

**MANUAL DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES CON
APARATOLOGIA FIJA Y REMOVIBLE**

**YANET TOCARRUNCHO
TATIANA MORALES
MARÍA JOSÉ PINTO
GUILLERMO GARCÍA
XIMENA GÓMEZ**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1996 - II**

89-6-01-148

5/24

**MANUAL DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES CON
APARATOLOGIA FIJA Y REMOVIBLE**

**YANET TOCARUNCHO
TATIANA MORALES
MARÍA JOSÉ PINTO
GUILLERMO GARCÍA
XIMENA GÓMEZ**

TUTOR: Dr. CAMILO GUTIÉRREZ

**Presentado a:
Dr. Jorge Arango Mejia - Decano
Dr. Freddy Osorio - Director de Clínicas**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1996 - II**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por regalarnos la vida y hacer posible que hoy estemos a punto de ser Odontólogos.

A nuestros padres quienes con su esfuerzo y dedicación día tras día nos apoyaron e hicieron superar nuestras dificultades para que lográramos llegar a nuestra meta.

Al Doctor Camilo Gutiérrez quien hace unos años nos encaminara en la clínica Odontológica y hoy gracias a su apoyo nos despide en la culminación de la carrera.

A todos los que hicieron posible este triunfo.



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
1. OBJETIVOS GENERALES	7
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. PROPÓSITO	10
5. ANTECEDENTES GENERALES	11
6. MARCO TEÓRICO	12
6.1 HIGIENE ORAL	12
6.1.1 Objetivos	13
6.2 SALUD ORAL	13
6.2.1 Características de una encía sana:	14
6.3 MOTIVACIÓN AL PACIENTE	15
6.4 PROGRAMA DE ENSEÑANZA	15
6.5 MASAJE GINGIVAL	15
6.6 CONTROL DE PLACA	16

	pág.
6.6.2 Evaluación Clínica.	19
6.6.3 Composición y Estructura.	20
6.6.4 Elementos de Higiene Oral.	22
6.7 APARATOLOGIA FIJA	55
6.7.1 Prótesis Parcial Fija.	55
6.7.2 Corona.	56
6.7.3 Características:	56
6.8 PERIODONTO Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA	56
6.9 ESPACIO DE LA TRONERA	57
6.10 CARIES DENTAL	58
6.11 INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO CASERO	59
6.11.1 Cuidados de Mantenimiento.	59
6.11.2 Inflamación Gingival.	59
6.11.3 Retención de Alimentos.	60
6.11.4 Técnica Higiene Oral.	61
6.12 APARATOLOGIA REMOVIBLE	62
6.12.1 Características.	62
6.12.1 Técnica de Higiene para Removible.	63
7. TIPO DE INVESTIGACION	64
8. RECURSOS	65
BIBLIOGRAFÍA	66

INTRODUCCIÓN

Como hemos podido apreciar en toda nuestra práctica odontológica, cada uno de nuestros pacientes es diferente, por tal motivo requiere de un manejo especial dependiendo de su caso podemos encontrar “pacientes sanos”, pacientes con gingivitis o con enfermedad periodontal producida por diferentes factores, generalmente la mala higiene oral y principalmente cuando presentan algún tipo de aparatología o prótesis en boca, es por eso que nos hemos encaminado en la tarea de realizar un manual de fácil entendimiento para el paciente con problemas de higiene oral y aparatología donde le enseñamos a su buen mantenimiento bucal dependiendo de cual sea su característica de cavidad oral.

1. OBJETIVOS GENERALES

Este trabajo esta siendo realizado con el objetivo de dar a conocer al paciente un manual de higiene oral de fácil entendimiento que contribuya a mejorar sus técnicas y hábitos de higiene sobre todo en aquellos que presentan algún tipo de prótesis o aparatología en boca.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Específicamente queremos con este trabajo:

- Dar a conocer un manual de higiene oral de fácil entendimiento para el paciente.
- Enseñar técnicas de higiene oral en pacientes con aparatología o prótesis en boca.
- Mejorar en nuestros pacientes la salud periodontal.
- Motivar al paciente en el buen mantenimiento de la cavidad oral.
- Dar al paciente una ayuda didáctica para reforzar sus hábitos de higiene oral.



3. JUSTIFICACIÓN

Nos hemos encaminado en realizar este manual al darnos cuenta de diferentes factores como:

- Encontrar gran porcentaje de pacientes con aparatología fija y removible en boca.
- Al darnos cuenta de la pésima higiene oral de la mayoría de los pacientes. Por el uso de una técnica inadecuada.
- Al descubrir que los pacientes con aparatología en boca realizan su higiene oral como pacientes sanos.
- Al comprobar que la aparatología en boca es uno de los mayores causantes de enfermedad periodontal por su mal mantenimiento.
- Al averiguar que muchos odontólogos no están en capacidad de dar instrucciones al paciente con aparatología para su higiene oral.

4. PROPÓSITO

Contribuir en el mantenimiento de la salud oral de los pacientes y alumnos del Colegio Odontológico Colombiano, poniendo a su disposición técnicas sencillas de higiene oral para todo tipo de pacientes según el caso, sobre todo si presentan algún tipo de aparatología o prótesis en boca.

5. ANTECEDENTES GENERALES

Como bien sabemos en Colombia se ha ido incrementando el interés por el cuidado de la salud oral gracias a las campañas realizadas en este campo, sin embargo un gran porcentaje de pacientes no tienen el conocimiento de técnicas especiales de higiene oral cuando presentan algún tipo de aparatología o prótesis en boca, y mantienen sus hábitos de higiene como si fueran pacientes normales, teniendo este como antecedente nos orientamos a contribuir con una valiosa información para dichos pacientes mostrándoles los cuidados que deben tener diariamente para el buen mantenimiento de su cavidad oral.

6. MARCO TEÓRICO

Manual: es una ayuda que tienen los pacientes para aprender y entender mediante una forma explicativa, como realizar determinada tarea, en este caso de higiene oral, y sus técnicas cuando poseen aparatología fija y removible.

6.1 HIGIENE ORAL

Son procedimientos que realiza el paciente para eliminar la placa, los depósitos blandos y residuos de los dientes para que la encía sea firme y aumente la cornificación del epitelio.

La higiene bucal adecuada es necesaria para ayudar a curar la enfermedad periodontal y mantener el estado de salud, por ello la higiene bucal es terapéutica y profiláctica.

6.1.1 Objetivos

- Reducir la cantidad de microorganismos sobre los dientes.

Se elimina toda placa dentaria y residuos accesibles del margen gingival, superficies dentarias proximales y surco gingival.

- Elimina factores etiologicos que producen irritación e inflamación, también una de las causas de la halitosis.

- Favorecer la circulación.

- Favorecer la cornificación del epitelio y hacer que los tejidos gingivales sean mas resistentes a la irritación mecánica.

6.2 SALUD ORAL

Estado fisiológico de las personas, el cual se caracteriza por ausencia de patologías o enfermedades en la cavidad bucal y esta directamente relacionado con un buen mantenimiento e higiene con las técnicas adecuadas.



6.2.1 Características de una encía sana:

- **Color:** el color de la encía normal es rosada pálido, pero puede variar según el grado de irrigación y queratinización epitelial, pigmentación y espesor del epitelio.

- **Contorno marginal:** Describen un curso ondulado alrededor de las cuatro superficies del diente y el de la superficie interdental, constituye la parte de la encía más oclusal.

- **Contorno papilar:** Las papilas deben llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto, el contorno más normal es redondeado y no puntiagudo.

- **Textura:** Punteado gingival en cascara de naranja.

- **Consistencia:** La encía debe ser firme, y la parte insertada debe estar firmemente unida a los dientes y al hueso alveolar subyacente.

- **Surco:** el surco es el espacio entre la encía libre y el diente. Sus

profundidades máximo de 3 mm.

6.3 MOTIVACIÓN AL PACIENTE

Es la forma mediante la cual los profesionales de la salud logran animar o incentivar a los pacientes para mejorar en determinada área, ya sea higiene oral o corregir sus hábitos y así lograr un mejor estado de salud en la cavidad oral.

6.4 PROGRAMA DE ENSEÑANZA

Es un procedimiento de educación por medio del cual se adiestra el paciente, aconsejándole que cumpla un programa de citas periódicas al odontólogo.

Esta instrucción repetida es valiosa ya que el paciente interviene activamente en el tratamiento. Se le muestra que debe hacer y después se deja que lo haga por si mismo.

6.5 MASAJE GINGIVAL

Son los movimientos que se realizan en boca con diferentes elementos como: el

cepillo, puntas de hule, palillos de bolso, etc. Para estimular la circulación de la encía y aumentan el tono del tejido.

6.6 CONTROL DE PLACA

Es el medio que tienen los odontólogos para darse cuenta el grado de acumulo de placa bacteriana depositado en los dientes por diversos factores como: Mala higiene oral, zonas de retención etc., y se realiza con la ayuda de solución o tabletas reveladoras de placa, un espejo de mano y se muestra al paciente las zonas coloreadas sobre sus dientes que corresponden a la placa bacteriana y se realiza un índice de placa, para en sesiones sucesivas darnos cuenta los avances del paciente.

6.6.1 Placa Dental Microbiana. Definición y clasificación: La placa dental es esencial para el desarrollo de la enfermedad periodontal, y por tanto, el control de placa es crítico en el tratamiento de éstas; es importante entender la estructura, desarrollo, mecanismos de formación, inhibición y dispersión de la placa dental.

Placa dental, placa bacteriana, o quizás de más actualidad, placa dental

microbiana, se describe como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes y otras superficies bucales; aunque al principio es un agregado de células bacterianas, también se encuentran algunas células epiteliales e inflamatorias; presenta una estructura microscópica definida, con las células bacterianas ordenadas en grupos o columnas de microcolonias; los espacios entre células y microcolonias están comunicados por sustancias intercelulares. Saliva, flujo gingival y líquido de la dieta se percolan a través de ésta formación a una extensión variable, lo que depende de la porosidad, la cual, a su vez, depende del orden específico de las células y material intercelular; la extensión de los espacios intercelulares se satura con polisacáridos y otras sustancias matrices sintetizadas por bacterias de la placa.

La placa dental microbiana se clasifica como supragingival o subgingival de acuerdo con su localización; la primera se refiere a aquellas agregaciones microbianas que se encuentran en las superficies dentales; sin embargo; es posible que se extiendan en el fondo del surco gingival donde están en contacto inmediato con la encía marginal. La placa subgingival son aquellas agregaciones bacterianas que se encuentran por completo dentro del surco gingival o bolsas periodontales, en estas últimas, se compone de bacterias ordenadas en capas o zonas con placa unidas o adheridas a la superficie dental y otras en la interfase

del tejido, algunas más se adhieren al revestimiento epitelial de la bolsa, así que resisten la remoción con el flujo de líquido gingival. También hay agregaciones de bacterias que representan una forma de placa dental en los surcos y fisuras de la corona del diente; es probable que estén relacionados con la caries con la caries en estos sitios; también se acumulan alrededor de restauraciones dentales y en todos los aparatos protésicos colocados en cavidad bucal.

La placa dental se distingue de otras acumulaciones o depósitos en la superficie del diente, como:

- **Materia alba**, acumulación bacteriana amorfa en una boca sin higiene, contiene bacterias, leucocitos y células epiteliales bucales descamadas, incluso restos alimenticios. Se elimina con facilidad, con una jeringa de agua a presión.

- **Cutícula**, película orgánica derivada de saliva y depositada en la superficie dental. Contiene algunas o ninguna bacteria en sus primeros estadios; sin embargo, algunas horas después se depositan en ella bacterias y cambia su composición.

- **Cálculo**, representa placa dental calcificada; está cubierto casi siempre con



una capa de placa no calcificada.

- **Manchas**, placa, cutícula y cálculo, de color amarillo, café y negro o verde, esto depende de dieta, uso de inhibidores de placa, edad y hábitos como tabaquismo.

6.6.2 Evaluación Clínica. La placa supragingival se detecta a simple vista cuando alcanza cierto grosor, esto sucede en uno o dos días en aquellos sitios donde no se remueve de manera intencional, por fuerzas de masticación u otras funciones bucales. Es amarilla o blanquecina y tiene mayor grosor a lo largo del tercio del diente y áreas interproximales; cuando es muy delgada para detectarse, su presencia se determina con el uso de una solución reveladora como la erritrosina, o al raspar la superficie dental con una sonda o cureta. Se encuentra en el tercio gingival de la corona, área que por lo regular carece de autoclisis; la abrasión que produce comida, higiene bucal y masticación normal es por lo regular suficiente para prevenir depósitos importantes de placa en las superficies lisas y los dos tercios oclusales de las superficies vestibular y lingual de la corona; por el contrario, las áreas interproximales acumulan placa, ya que no tienen autoclisis y son de difícil alcance para el cepillado dental. Los depósitos de placa se presentan, por lo regular, en fisuras, fosas e irregularidades de las

superficies oclusales, fluctuaciones y grietas de las superficies lisas de la corona; se forma con facilidad en dispositivos ortodónticos removibles, así como en todo tipo de restauraciones.

La placa subgingival, es delgada, contenida dentro del surco gingival o bolsa periodontal, difícil de visualizar in situ; estos depósitos se detectan después de su remoción de la bolsa por medio del raspado de la superficie radicular con sonda o cureta: Hay varios procedimientos de muestreo para la evaluación microbiana de flora periodontal, éstos se toman de la placa subgingival con puntas de papel absorbente estériles u otros dispositivos; las muestras subgingivales se evalúan microbiológicamente por su contenido, al cultivar gérmenes patógenos periodontales, o con el uso de anticuerpos específicos o sondas con ácido nucleico en pruebas rápidas.

6.6.3 Composición y Estructura.

- **Composición Microbiana.** La placa dental está compuesta por células microbianas, con una cutícula o película entre estos grupos y la superficie dental; la cuenta microscópica total muestra cerca de 250 millones de microorganismos por miligramo de peso húmedo de placa, el cual ocupa un volumen de casi 1 mm

cúbico de placa. Puesto que un comprimido centrifugado de un cultivo pruo de estreptococos tiene casi el mismo número de células por miligramo de peso húmedo, es claro que la mayor parte del peso de la placa se debe a las bacterias; se calculan de 200 a 300 especies presentes en la placa; en la actualidad no es posible cultivarlas o identificarlas a todas; también hay otros microorganismos, que incluyen microplasma, algunos hongos, protozoarios, virus y bacteriófagos.

La placa supragingival bien formada, bajo el microscopio de luz, tiene aspecto de un conjunto de células bacterianas con filamentos en ángulos rectos a la cutícula y superficie dental; cerca de la periferia, los filamentos se curvan y son irregulares; en el exterior, la porción de placa más reciente, se encuentran muchos cocos y otras formas bacterianas pequeñas.

La ultraestructura de la flora microbiana vinculada con el diente y tejido periodontales en varios estados de salud y enfermedad, presentan un alto grado de organización; hay gran diferencia entre las placas que se observan en salud y enfermedad. Ejemplos de la ultraestructura de las placas que se encuentran en estado normal y en gingivitis, periodontitis o periodontitis juvenil localizada, se describen en los siguientes párrafos.

En estado normal de salud periodontal, la flora microbiana de la placa es supragingival, en su mayor parte confinada a la superficie del esmalte; consiste en una capa delgada de bacterias adheridas, el orden varia desde células únicas aisladas en la superficie de la película, a células empacadas con densidad en microcolonias, o colocadas en columnas en ángulos rectos a la superficie dental. En la interfase entre la superficie del esmalte y la placa hay una capa electrodensa, la cutícula dental. Entre las células de la placa en una encía normal predominan las de forma cocoide con características de microorganismos grampositivos, existen sólo algunas formas filamentosas y gramnegativas con frecuencia en la superficie externa de la capa microbiana además se observan pocos flagelados y espiroquetas.

6.6.4 Elementos de Higiene Oral. La meta principal en las medidas de higiene es y debe ser la remoción de la Placa Bacteriana en la forma mas rigurosa posible. Para este fin se ha creado diversos elementos con los cuales es posible lograr que la remoción de dicha placa resulte eficaz.

- **Cepillo de Dientes.** el cepillo de dientes es el elemento de higiene mas importante y el mas viejo; sin embargo, algunos tienen mas ventajas que otros. Su principal objetivo no es el de retirar restos alimenticios sino el de remover la

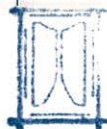
Placa Bacteriana sin lesionar la encía.

La firmeza de las cerdas del cepillo pueden ser blanda, media, dura y extradura. En pacientes con encía normal se recomiendan los cepillos de cerda dura de nylon o cerda natural; la cerda blanda se recomienda en pacientes afectados periodontalmente, puesto que la blandura de estas cerdas permite cierto grado de masaje y limpieza sin riesgo de lastimar la encía.

Es importante anotar que estas cerdas blandas no remueven la placa bacteriana tan eficazmente como las cerdas duras en una terapia prolongada.

La mayoría de los pacientes utilizan como técnica de cepillado, el tipo horizontal. Este consiste en movimientos de atrás hacia delante y de adelante hacia atrás, sobre las caras vestibulares y oclusales sin tocar en ningún momento las superficies linguales; por lo tanto, la formación de la placa, se hará mas rápidamente en la superficie lingual y los espacios interdentes.

Existen técnicas un poco mas avanzadas como la del cepillado vertical, pero sin embargo la limpieza dentaria o remoción de la placa no es efectiva por la técnica del cepillado, sino por la minuciosidad con que se haga ya que según



investigaciones recientes, se ha comprobado que la mayoría de los pacientes que cepillan sus dientes de acuerdo a estas técnicas, presentan acumulación de depósitos blandos o duros; por lo tanto, es conveniente aplicar métodos de higiene que mejoren la limpieza interdientaria.

En algunos casos los elementos de cepillado deben ser combinados; por lo tanto, es necesario programar higiene oral específica para cada paciente.

- **Cepillado:** Perio-Aid es un dispositivo útil para quitar la placa dentaria en los márgenes gingivales y en zonas interproximales. Este instrumento se compone de un mango de plástico que recibe un palillo pulido redondo y permite que el paciente se limpie los dientes en los márgenes gingivales accesibles y en zonas de acceso difícil. La punta puede ser profundizada hacia el surco.

- **Auxiliares del Cuidado Dental Casero.** Los auxiliares del cuidado dental casero se dividen en dos categorías: para limpieza y para masaje: Se los enumera en el orden de su mayor eficacia. Sin embargo, la mayoría de ellos son eficaces, primera o secundariamente, en ambas categorías. El cepillado, por ejemplo, es casi tan importante para el masaje como para la limpieza.

De importancia primaria la limpieza:

- Cepillo (manual o eléctrico).
- Hilo dental (encerado o no encerado).
- Soluciones o tabletas reveladoras.
- Cordón de algodón, de cuatro cabos.
- Palillos.
- Cepillo unipenacho (manual o eléctrico).
- Tiras de gasa.
- Aparatos de irrigación con agua.
- Dentífrico.
- Enjuagatorios.
- Cepillo interdentarios.

De importancia primaria como auxiliares del masaje:

- Cuñas de madera de balsa (Stim-U-Dents) u otros palillos.
- Estimulador interdentario (de plástico, de caucho).
- Estimulador gingival como taza de caucho.
- Masaje digital.

Al comenzar la enseñanza del cepillado, hágase conocer al paciente varios conceptos:

- **Frecuencia del cepillado.** Hay que inculcar al paciente la necesidad de cepillarse una vez al día, o dos, para eliminar la placa y los residuos, y para estimular los tejidos circundantes.

- **Naturaleza y composición de los residuos.** Se explicará la localización de los residuos y la consecuencia de su presencia en la encía y en las estructuras de soporte. El uso de diagramas es muy útil, si no indispensable.

- **Relación de la placa y los residuos con la enfermedad periodontal.** El paciente debe saber que es lo que usted está tratando de hacer y qué resultados favorables se pueden obtener. Aunque esto sea una repetición, ayuda a reforzar la motivación.

- **Tipo de cepillo a utilizar.** Las recomendaciones respecto al cepillo se han de basar en las necesidades individuales del paciente, insistiendo en el hecho de que se usará dos cepillos diarios, uno por cepillado, y alternados. Habrá que enjuagarlos bien y secarlos al aire.

Frecuencia del cepillado. La frecuencia del cepillado y la limpieza se regularán con la finalidad de prevenir la enfermedad gingival y las caries. Sobre la base de estudios recientes, puede precisarse la limpieza diaria o en días alternos para prevenir la gingivitis. Sin embargo, los requisitos para controlar la caries o la supresión de los olores del aliento son más exigentes. Los microorganismos acidógenos, en presencia de un substrato apropiado, reduce el pH de la superficie dentaria en un tiempo brevísimo. Los olores del aliento aparecen directamente después de la ingestión de alimentos. Es más, la sensación de comodidad personal que confieren los dientes limpios demanda el cepillado frecuente. Sobre la base de estos elementos, se considera necesario, desde el punto de vista empírico, el cepillado dos veces por día.

Una vez enterado el paciente de las razones del cepillado, comience la enseñanza de la técnica. Los medios visuales ayudan a transmitir el mensaje. La secuencia de enseñanza que se aconseja es la siguientes:

- Diga qué cepillo o cepillos usar.

- Haga la demostración de la técnica de cepillado sobre un modelo.

- Haga la demostración en las zonas anteriores superior e inferior de la boca del paciente. El se observará en el espejo.
- Que él se cepille los dientes con un cepillo humedecido.
- Señale los errores de su técnica, incluyendo la posición del cepillo y la de la mano y el brazo.
- Corrija sus esfuerzos en demostraciones sucesivas hasta perfeccionar la técnica adecuada en la zona anterior.
- Repita la secuencia de enseñanza en otras zonas de la boca.

Soluciones y tabletas reveladoras. Las soluciones y tabletas reveladoras proporcionan una imagen objetiva de la higiene bucal adecuada que el paciente ve. Su uso casero fomentará el esfuerzo, porque las placas se ven y se pueden eliminar la coloración. Las soluciones reveladoras también tiñen la mucosa de labios, lengua, carrillos y encía. La mayor parte de la tintura se va con enjuagatorios. Asegure al paciente que la coloración de los tejidos blandos se elimina mediante buches y cepillado. La coloración mucosa residual desaparece



en pocas horas: Hágase usar al paciente una tableta reveladora en cada sesión sucesiva antes de que comience el tratamiento. Muéstrela las zonas pasadas por alto. Después, corrija los defectos de técnica.

Cepillos. Al recomendar un cepillo, se tomará en cuenta lo siguiente:

- **Tipo.** Decídase qué tipo o tipos de cepillo se utilizará. Hay cepillos manuales y eléctricos. En la mayoría de los casos se preferirá el cepillo manual. Sin embargo, habrá casos en que se aconsejarán cepillos que operan mecánicamente.

- **Tamaño.** El mango del cepillo manual ha de tener una forma tal que permita una prensión firme y cómoda. La parte activa será lo suficientemente pequeña para que permita fácil introducción en todas las zonas de la boca, pero lo suficientemente grande para abarcar varios dientes a la vez.

- **Cerdas.** Las cerdas deben ser de igual longitud. Si son blandas, deberán hallarse muy cerca una de otra, dispuestas en dos o más hileras. Si son duras, deberán estar más espaciadas, en dos o tres hileras. Pueden ser naturales o de fibra sintética. La resistencia de la variedad sintética ha mejorado. Los extremos

son redondeados, con un diámetro de 0.01 a 0.02 mm, de modo que las cerdas se pueden usar muy bien en cepillos blandos o duros. Las cerdas sintéticas se limpian con mayor facilidad y son más durables, y su rigidez no se resiente fácilmente con el agua. Hay cepillos con cerdas sintéticas sumamente blandas distribuidas en dos o tres hileras. Por lo general se los utiliza poco tiempo, en el período de cicatrización posoperatorio que sigue al retiro del apósito.

Secuencia del cepillado. Enseñe al paciente que se cepille sistemáticamente, comenzando desde atrás y avanzando hacia la región anterior, para volver a la región posterior en el lado opuesto del mismo arco.

El tiempo que demande la limpieza de la boca variará con cada paciente y dependerá en parte de la frecuencia del cepillado. Indique un tiempo determinado, pero señale que al comienzo se requerirá mayor tiempo (10 a 20 minutos), hasta que el paciente adquiera destreza en la técnica. (Luego, será suficiente con tres a cinco minutos).

El cepillado se hará delante de un espejo, con buena luz, para que el paciente vea la colocación del cepillo y las cerdas. Los pacientes que dicen cepillarse con frecuencia quizá no hagan una limpieza tan a fondo como otros que se cepillan

concienzudamente una vez al día. El paciente se debe cepillar por la noche, antes de irse a dormir. De esta manera, durante las horas de sueño la boca estará lo más limpia posible y no se dejará la placa in situ 12 horas o más.

En las sucesivas sesiones, examine la boca del paciente para valorar su higiene bucal. Si hay zonas donde queda placa, revise la técnica y corrija todo error. A veces pasan varios meses antes de que el paciente consiga cumplir con éxito su programa de cuidado casero. Observe la eficacia de la higiene durante el tratamiento, y sobre la base de esta valoración indique modificaciones de las técnicas de cuidado casero o del plan de tratamiento.

Técnica intersurcal. Se comprobó que no hay un solo método de cepillado totalmente adecuado para todos los pacientes. El método intersurcal preconizado por Talbot en 1899 y por Bass en 1944 es popular en la actualidad porque incluye un intento de limpiar el surco. Esta técnica elimina la placa del margen gingival expuesto y alrededor de medio milímetro dentro del surco. Los surcos interdentarios se limpian mejor con hilo. La superficie oclusal se limpia mediante un movimiento vibratorio de las puntas de las cerdas sobre ella. En bocas en que la enfermedad periodontal ha dejado espacios interproximales grandes, se hará la técnica de Charters después de la intersurcal, para después hacer uso del hilo

dental o del cordón de algodón.

Técnica intersurcal modificada. En el método intersurcal modificado se usa un cepillo multipenacho de cerdas blandas. Las cerdas tienen extremos pulidos de 0.01 mm de diámetro. Coloque el cepillo de manera que los costados de las cerdas queden contra las superficies vestibular, palatina o lingual de los dientes, las cerdas internas queden cerca de los dientes, y los extremos de las cerdas contra el margen gingival de esos dientes. Gírese levemente el mango del cepillo hasta que las dos o tres hileras externas de cerdas se apoyen sobre el margen gingival y sobre la encía insertada adyacente a ese margen. Imparta un movimiento de vibración en sentido anteroposterior, dejando que las cerdas cercanas al diente se introduzcan en el surco gingival. Al mismo tiempo, el movimiento vibratorio de las dos o tres hileras de cerdas externas quitará la placa de la encía insertada que se halla bajo los extremos de las cerdas y estimulará la encía. Este movimiento vibratorio se prolongará unos 10 segundos. Los costados de las cerdas cercanas al diente friccionan, lo cual ayuda a aflojar la placa. Después de efectuar el movimiento de vibración, gire el cepillo hacia la superficie oclusal. comience la secuencia de cepillado en la parte posterior de la boca, en el arco superior y en las superficies vestibulares (G). coloque el cepillo según lo descrito hasta completar el ciclo. Después múdelo al nuevo segmento

hacia mesial (D), tomando un pequeño sector del segmento cepillado anteriormente (E). Repita el ciclo hasta limpiar el último diente del lado opuesto del arco. Cepille la superficie distal del último diente del arco colocando los extremos de las cerdas contra esta cara y haciendo vibrar el cepillo. Repita el procedimiento, esta vez volviendo por la superficie palatina, esta vez volviendo por la superficie palatina del lado opuesto del arco (de F a H). A continuación, coloque los extremos de las cerdas sobre la superficie oclusal en un extremo del arco superior y vibrese para penetrar en las fisuras oclusales, dando la vuelta hacia el lado opuesto.

Una vez completado el arco superior cepille los dientes inferiores, comenzando por las caras vestibulares del segmento posterior, recorriendo el arco por las caras vestibulares y luego las linguales, de la misma manera que se hizo en el maxilar superior. Coloque los extremos de las cerdas en los márgenes gingivales, con los costados de las cerdas contra la superficie dentaria. Gire el mango del cepillo de modo que dos o tres hileras externas de extremos de cerdas queden en contacto con la encía insertada y, en seguida, vibre el cepillo de modo que dos o tres hileras externas de extremos de cerdas queden en contacto con la encía insertada y, en seguida, vibre el cepillo en sentido anteroposterior, dejando que los extremos de las cerdas de la hilera interna se introducen en el surco. Después



de unos 10 segundos (ocho o diez vibraciones), gire la muñeca para llevar los extremos de las cerdas hacia las superficies oclusales. Haga esto por sectores, en todo el arco, en las superficies dentarias vestibulares, y repítalo en las superficies linguales como se describió para el arco.

Cepille perfectamente las superficies distales de los últimos dientes del arco y las superficies oclusales.

Cepille el segmento lingual anterior como cualquier otro segmento. Asegúrese de escoger un cepillo pequeño que se adapte a los segmentos curvos.

Técnica de Stillman modificada. La técnica de cepillado de Stillman modificada ha gozado de gran popularidad, pues permite buena limpieza y excelente masaje. En virtud de la estimulación que proporciona, se la recomienda para tratar problemas de hiperplasia gingival.

En esta técnica, colóquense primero las cerdas sobre la encía insertada inmediatamente coronaria a la unión mucogingival (a) . Oriente las puntas de las cerdas apicalmente con una angulación de 45 grados. Con los costados de las cerdas apoyados firmemente contra la encía,, efectúe un movimiento leve de

vibración mesiodistal simultáneamente con el movimiento gradual del cepillo hacia el plano oclusal. Este masaje mesiodistal leve, pero firme limpia el diente con eficacia, en especial cuando el movimiento vibratorio fuerza las cerdas dentro de los espacios interproximales y zonas dentarias vecinas (las denominadas zonas sucias del diente). Simultáneamente, se masajea la encía. Se advertirá sobre los efectos dañinos de la colocación inadecuada de las cerdas para evitar la lesión de los tejidos blandos.

Asegúrese que el paciente sepa lo fácil que es pasar por alto la encía (B) y las zonas cervicales de los dientes, y dejar materia alba (c). Enséñele a ejercer suficiente presión para que los tejidos empalidezcan (D). Al cepillar las zonas vestibulares de los molares superiores, muestre cómo obtener espacio para el cepillo moviendo la mandíbula hacia el lado que se está cepillando (F). Enséñese cómo cepillar las superficies distales de los últimos molares moviendo las cerdas hacia arriba y en redondo sobre esas superficies.

Haga la demostración de la colocación del cepillo en los dientes y la encía, en superficies palatinas y linguales. La técnica se mostrará primero en la región anterior inferior. Los pacientes con arco angosto usarán solo parte de las cerdas (técnica de cepillo dividido). En algunos casos, el paciente podrá limpiar bien los

incisivos inferiores mordiendo un cepillo de textura fina. Otra manera eficaz de cepillar las superficies linguales de los incisivos inferiores es la siguiente: tome el cepillo por el extremo, inclinándose sobre el lavado, y transmita toda la fuerza del brazo en el movimiento. Puesto que las superficies linguales de los dientes inferiores anteriores son zonas difíciles de limpiar, se pueden emplear muchos tipos de cepillos (rígidos, de una hilera, en casos de apiñamiento o en tratamientos de ortodoncia; linguales con cerdas dispuestas sobre una base curva; pequeños, para que se los pueda colocar en diversas posiciones).

Insista en la necesidad de alcanzar toda la superficie lingual de los molares inferiores. Muestre al paciente cómo se puede dejar sin limpiar el último molar si no se lleva el cepillo sobre la encía y bien atrás.

Cuando el paciente tiene náuseas o dificultad con el acceso, enséñele a colocar las cerdas sobre las superficies oclusales, manteniendo la mitad de las cerdas en esta posición y llevando el resto de las cerdas sobre la encía.

En las superficies orales de premolares y molares superiores, mantenga el cepillo paralelo a la línea media del maxilar superior. De esta manera, las cerdas llegan a la zona en forma pareja. Si el mango mantiene ladeado, no todas las cerdas



tocan los dientes y la limpieza y el masaje no serán eficaces.

Los beneficios de la técnica de Stillman modificada son los siguientes:

- La encía insertada se estimula mecánicamente.

- El tercio gingival del diente se limpia mediante un movimiento vibratorio corto sobre la superficie, y se elimina la placa que se halla entre el margen gingival y el ecuador del diente.

- Las puntas de las cerdas llegan a zonas interproximales y limpian y estimulan la papila interdientaria sin lesionar.

La precedente es una descripción de la técnica de Stillman modificada. En la técnica original no se desplaza el cepillo hacia el plano oclusal. Las cerdas se colocan sobre el margen gingival y la porción cervical de los dientes, y la presión vibratoria mesiodistal se ejerce sin movimiento alguno de las puntas de las cerdas desde su posición original.

En el tratamiento de hiperplasias gingivales se indica la técnica de Stillman

modificada, con un cepillo duro.

Técnica de Charters (Cepillado interdentario). cuando las papilas interdentarias se han retraído y han dejado zonas interdentarias abiertas, la técnica de higiene y fisioterapia bucales debe adaptarse a este terreno dentogingival. Introdúzcanse las cerdas entre los dientes y oriénteselas hacia incisal u oclusal, con una angulación de 45 grados. Una vez las cerdas dentro de los espacios interproximales, haga un movimiento circular firme, pero suave, durante unos 10 a 15 segundos en cada zona. La posición adecuada del cepillo en la zona vestibular de los dientes anteriores superiores, y la de la zona vestibular de los dientes inferiores posteriores. Para hacer el cepillado lingual se emplea igual procedimiento, excepto que solo se puede usar eficazmente la punta del cepillo. En las zonas palatinas y linguales de los dientes posteriores el paciente apoyará cepillo contra el paladar para que las cerdas trabajen entre los dientes. Si no se mantiene el ángulo adecuado, las cerdas lastiman la encía e impiden que el resto de las cerdas trabajen en la zona interdentaria. A muchos pacientes les cuesta aprender las técnicas de Charters, Stilman e intersurcal. Pero ninguna técnica elimina bien los residuos una vez que se han desprendido. Por ello, a cada cepillado seguirá un enjuague minucioso y vigoroso.

Técnica circular. Probablemente la técnica circular sea la más enseñada, porque el paciente la realiza con facilidad. Es apropiada solo en los casos en que hay cambios mínimos en la relación dentogingival normal.

En esta técnica, las cerdas se colocan bien arriba sobre la encía insertada, con una angulación de 45 grados. Presione el costado de las cerdas contra el tejido y al mismo tiempo mueva el cepillo hacia incisal u oclusal contra la encía y los dientes con movimiento circular.

Cepillo eléctrico. Hay que detenerse a analizar el cepillo eléctrico, pues este instrumento no puede seguir siendo considerado simplemente como la manera de cepillarse del hombre haragán. La experiencia ha comprobado que es muy eficaz y sorprendentemente atractivo para los pacientes. Por estas razones, tiene un lugar definido en el programa de higiene bucal.

El cepillo eléctrico está especialmente indicado para los impedidos y para pacientes sin destreza para manejar en forma apropiada el cepillo común. El uso del cepillo eléctrico es asimismo valioso en pacientes con puentes fijos complicados y en los que tienen aparatos de ortodoncia que retienen residuos de alimentos. En la actualidad hay tres tipos de movimientos en los cepillos

eléctricos. Los tres cepillos tienen partes activas removibles de fibra sintética. Las cerdas son suaves y la lesión de los tejidos es rara porque el cepillo se detiene de inmediato al aplicar presión excesiva,. además, en ninguno de los tres cepillos es posible modificar el movimiento mediante un solo giro del mango.

En el primer tipo de movimiento (arco oscilatorio) las cerdas vibran intensamente en un arco de unos 60 grados. Al usar este instrumento, sosténgase el cepillo levemente contra los dientes para que las cerdas se muevan con un movimiento de barrido arciforme suave desde el borde incisal hacia la encía insertada y de vuelta.

El segundo tipo hace un movimiento horizontal recíproco. La acción de este cepillo es algo comparable al movimiento de las técnicas de Charters, intrasurcal y de Stillman. Cuando se usa un cepillo con movimiento recíproco en una técnica similar a la de Bassm se cree que las cerdas entran mejor en los surcos y los limpian mejor.

Un tercer tipo (elíptico) combina el oscilatorio con el recíproco.

Agentes limpiadores

Dentífricos y enjuagatorios. El dentífrico se usa porque contiene abrasivos muy finos y detergentes mezclados con agentes aromáticos. Los detergentes ayudan a pulir los dientes porque hacen espuma y movilizan los residuos. Los agentes aromáticos hacen más placentero el cepillado y dejan una sensación fresca en la boca; sin embargo, el trabajo real es el realizado por el paciente con el cepillo.

Si el paciente pide que se le recomiende un dentífrico, pregúntele qué lo siga usando. Esto evita dar la impresión equivocada de que el odontólogo recomienda algún dentífrico comercial particular o que un cepillo o un dentífrico tiene propiedades terapéuticas que harán el trabajo por el paciente.

Son varios los agentes terapéuticos que se incorporan al dentífrico, tales como agentes cariostáticos (flúor), agentes desensibilizantes (Thermodent, Sensodyne), enzimas proiteolíticas (-caroid), agentes quelantes (X-Tar) y, posiblemente en el futuro, agentes de control de placa.

Los enjuagatorios que se venden en el comercio son de poco valor en la



prevención o tratamiento de las enfermedades periodontales. La mayoría de ellos contiene alguna substancia aromática fuerte para suprimir temporalmente la hialitosis. Asimismo, se consigue efecto antiséptico transitorio, pero la población salival vuelve a su concentración poco después de que el paciente usa el enjuagatorio. Sin embargo, si el enjuagatorio hace más agradable la realización de la higiene bucal, tendrá un pequeño lugar en el programa de cuidado casero.

Tiras de gasa. Los dientes que limitan con zonas desdentadas se pueden limpiar con un cepillo girado de modo que las cerdas trabajen sobre las superficies proximales. Se usará cordón de algodón de cuatro cabos o tiras de gasa cuando no es fácil llegar a las superficies dentarias con el cepillo. La gasa que se utilizará en esta técnica es gasa para vendas de 2.5 cm, cortada en tiras de 15 cm de largo, dobladas en el centro, coloque el dobléz sobre la zona gingival del diente, y lleva la gasa hacia gingival tanto como sea posible, incluso por debajo del margen gingival. Mueva la gasa a la manera del paño de lustrar zapatos, varias veces en cada lugar.

El hilo o la cinta pasan por los nichos y limpian pónicos y dientes pilares.

Limpiapipas. Los limpiapipas asean bien zonas interproximales inaccesibles y

fiburcaciones y trifurcaciones expuestas. Se introducen con cuidado los limpiapipas entre las raíces expuestas de las furcaciones y se tira de ellos.

Masaje.

Palillos de madera de balsa. El empleo apropiado de los palillos de madera de balsa (Stim-U-Dents) como componente diario de la higiene bucal se recomendará en pacientes cuya topografía interdentaria indique su uso. Estos palillos (de corte transversal triangular) son suficientemente pequeños para adaptarse a la mayoría de los espacios interdentarios. Como complemento del cepillado, son útiles para desprender residuos retenidos en espacios interproximales que se suelen pasar por alto durante el cepillado, y para masajear la encía interproximal subyacente. Primero se enseñará al paciente a usar su mano como fulcro, al colocarla sobre el mentón, la mejilla o la encía, según sea la zona por limpiar. Después se mojará el palillo para que no sea tan quebradizo y se lo colocará en la zona interdentaria con la base del triángulo hacia el tejido. Se lo introduce en dirección algo coronaria, para no lesionar la encía. Acúñese el palillo en el espacio interdentario y luego retírelo. Repita este movimiento hacia adentro y afuera varias veces, sin sacar del todo el palillo de la zona. Los palillos de madera de balsa también se pueden usar para limpiar

superficies dentarias proximales que lindan con zonas desdentadas.

Estimulador interdentario. El estimulador interdentario se compone de una punta de caucho de forma cónica, lisa o estriada, fija en un mango de plástico o en el extremo del mango de un cepillo. También hay puntas de plástico. Masajea y estimula la circulación de la encía interdentaria y aumentan el tono del tejido. También ayuda a quitar residuos de las zonas interproximales cuyas papilas descendieron y dejaron nichos abiertos. No se recomienda para zonas donde se hizo gingivectomía o se realizaron otros procedimientos quirúrgicos. Esta fisioterapia también es útil en zonas donde el tejido interdentario fue destruido por enfermedad, como en el caso de la gingivitis ulceronecrotizante. Indique al paciente que use el estimulador por lo menos una vez al día. Ha de colocar la punta de estimulador en el espacio interdentario, en dirección levemente coronaria. Se ejerce presión sobre la encía con movimiento horizontal; la estimulación interdentaria se efectúa desde vestibular y desde lingual.

Situaciones Especiales. Cuando hay recesión gingival (atrofia), solo se recetarán cepillos manuales blandos de penachos múltiples, y se enseñará una técnica que no sea traumática, tal como al de Stillman (modificada). Además, se usará un dentífrico con agentes pulidores sumamente finos. Similares instrucciones se



impartirán a pacientes que sufren gingivitis descamativa crónica y pacientes con posoperatorios recientes. En presencia de hiperplasia gingival, como en casos de pacientes bajo tratamiento de difenilhidantoína (Dilantina) se indican masajes y cepillado vigorosos con un cepillo algo más duro. También da buenos resultados el masaje de la encía hiperplástica con la yema del dedo índice.

Algunas veces resulta útil el empleo de instrumentos complementarios de masaje, tal como la taza de caucho blanda, fabricada por Denticator. Además, una zona gingival que no adquiere el color y el tono adecuados después de minucioso desbridamiento y no obstante la buena higiene bucal a veces responde al masaje con el dedo.

La limpieza y el masaje correctos son de valor inestimable en el tratamiento de la enfermedad periodontal y en el mantenimiento del caso tratado. Se prestará estricta atención a las necesidades de cada paciente. La topografía de los dientes y tejidos, la habilidad manual y la idiosincrasia del paciente crearán problemas en casos individuales.

Enjuague. Una vez hechos el cepillado y la estimulación interdientaria, es fundamental enjuagar la boca. Se hará pasar agua tibia con fuerza por los

espacios interdentarios. El cepillado, los palillos y la cinta aflojan, pero no quitan, la materia alba y otros residuos.

Aparatos de irrigación con agua. Se pueden utilizar aparatos de irrigación con agua. Los hay de varias clases. Unos utilizan el agua corriente para irrigar entre los dientes y en torno a ellos. La presión del agua se regula girando el grifo. Otros actúan mediante un chorro de agua intermitente.

Se coloca agua en un recipiente y se la impulsa mediante una bomba; el agua sale con presión intermitente una bomba; el agua sale con presión intermitente regulada.

Los puentes complicados y aparatos ortodónticos fijos acumulan residuos. Los aparatos irrigadores ayudan a mantener limpia la boca y previenen la irritación. A algunos pacientes les resulta conveniente agregar un aparato irrigador al régimen de higiene bucal para conseguir una mejor eliminación de los residuos. Prevalece la impresión de que la opresión de agua ayuda a quitar residuos de alimentos e incluso algo de materia alba, opero no elimina toda la película de placa dentaria.

Se ha registrado lesiones y abscesos producidos por aparatos irrigadores, pero no se presentó la relación de causa y efecto. Por encima de todo, recuerde que la irrigación, necesaria como es, solo elimina el material aflojado; complementa, pero no reemplaza, el uso del cepillo y la estimulación interdental. Las técnicas de irrigación con agua se han estado utilizando hace tiempo en Europa para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Se conocen generalmente como balneoterapia.

Se está investigando intensamente el control químico de la placa bacteriana. Dada la bien conocida incapacidad o falta de deseo de muchos individuos para eliminar diariamente la placa de las superficies de los dientes, la investigación se ha dirigido hacia drogas administradas en enjuagatorios, dentífricos, gomas para mascar y otros vehículos, tratando de controlar la placa dental. Desde le punto de vista teórico, es posible combatir la placa dentaria mediante los siguientes recursos:

- Hacer que la superficie dentaria sea desfavorable para la colonización microbiana (agentes tensioactivos, antisépticos).

- Reducir el número de microorganismos capaces de colonizar sobre la

superficie dentaria (antibióticos, antisépticos).

- Degradar la matriz intermicrobiana cementante (enzimas).
- perturbar el metabolismo de la placa microbiana, reduciendo así su patogenicidad (antisépticos, sustancias de la dieta, fluoruros).

Agentes tensioactivos. Los depósitos dentarios son menos comunes en personas que habitan en zonas de alto contenido de fluoruros en el agua potable. La experimentación in vitro demostró que el fluoruro reduce la capacidad de los polvos de hidroxiapatita para absorber proteínas y disminuye la energía superficial de las superficies adamantinas y la formación de placa sobre ellas. Aunque las investigaciones de laboratorio y en animales han registrado que el fluoruro inhibe la multiplicación bacteriana y que aplicado como tópico reduce la formación de placa, las pruebas clínicas no han conseguido demostrar el efecto reductor de placa de los enjuagatorios que contenían fluoruro.

Parece que la aplicación de silicones reduce la formación de cálculos in vitro, pero otros estudios indicaron que la aplicación de varios tipos de películas plantea dificultades técnicas, hay que repetirla con frecuencia, y solo ejercen un efecto

limitado sobre la formación de placa. Hasta la fecha, estos métodos han probado ser de poco valor práctico.

Antisépticos. En años recientes, la inhibición de la placa in vivo ha sido estudiada con ricinoleato de sodio (v. gr., parahidroximercuribenzoato de sodio), y sustancias tales como cloramín T, cloruro de cetilpiridinio, cloruro de banzalconio, y sales de clorhexideno. Estas sustancias han atraído mucha atención. Se supone que el efecto del clorhexideno es resultado de una acción antibacteriana local del antiséptico, ya que este se liga a componentes orgánicos o inorgánicos de la superficie dentaria.

Aparecen algunos efectos colaterales negativos. Cambio de color de los dientes, de obturaciones de silicato y de la lengua es evidente en los que se enjuagan con clorhexideno. Algunas personas se quejan de sentir sabor amargo y trastornos del sentido del gusto durante largo tiempo.

Los laboratorios de todo el mundo están trabajando sobre los problemas vinculados al control químico de la placa, y sin duda está cerca el día en que la aplicación tópica de sustancias antibacterianas facilitará la obtención de una dentadura de placa microbiana.



Seda Dental. La seda dental se utiliza para eliminar restos alimenticios de los espacios interproximales que no han sido removidos con el cepillo.

Existen dos tipos de seda dental: La seda pura, y otra, cubierta con un tipo de cera especial. Se prefiere la seda no encerada por ser mas delgada, y también porque se ha comprobado que residuos de cera pueden quedar en los espacios interproximales, produciendo problemas posteriores.

En dientes normales, el uso de la seda dental se hace con la ayuda solamente de los dedos del paciente; se hará un movimiento de arriba hacia abajo o de raspado hasta lograr un ruido especial que indica que la placa ha sido removida y la superficie dentaria ha quedado perfectamente limpia.

Existen unos soportes en forma de horqueta para utilizar la seda en pacientes con cierta dificultad manual o falta de destreza. Tiene la ventaja de que el paciente utiliza una sola mano en el manejo de la seda. También tiene efecto psicológico por la novedad.

En pacientes tratados con prótesis, se utiliza la ayuda de agujas plásticas o alambres delegados para facilitar el paso de al seda por los espacios

interproximales de ponticos, para luego deslizarla entre la encía y estos, logrando así una mejor higiene oral.

Estimuladores interdentes. Se utilizan para remover residuos blandos y masajear la encía interproximal después del cepillado; por esto, se utilizan estimuladores como la punta de goma, estimuladores plásticos y de madera. Estos se utilizarán solo cuando existen espacios interdentes creados por pérdida de tejido o en dientes que debido a su mal posición es imposible una buena limpieza; también son utilizados en las lesiones de las furcaciones para ayudar a remover los restos superficiales.

Entre estos estimuladores existen de diferentes formas y unos serán mas aconsejables que otros.

Palillos de madera. Son de madera de naranjo blando, de forma triangular, para acomodarse al espacio interdental. Su acción mecánica es bastante definida y buena, pero solamente su acción supragingival es efectiva puesto que a nivel subgingival no tienen ninguna acción.

Puntas de Goma. Terminadas en punta, pico y copa. También están las de

cerdas en penacho y espiral. Todos estos accesorios vienen en mangos intercambiables y reemplazables según al punta deseada.

Estos cepillos tienen la ventaja de llegar a las áreas más remotas, espacios grandes, erosiones de las encías y raíces. Son muy útiles en pacientes afectados periodontalmente, especialmente aquellos que tienen prótesis periodontal. debido a la gran necesidad de una limpieza prolija en las áreas más cercanas a los tejidos operiodontales.

- **Elementos complementarios para la Limpieza interproximal**

* **Pick-A-dent** 's (´). Su punta activa, en forma de cuello de ganzo, puede ser inclinada para alcanzar todas las áreas de los dientes y remover las partículas de alimentos duros entre ellos.

* **Tp. on tipo B** (´). Alcanza a tocar entre los dientes para sacar las partículas de comida y ayuda a mantener las encías en un estado de salud satisfactorio, previniendo el mayor número de enfermedades de la encía.

* **Cup - On - Tipo B (en copa)** (´). Puede ser usado con el Denticator 's once-



A -Day Polish o con Once A- week estain remover: pastas para mantener los dientes blancos y sin manchas y remover la Placa Bacteriana, a la vez que protegen la superficie del esmalte de la enfermedad periodontal.

* **Pick - N - tip Pak (´)**. El -tip - A - Dent y Pick A - Dent trabajan juntos como un equipo y el Tip - A - Dent es una ayuda manual para el control de placa con una punta versátil y un cepillo en espiral. El pick - A - Dent puede ser usado para chequear si toda la formación de placa y partículas de comida han sido removidas de la línea de la encía, entre los dientes y a través de toda la boca.

* **Water - Dent (irrigador oral) (´)**. Jeringa con punta de goma que ayuda a remover las partículas de materia alba situadas entre los dientes. Puede ser usada para irrigar medicamentos después de una cirugía o extracción lográndose un alivio.

Se ha encontrado en estos aparatos no remueven la Placa Bacteriana sino únicamente la materia alba. Es posible que ayudan a la dilución del medio bacteriano y al aumento de la oxigenación del medio anaerobio de las bacterias subgingivales, pero este efecto es mínimo.

(^) Nombre comercial de la Casa Denticator Co . Inc.

CONCLUSIONES

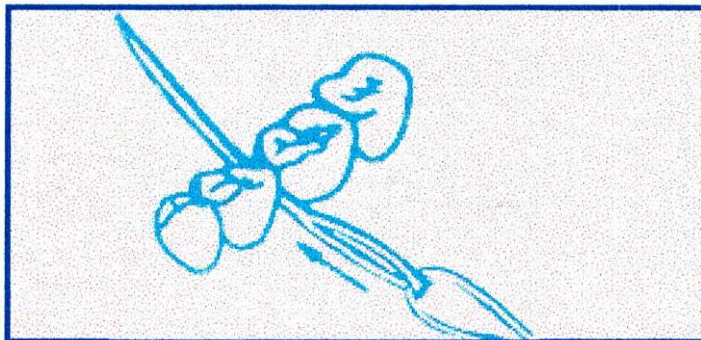
- Los datos de investigaciones odontológicas, justifican la hipótesis de que la placa bacteriana es la causa directa de la enfermedad periodontal y de la caries dental.
- El control de la placa es la medida esencial en la prevención de estas dos enfermedades dentales.
- A pesar de las evidentes limitaciones, la limpieza mecánica se debe seguir considerando como el método más eficiente para el control de la placa bacteriana.
- Es importante recalcar el uso de la seda dental para ala remoción de restos alimenticios y placa bacteriana de la zona interproximal.
- El uso de los diferentes elementos de limpieza también es muy aconsejable en cierto tipo de pacientes, en los cuales esta limpieza debe hacerse rigurosamente, debido a la presencia de una prótesis periodontal, la cual exige,

por su misma condición, una ausencia completa de Placa Bacteriana.

- Los estimuladores interdentes son usados en el caso de existir espacios interdentes grandes, debido a la pérdida de tejido, donde es recomendable una estimulación o masaje de al encía, ya que a estos sitios no alcanza a hacerse el masaje que existe en pacientes periodontalmente sanos.
- De una higiene oral satisfactoria, dependerá totalmente.

6.7 APARATOLOGIA FIJA

6.7.1 Prótesis Parcial Fija. Es una prótesis no removible rígidamente unida a un diente pilar o a varios dientes pilares, para reemplazar una o varios dientes.



6.7.2 Corona. Es un reemplazo artificial que restaura tejido dentario faltante recubriendo la mayor parte de la estructura remanente o toda con un material como metal colado, porcelana o combinación.

6.7.3 Características:

- Las P.P.F Y Coronas son restauraciones que están cementadas a un pilar, estas prótesis son generalmente agresivas e irritantes para la encía y particularmente agresiva cuando están desadaptadas o sobre contorneadas el tejido gingival que queda bajo la restauración sobre todo el tramo que esta bajo los ponticos tiende a irritarse principalmente cuando el paciente no tiene la técnica adecuada con enhebradores etc.. para limpiar adecuadamente dicha zona.

6.8 PERIODONTO Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

La integridad marginal, los contornos coroneles, las relaciones proximales, la interfase tejido blando restauración y la morfología oclusal son muy importantes para lograr la salud periodontal a largo plazo.

6.9 ESPACIO DE LA TRONERA

Surco gingival, col y tejido blando interproximal apical a las áreas de contacto de los dientes son sitios usuales para el establecimiento de flora patógena que conduce a la enfermedad periodontal y la irritación de la gingiva y más si no se tiene la adecuada higiene oral y mantenimiento con frecuencia se encuentra caries en el punto de contacto. El surco gingival y el área interproximal de col no están completamente queratinizados y por tanto tienen una menor resistencia inherente y una mayor vulnerabilidad a la infección oral.

Los procedimientos restaurativos sulculares no ulcerantes y saludables con espacio para una adecuada encía interdental para facilitar la limpieza por parte del paciente las superficies de las restauraciones interproximales deben ser planas o concavas y lisas y continuas con la estructura dental natural para alcanzar los requerimientos mencionados.

La restauración de un diente puede causar una alteración de las crestas marginales los contornos coronarios los cuales si no están contorneados de forma correcta darán como resultado retención de placa, formación de cálculo e inflamación.

La respuesta inflamatoria resultante se observa clínicamente después de la coloración de una restauración defectuosa por medio del sangrado gingival y la ulceración, agrandamiento gingival, separación del epitelio de unión y desarrollo de una bolsa profunda, estos cambios ocurren dentro de los primeros días después de la restauración defectuosa y la inflamación gingival puede persistir o empeorar si el margen de la restauración no puede limpiarse por el paciente.

6.10 CARIES DENTAL

Es causada por la acumulación de placa cariogénica, la caries destruye la estructura dental creando contactos abiertos una forma de tronera pobre y cúspides émolo favoreciendo la impactación de alimentos, la formación de placa y enfermedad periodontal.

En la presencia de restos y caries, el tejido blando gingival adyacente puede inflamarse más y la caries puede extenderse hacia la profundidad de las bolsas periodontales en especial alrededor de restauraciones defectuosas que sufren de caries recurrente. El restablecimiento de integridad marginal con contactos interproximales normales y un espacio de troneras adecuado facilitar la higiene bucal prevendrá la acumulación de placa y creará un medio local conducente a



la salud.

6.11 INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO CASERO

Cada paciente debe recibir instrucciones de cepillado y uso de hilo dental. Además se le enseñará como pasar el hilo bajo ponticos y conectores y como usar un cepillo interproximal en la prótesis. Se le provee de los elementos higiene o se le informa donde adquirirlos.

Se debe destacar la relación de la higiene bucal con la salud de los tejidos circundantes por lo tanto con la longevidad de la prótesis.

6.11.1 Cuidados de Mantenimiento. Los pacientes que se le ha colocado una restauración han de ser observados una vez que se produjo la actividad normal y lo ideal es hacerlo durante los primeros días siguientes al cementado.

6.11.2 Inflamación Gingival. Los procedimientos clínicos relativos a los contención de una prótesis fija suelen causar irritación gingival pero si se realiza con cuidados y el paciente tiene una buena higiene oral durante el tratamiento, el efecto es mínimo y el tejido blando retoma rápidamente a la normalidad.

La inflamación que se manifiesta después del cementado que se manifiesta después seguramente tiene que ver con falla del contorno cervical, de la adaptación marginal o de la forma de los nichos protésicos. También se relaciona con la inadecuada enseñanza de la higiene bucal, o porque el paciente lo hace al. La inflamación a veces no solo es como reacción a la prótesis final sino también el efecto acumulativo al traumatismo de fase previa.

Los aspectos del tratamiento que crean excesiva inflamación gingival, incluyen la inflamación de tejido blando, excesiva retracción de tejidos, una restauración temporal mal adaptada a la no eliminación de rest materiales de impresión o cemento temporal alojados en el surco gingival.

6.11.3 Retención de Alimentos. La acumulación de alimentos alrededor de los ponticos y conectores adherencia de ciertos alimentos a la prótesis. Sin embargo las enseñanzas correctas de las técnicas higiene bucal. Ayuda aquel el paciente elimina sustancias extrañas y prevenga la destrucción de los tejidos periodontales. El empaquetamiento frecuente de alimento entre un pilar y diente vecino es causado por malas relaciones oclusales o la falta de un contacto proximal adecuado. Una cúspide antagónica a veces ocluye con los rebordes adyacentes que separa a los dientes y algún alimento consistente en el espacio interdental.

Cuando este problema existe hay que reducir las cúspides agresoras para reducir el acumulamiento un contacto proximal que falta o mal ubicado empaqueta alimentos, incluso en la masticación normal. También es posible que un contacto proximal confeccionado se abra después del cementado de una prótesis, esto suele ser producto de un contacto oclusal intenso que causa movimiento dentera como reacción a la interferencia.

6.11.4 Técnica Higiene Oral. La técnica más utilizada prótesis fija para la limpieza interproximal y la higiene de los ponticos es realizada con el uso de enebradores en forma de lazos para pasar el hilo dental debajo de los conectores. Se enhebra el hilo en el lazo de plástico y luego se coloca la punta del mismo bajo el conector junto con el otro extremo del hilo.

El hilo dental se pasa por las superficies proximales de los dientes pilares y los dientes adyacentes a la prótesis, realizando movimiento con el hilo de embolado, tratando de introducirlo hasta el fondo del surco y abrazando el diente tratando de eliminar los restos alimenticios, otros instrumentos que no sirven para este tipo de higiene son los proxabrush de Buters con cepillo cónico pasando debajo de los conectores. Otros elementos que podemos utilizar son las tiras de gasas, cordones de algodón, limpia pipas que limpian bien zonas interproximales

inacesibles. Palillos de madera de balsa. Estimulador de caucho y otros mas sofisticados como aparatos de irrigación con agua, regulado con el grito y de chorro intermitente o aparato de aire a presión.

6.12 APARATOLOGIA REMOVIBLE

Prótesis parcial removible, debemos tener en cuenta que la prótesis parcial removible es una prótesis que reemplaza dientes y estructuras contiguas en pacientes parcialmente desdentados, pueden ser retirados de la boca por el paciente para ser higienizada y para otros propósitos.

6.12.1 Características. Las prótesis parciales removibles mucosoportadas y dentomucoso por todos aparatos que se apoyan sobre la mucosa en el caso de mucosoportada debemos tener en cuenta que los retenedores de las prótesis son sitios de retención de placa en los cuales la materia alba esta en contacto durante tiempo prolongado con el diente, con la ayuda de los retenedores y conectores de la prótesis los cuales nos causan caries, pigmentaciones e irritaciones en la mucosa también en prótesis desadaptadas las bases protésicas nos sirven como nichos para el acumulo de placa y restos alimenticios lo que aumenta la agresión a dientes y a encía es por esto que el odontologo debe dar la información adecuada

con las técnicas necesarias para que el paciente este en capacidad de realizar una óptima higiene oral y de su prótesis y así evitar problemas causados por un mal mantenimiento de su prótesis.

6.12.1 Técnica de Higiene para Removible. Teniendo en cuenta que los ganchos y los conectores son sitios de retención y acumulo de placa lo mismo que las bases protesicas se debe estar atentos a la buena limpieza de estos sitios fuera de boca teniendo mayor cuidado en las partes internas de los ganchos y partes que están en contacto directo con dientes y mucosa realizando la higiene con algodones, gasas, cepillos de dientes, cepillos interproximales ayudándonos con dentífricos y enjuagues antisépticos informando al paciente que debe lavar la prótesis después de cada comida, cepillar los dientes haciendo mayor énfasis en los que tienen contacto directo con la prótesis realizando una buena técnica de cepillado indicando al paciente que en las noches retire la prótesis de su boca y duerma sin ella dejándola en un vaso con agua o con un antiséptico oral después de lavarla.

7. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva dentro de las posibles modalidades de la monografía encontramos la forma de manual didáctico o descriptivo, por tal motivo nuestra investigación se basará en diferentes formas ya establecidas por periodoncistas. Higienistas orales, odontólogos generales específicamente para cada tipo de paciente.

8. RECURSOS

Para la realización de este manual nos vimos en la necesidad de ayudarnos con diferentes elementos y así poder hacer un poco mas fácil de entender este tema entre los que están.

- Cámara fotográfica para diapositivas.
- Pacientes con aparatología fija y removible.
- Elementos de higiene oral.
- Libros, revistas y tesis.
- Ayuda informática.
- Colaboradores profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

GENCO Colman, Periodoncia 1994.

JOHSTON. Enfoque Moderno en Prótesis Fija. 1992.

Tesis de Grado de Odontología. Universidad Javeriana.

ATEITSCHAK, Klaus H., Atlas de Periodoncia, Barcelona Salvat 1988.

LINDHE, Jan, Periodongía Clínica Médica Panamericana. 1986.

RICHARDSON, Elisha R. periodoncia del Niño y el Adolescente.

PAWLAK Elizabeth, Conceptos esenciales de la Periodoncia.

KENNEDY, Barrie, Cursos sobre Periodoncia Preventiva.

GLICKMAN Irrina, Periodontología Clínica Ramírez S,. Ligia Inés, Antisépticos en Enfermedad Periodontal.

Enfermedad Periodontal Monografía C.O.C. 1987.