evitar lacerar la encía para obtener una mejor y más rápida cicatrización.
- e. Eliminar cálculos subgingivales, introduciendo un instrumento adecuado hasta el fondo de la bolsa, bajando hasta el borde inferior del cálculo para desprenderlo.
- f. Realizar una buena técnica de raspaje y alisado, para evitar una fase quirúrgica.
- g. Tratar de realizar unas buenas maniobras para evitarle el dolor postoperatorio al paciente.
- h. Dejar las superficies afectadas tan lisas y pulidas para evitarle la nueva instalación, y por lo de placa bacteriana, tanto a la recidiva de la enfermedad y dejar contornos adecuados que faciliten la limpieza al paciente.

6.7.4 Importancia de la Instrumentación

Debe ser eficaz, por esto tiene principios generales que se aplican para todos los instrumentos periodontales. El éxito de unos tejidos sanos y la reversibilidad de la enfermedad depende de la eliminación completa de todos los factores que causan el problema, pero si la instrumentación no se hace en forma adecuada, la fase higiénica no tendrá éxito, pues el trabajo estará hecho a medias.

Debemos mirar la posición adecuada del paciente para que la acción del instrumento sea adecuada, y nosotros debemos colocarnos en una posición cómoda y que nos permita una visión adecuada. La iluminación es importante, la visibilidad del campo, es necesario saber la morfología dental y radicular y el estado de los tejidos periodontales. Es importante la estabilidad del instrumento, controlándolo, evitando lesiones al paciente y al operador.

El conocimiento del diseño de los instrumentos permite al clínico escoger eficazmente el instrumento adecuado para su trabajo y la zona donde ha de realizarlo. Se debe saber tomar el instrumento, el apoyo a utilizar según el sitio en que se va a trabajar, adaptación, angulación y movimiento para poder dominar el manejo de los instrumentos.

No podemos coger cualquier instrumento como deseamos y usarlo sin saber, -- pues podemos lacerar tejidos y causar un daño peor o aumentárselo a la enfermedad periodontal. Si no nos sentimos capacitados a realizar una fase higiénica a conciencia y en condiciones especiales y con los conocimientos adecuados, es mejor remitir nuestro paciente a un especialista.

La accesibilidad facilita el aprovechamiento óptimo de la instrumentación y

la posición adecuada del paciente y el operador facilita la instrumentación a fondo, sin que el operador se canse y disminuya su rendimiento. El campo debe estar limpio durante todo el trabajo, la visibilidad y la luz debe ser directa en lo más posible, para dedicarse al sitio que se precise.

El espejo es una ayuda para separar el carrillo y proteger estructuras y tejidos. La importancia y el éxito de la fase higiénica está basada en la buena instrumentación, pues por ésta se disminuyen los factores productores de enfermedad.

6.7.4.1 Estado de los Instrumentos

Antes de empezar a usar los instrumentos, se les debe inspeccionar para asegurarse de que están limpios, estériles y en buen estado, los extremos activos de los instrumentos con filo o puntas deben estar afilados para ser eficaces. Los instrumentos afilados favorecen la sensibilidad táctil y permiten trabajar con mayor precisión y eficiencia. Los instrumentos embotados pueden remover mal los cálculos o producir traumatismos innecesarios, su ineficiencia.

Es imposible llevar a cabo los procedimientos periodontales eficazmente con los instrumentos sin filo. Un instrumento afilado corto con mayor precisión y rapidez que un instrumento embotado. Para realizar el trabajo el instrumento de safilado debe ser sostenido con mayor firmeza y presionado con mayor fuerza que uno afilado. Esto reduce la sensibilidad táctil y aumenta la posibilidad de que el instrumento resbale inadvertidamente. Por ello para evitar pérdidas de tiempo y trabajo con riesgos, deben mantenerse los instrumentos afilados dejando un borde cortante. Es un procedimiento engorroso y requiere de paciencia y práctica, el odontólogo debe sacar un tiempo para dejar los instrumentos afilados para

la siguiente vez que los vaya a utilizar y así perder tiempo durante la cita odontológica.

6.7.4.1.1. Objetivos del Afilado

Restablecer el borde cortante lineal fino del instrumento. Esto se hace afilando la hoja hasta que su unión quede de nuevo netamente angular en lugar de redondeada. En cualquier instrumento, diferentes técnicas de afilado pueden producir este resultado.

Una técnica es aceptable si produce un borde cortante afilado sin gastar indebidamente el instrumento o laterar su diseño original, el operador debe conocer la localización y el recorrido de los bordes y los ángulos formados por las superficies que lo componen. Es importante restaurar el borde cortante sin deformar los ángulos del instrumento. Una vez alterados los ángulos, el instrumento deja de cumplir el trabajo para el que está destinado y ello limita su eficacia.

6.7.4.1.2. Principios del Afilado

Escoger una piedra adecuada para el instrumento que se va a afilar, que sea de grano abrasividad adecuados, casi siempre se prefiere la de Arkansas y debe estar en todo consultorio odontológico.

Usar la piedra de afilar esterilizada si el instrumento por afilar se está usando o se va a usar en un paciente.

Establecer el ángulo adecuado entre la piedra de afilar y la superficie del instrumento, sobre la base del conocimiento de su diseño.

Mantener una toma firme y estable tanto del instrumento como de la piedra a afilar, para poder mantener la angulación adecuada mediante el movimiento de afilado controlado. De este modo la superficie del instrumento puede desgastarse uniformemente y el borde cortante no será biselado en forma incorrecta.

Evitar la presión excesiva, ésta hará que la piedra desgaste la superficie del instrumento más rápidamente y acorte sin necesidad la vida del instrumento.

Evitar la formación de los rebordes son minúsculas proyecciones filamentosas de metal que se extienden como un reborde irregular desde el borde cortante afilado, cuando el instrumento se usa sobre la superficie radicular, estas proyecciones producirán una superficie rayada en lugar de lisa. Se crean estas rebadas cuando la dirección del movimiento de afilado se aleja en lugar de acercarse al sitio cortante. Cuando se hacen movimientos de atrás hacia delante o de arriba abajo, se puede evitar la formación de rebadas en la dirección del borde cortante.

Lubricar la piedra durante el afilado. Ello reduce el trabajo de la superficie abrasiva de la piedra de afilar con las partículas metálicas desprendidas del instrumento. También reduce el calor producido por la fricción, usar aceite para piedras naturales y agua para piedra sintéticas.

Afilar el primer signo de embotamiento. Un instrumento sumamente desafilado es más ineficiente y requiere que se ejerza más presión al emplearse, lo que entorpece el control. Y requiere de remoción de mucho metal para lograr un borde cortante filoso. Esto acorta la vida efectiva del instrumento.

Para afilar se sostiene el instrumento en la palma, de modo que quede paralelo al piso; debe tener una angulación adecuada, el instrumento con la superficie

de la piedra, se afila con movimientos ascendentes y descendentes cortos, ejerciendo presión leve uniforme y mantener constante la piedra en contacto con el instrumento. Si se observa un sedimento de aceite y metal en el frente de la hoja, indica que el afilado está casi completo y se termina con un movimiento descendente para no dejar rebabas.

El buen estado de los instrumentos deja notar que el operador es cuidadoso y está siempre preparado. Además evita daños a los tejidos del paciente.

6.8 REVALUACION DE LA FASE HIGIENICA

Lo que se persigue primordialmente al tratar la enfermedad periodontal es detener la afección activa, evitar la recurrencia y prevenir una pérdida de fijación, lo que preservará los dientes naturales.

Los diversos pasos de la fase higiénica cumplen estos objetivos y controlan la placa, teniendo en cuenta que a medida que progresa la enfermedad, se hace más profunda la bolsa y se pierde soporte óseo. Este paso no se realiza uno, sino varias veces, consiste en hacer un examen completo de los tejidos periodontales al poco tiempo de haber realizado la fase higiénica para ver cuál ha sido la respuesta de los tejidos y poder analizar la situación y decidir si se realiza nuevamente algunos pasos de la fase higiénica o si se sigue una fase quirúrgica.

En estas visitas se debe tratar de observar como está el periodonto perdido, revisar la higiene oral, la función, el confort y la estética del paciente.

Muchas veces las técnicas pueden por diversas razones, y los tratamientos que para el terapeuta al comienzo parecen exitoso al final no lo son tanto. La

consideración más importante para el éxito, es la necesidad de que el paciente mantenga el control de placa adecuada, otra condición es que la fijación de un tejido conjuntivo a la raíz parece ser tan ventajosas como una adherencia epitelial larga.

En este paso se vuelve a examinar los tejidos periodontales para proseguir el tratamiento. Cuando corresponde, se analizan las relaciones dentales oclusales y funcionales y se las corrige. Se vuelven a sondear las bolsas para decidir si está indicado el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, se puede esperar que haya una mayor mejoría del estado periodontal por medio de la cirugía, únicamente si la fase higiénica del tratamiento se cumplió favorablemente, por lo tanto se emprenderá la reducción o remoción quirúrgica de las bolsas únicamente si el paciente efectúa el control eficaz de la placa y si los tejidos periodontales no se presentan inflamación manifiesta.

La evaluación clínica de la respuesta de los tejidos blandos al raspaje y alisado radicular, incluido el sondaje, no debe efectuarse antes de las tres semanas de realizado el tratamiento.

Se ha comprobado que la reepitelización de las heridas creadas durante la instrumentación lleva de una a dos semanas, hasta entonces es previsible que haya hemorragia al sondaje aún cuando la eliminación del cálculo hubiera sido completa porque la herida no está epitelizada. Hay veces que el operador comprueba que después del alisado y el raspaje queda una ligera rugosidad en la raíz.

Si los tejidos blandos se presentan sanos después de un intervalo de dos semanas, no es necesario proseguir el alisado radicular. Si el tejido está inflamado el operador debe determinar en que medida esto se debe a la acumulación de

placa o a la presencia de cálculos residuales y hasta que punto debe proseguir el alisado radicular.

Es importante reevaluar en la fase higiénica que el paciente ha realizado adecuadamente sus métodos y las indicaciones de higiene oral, enseñanza de cepillado y control de placa, ya que sin esto es imposible que la enfermedad se suspenda. Hay que reforzar la motivación y realizar otra profilaxis, para pulir nuevamente las superficies.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento periodontal requiere de la interrelación de la atención del periodonto con otras fases de la odontología, esto indica que debe ser un tratamiento integral.
2. Son necesarios ciertos requisitos para lograr el éxito :
 1. Cumplir los objetivos terapéuticos; 2. Hacer que el periodonto detenga la afección y que sea aceptable y sano; 3. El plan de tratamiento no debe ser muy extenso y debe limitarse a los puntos principales y necesarios; 4. Debe hacer secuelas mínimas y 5. El tratamiento debe ser aceptado por el paciente.
3. Todo tratamiento debe tener un plan maestro, con una serie de pasos que incluye el tratamiento periodontal y otros necesarios para crear una detención que funcione bien en un medio periodontal sano.
4. El paciente cumple el papel importante en el mantenimiento y éxito del tratamiento, con su control de placa.
5. Es importante que el odontólogo se concientice que sin eliminar la bolsa periodontal y todos los factores irritante, la enfermedad no será eliminada nunca.
6. La fase higiénica es tediosa y larga, pero los resultados de su beneficio -

se pueden comprobar en corto plazo.

7. Se ha comprobado por medio de múltiples investigaciones que después de una - fase higiénica de Peridoncia, el paciente debe tener unas fases de manteni_ - miento frecuentes y un buen control de placa por parte del odontólogo, si no el paciente tarde o temprano presentará una reincidencia de la enfermedad.

A N E X O S

- FILMINA 1 : Encías Normal y Sanas.
- FILMINA 2 : Esquema de un diente y sus estructuras de soporte en completo estado normal.
- FILMINA 3 : Gingivitis leve Generalizada.
- FILMINA 4 : Esquema de un diente y de las estructuras que le sirven de soporte, que es útil para explicar la enfermedad periodontal en las partes.
- FILMINA 5 : Gingivitis Marginal Moderada localizada.
- FILMINA 6 : Esquema representativo Filmina 5
- FILMINA 7 : Periodontitis Marginal Generalizada.
- FILMINA 8 : Malposición dentaria con periodontitis marginal generalizada con cálculos Supragingivales.
- FILMINA 9 : Esquema de Filminas 7 y 8 .
- FILMINA 10 : Radiografía de Periodontitis.
- FILMINA 11 : Periodontitis Avanzada con destrucción dentaria, caries en la mayoría de piezas dentarias.

- FILMINA 12 : Esquema de Filmina 11.
- FILMINA 13 : Serie radiográfica de toda la boca; revela defectos por resorción ósea que acompaña a la enfermedad periodontal inflamatoria. Mientras que el patrón de la pérdida de hueso alrededor de toda la dentición del maxilar superior es de tipo horizontal, hay lesiones dirigidas verticalmente alrededor del canino derecho y segundo molar izquierdo del maxilar inferior que indican formación de bolsa infraósea.
- FILMINA 14 : En el comercio se encuentran sondas periodontales de diversos tamaños y formas. Todas con anguladas y tienen marcas que facilitan la determinación de la profundidad del surco.
- FILMINA 15 : Periodontitis avanzada, con incrustaciones desadaptadas que sirve de anclaje a la placa bacteriana.
- FILMINA 16 : El central inferior muestra una superficie denudada, con fuerte depósito de cálculo. La pared del saco se ha desintegrado debido a la proliferación del epitelio. El cálculo se extendió subgingival hasta que ocurrió la retracción.
- FILMINA 17 : El mismo caso de Filmina 16, con periodontitis avanzada.
- FILMINA 18 : El hombre de 56 años, con cálculo supragingival concentrado en áreas cervicales delgada capa de placa cubre el cálculo. El paciente jamás se había cepillado los dientes, ni revisados los mismos. A pesar de tener enfermedad periodontal no estaban flojos.

- FILMINA 19 : Cálculo supragingival se extiende desde los dientes anteroinferiores hacia el piso de la boca creando una extensión como una capa o concha.
- FILMINA 20 : Espécimen de autopsia con cálculo subgingival el cual es marrón -- oscuro y muy duro.
- FILMINA 21 : Este marcado incremento ocurrió pocos meses después de la colocación de dos jekets de porcelana en los dos incisivos centrales superiores.
- FILMINA 22 : Tipo fibrótico de sobrecrecimiento gingival debido a fenitoina en un paciente epiléptico joven. Notense los pseudosacos.
- FILMINA 24 : Solución reveladora en superficie lingual de incisivos inferiores, revelando una acumulación extensa de placa.
- FILMINA 28 : Aplicación de cepillo según método de Bass. Las cerdas se dirigen hacia el borde gingival y penetran en el surco.
- FILMINA 39 : El instrumento interplak TM es usado por un pate con aparatos fijos
- FILMINA 40 : El explorador dental nos muestra una película delgada de placa, -- que no es visible a simple vista.
- FILMINAS : Los Números : 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50. Vienen con la explicación respectiva en cada una de ellas.