

318322

17

2e)



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

DIAGNOSTICO Y AUXILIARES PARA
DETECCION DE LA PLACA DENTOBACTERIANA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
ALMA PATRICIA LOPEZ CRUZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Cap. 1 INTRODUCCION.

Cap. 2 EXAMEN DIAGNOSTICO APRECIACION DEL PACIENTE.

- a).- Historia Médica.
- b).- Historia Dental.
- c).- Examen Bucal.
- d).- Examen Dental.
- e).- Examen Períodontal.
- f).- Examen Radiográfico.
- g).- Diagnóstico.

Cap. 3 MICROBIOLOGIA,

- a).- Microorganismos de la Placa Dental.
- b).- Formación de la Placa.
- c).- Aspecto Clínico Distribución y Estructura de la Placa.
- d).- Aspecto Clínico y Distribución del Tártaro.
- e).- Efecto del Tártaro sobre los Tejidos Períodontales.

Cap. 4 AUXILIARES PARA DETECCION DE LA P.D.B.

- a).- Pastillas Reveladoras.
- b).- Seda o Hilo Dental.
- c).- Puntas de Madera o Palillo de Dientes.

d).- Cepillo Interdentario.

e).- Irrigación Bucal.

f).- Limpiadores de Pipa.

g).- Colutorios.

Cap. 5 TECNICAS PARA LA ELIMINACION DE LA PLACA.

a).- Características y Funciones del Cepillado Dental.

b).- Objetivos.

c).- Tecnicas de Cepillado.

* Técnica de Stillman Modificado.

* Técnica de Chartara.

* Técnica de Barrido.

* Técnica de Bass.

* Método de Rotación.

* Método de Fonos.

* Método Fisiológico.

Cap. 6 PROGRAMA DE CONTROL DE LA PLACA.

a).- Plan Inicial.

b).- Control Sistemático.

c).- Registro Pictórico.

Cap. 7 MANTENIMIENTO Y VISITAS DE CONTROL.

a).- Aspectos de la Terapia de Mantenimiento.

b).- Responsabilidad del Mantenimiento en el Consultorio.

c).- Mantenimiento Durante la Fase Activa de Tratamiento.

d).- Condiciones que pueden influir en el mantenimiento.

Cap. 8 CONCLUSIONES.

C A P I T U L O I

INTRODUCCION.

La Placa dentobacteriana (P.D.B.) se encuentra entre las principales causas de enfermedad de la cavidad oral, afectando en mayor ó menor intensidad a la población tanto infantil y adulta.

Provocando daño por que se acumula sobre las superficies de los dientes y a la vez a las estructuras de soporte es polifactorial.

Siendo por lo general irreversible y en mayor grado provocar perdida dentaria. Para reducir considerablemente la prevalencia de la P.D.B. y la gravedad para las estructuras de soporte, es necesario el uso de medidas preventivas y de tratamiento oportuno proporcionados por la visita periodica al dentista.

Intensificando los esfuerzos en el aspecto de educación dental sobre todo niños, que si bien es cierto que la presencia de la placa bacteriana principia desde la infancia.

Se intensifican más los tratamientos y métodos auxiliares que pueden ser usados y llevados a cabo con más facilidad para el paciente y este pueda colaborar a la vez con el dentista.

Se debe tener en consideración que la Placa Dentobacteriana se va a encontrar al poco tiempo en la boca.

Además de sus implicaciones bucales, puede llevar a complicaciones de origen general. considerando su microbiología ataca a los tejidos adyacentes y hay una salud aparente la cual se tornara inadecuada con el tiempo.

La persona indicada para motivar esta educación es el Cirujano Dentista teniendo los conocimientos adecuados para detectar a tiempo los problemas y prevenir males futuros.

C A P I T U L O I I

EXAMEN DIAGNOSTICO APRECIACION DEL PACIENTE.

La higiene dental es responsable en su totalidad de la enfermedad y el diagnóstico de la cavidad bucal por lo cual, se requiere hacer un examen minucioso sobre todo en cada uno de los cambios percibidos por el mismo paciente y en general.

Se debe de tomar en consideración todas las formas de enfermedad al efectuar la Historia Clínica y Dental como respaldo para llevar un buen curso en el tratamiento a seguir. En el cual no sólo se debe identificar algunos puntos con alteración como la inflamación sino también la extensión de la destrucción tisular en algunos puntos de la dentición.

El examen debe incluir todas las partes de la dentición y describir las zonas más o menos afectadas en todas las superficies vestibular, lingual, proximales. La Placa Dentobacteriana incluye alteraciones inflamatorias de la encía y una pérdida progresiva de ligamento periodontal y hueso alveolar, a la vez en el examen se debe incluir las mediciones que describan esas alteraciones patológicas. Este método de ficha ó registro de zonas de evaluación servirán para ilustrar las áreas de salud y enfermedad en la dentición.

En la radiografía se puede reconocer el daño provocado por la existencia de la Placa Dentobacteriana ó bien esta ya mineralizada que es el Tártaro Dental ó Barro. En la cual se va observar la altura reducida del hueso alveolar en casos avanzados y en otros el principio de destrucción de tejidos o estructuras de soporte. El Examen Médico Dental y Radiográfico dan una evaluación que sera parte del diagnóstico llevando a un tratamiento adecuado el cual tendra éxito con la cooperación del paciente.

Las diversas facetas para un buen tratamiento son:

a).- Historia Médica:

La historia médica se obtiene en la primera visita y se revisa subsecuentemente y tiene por objeto:

- 1.- Valorar las manifestaciones bucales de enfermedades generales.
- 2.- Detectar padecimientos generales que pudieran afectar la reacción de los tejidos adyacentes.
- 3.- Detectar condiciones generales que exigen precauciones especiales, como modificaciones en los procedimientos terapéuticos.

Es indispensable el diagnóstico correcto y elaboración del plan de tratamiento para proporcionar atención segura y apropiada para cada individuo.

b).- Historia Dental;

Se va a formular de cada uno de los padecimientos en boca del paciente como serian;

1.- Encías sangrantes, dientes con movilidad, diastemas o mal sabor de boca, o sensación de comezón en las encías.

2.- Dolor de diversos tipos y duración como dolor sordo y constante, dolor sordo después de comer, dolor profundo radiado hacia los maxilares, dolor agudo y pulsátil, sensibilidad a la percusión, sensibilidad al calor, al frío sensación de ardor en las encías y gran sensibilidad al aire inhalado.

Lo que ayuda a dirigirse al problema individual que percibe el paciente, dando seguridad y motivación a la vez de que si hay existencia de un problema urgente proporcionar la atención indicada por su Cirujano Dentista o bien canalizar con el especialista indicado si el tratamiento lo precisa.

c).- Examen Bucal;

Examen Intrabucal y Extrabucal en el cual se va a examinar labios, piso de boca, lengua, paladar región bucofaringea, calidad y cantidad de saliva.

d).- Examen Dental;

Se examinan los dientes en busca de caries, defectos del desarrollo, anomalías en la forma de los dientes, desgaste, hipersensibilidad y relaciones proximales de contacto.

e).- Examen Perifodotal;

Examen sistemático, principiando en el área de los molares en maxilar o mandíbula y procediendo alrededor de la arcada. En el que se observara:

Placa y Sarro.

Cada superficie dentaria deberá ser revisada cuidadosamente hasta el nivel de la inserción gingival con un explorador.

Puede emplearse corriente suave de aire para levantar la encía y ayudar a ver el sarro. La presencia de sarro se observa directamente y se calcula su magnitud.

Las radiografías revelan los depósitos abundantes de sarro en algunas regiones y en ocasiones sobre las superficies linguales de los dientes.

Encía.

La inspección visual se efectúa durante el examen después de un secado con aire, y la exploración se efectúa con instrumentos y palpación firme pero suave para detectar las alteraciones patológicas de la elasticidad normal.

Considerando las características de la encía como: Color, tamaño, contorno, consistencia, textura superficial, posición, facilidad de sangrado y dolor.

En la encía se observa la inflamación gingival de dos tipos básicos de reacción tisular:

- * Edematosa y
- * Fibrosa

El tejido edematoso se caracteriza por una encía lisa, brillante y blanda.

La encía fibrosa presenta algunas características normales; La encía es firme, muestra puntilleo y es opaca, suele ser más gruesa que la encía normal. márgenes redondeados.

Bolsas Periodontales.

Se observara su presencia y distribución en cada superficie dentaria, profundidad del sondeo y grado de inserción epitelial sobre las raíces.

El método preciso es mediante exploración cuidadosa con una sonda periodontal. Las bolsas no pueden descubrirse ni medirse en forma precisa mediante examen radiográfico. Las bolsas periodontales son cambios en los tejidos blandos.

f).- Examen Radiografico;

Es indispensable y Auxiliar para una evaluación correcta llevando aun tratamiento exitoso en la detección del problema dando como resultado la observación interna del estado de los dientes, hueso y tejidos blandos que revelan alteraciones en los tejidos que son resultado de reacciones de actividad anterior sobre las estructuras bucales como serian el hueso alveolar y raíces.

g).- Diagnóstico;

Es el resultado de una serie de pasos a seguir en un examen y exploración dental del paciente para así dar un buen tratamiento adecuado según el resultado y a la vez dar un pronóstico favorable

Unido a esto la información concerniente al estado de las diversas estructuras periodontales. (encia, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar) resultado del examen el cual sera la base del diagnóstico apropiado de la Historia Clínica Dental

* Pronóstico;

Estado en el que se encuentra la boca antes del tratamiento y posteriormente el resultado que se obtuvo con el apropiado tratamiento y/o rehabilitación.

CAPITULO III

MICROBIOLOGIA.

En los últimos 25 años aproximadamente se ha aceptado en forma general que la masa microbiana conocida como la placa dental es un factor etiológico de gran importancia que debe ser tratado oportunamente para prevenir males futuros de las estructuras bucales.

Los microorganismos de la Placa Dental son variables los cuales se adhieren a los dientes y a las estructuras bucales solidas adyacentes. Presentandose una distinción entre la placa microbiana y materia alba. La cual se determina por la adhesión del depósito.

Si su eliminación es fácil con corriente suave de agua a presión se va a tratar de materia alba. Si soporta la corriente de agua se trata de placa microbiana.

La placa microbiana no está limitada a la boca. Exclusivamente por lo cual se deduce que hay gran existencia de microorganismos de diversos tipos en el organismo.

Se ha manifestado que la Placa Dentobacteriana se debe a una mala higiene y por lo consiguiente por la falta de visitas periodicas al dentista provocando daños irreversibles en ocasiones.

Ya que la cavidad bucal con su flora microbiana constituye un sistema ecológico desconcertante. Dónde los microorganismos establecen un anclaje firme y un medio nutricional favorable.

Se considera desde un punto de vista ecológico, que la cavidad bucal es un lugar de crecimiento abierto, significa que nutrientes y microbios son, repetidamente, introducidos y retirados de la cavidad bucal.

El ritmo de flujo de la saliva es tan alto que sólo tienen éxito los organismos que pueden adherirse a las superficies de la cavidad o, de alguna manera son retenidos.

No sólo el flujo salival, sino también el flujo de líquido gingival, la masticación, los procedimientos de higiene bucal y la descañación de las células epiteliales de las mucosas sirven para remover las bacterias de las superficies bucales.

Algunas bacterias pueden ser retenidas simplemente por haber logrado un refugio en fosas y fisuras o en las zonas protegidas entre los dientes.

Las características de las bacterias son diversas y singulares y sólo algunas bacterias tienen la capacidad de adhesión. Esto significa que la cavidad bucal alberga una flora microbiana singular y que la mayoría de sus miembros son capaces de colonizar otro punto del cuerpo humano.

Existiendo así diferencias en la composición de las floras microbianas de las mucosas, la lengua, los dientes y el surco gingival. Variando de un punto a otro en una sola superficie dentaria.

Los microorganismos que logran establecerse en la cavidad bucal tienen para su proliferación. La humedad la cual es elevada. La temperatura, el pH que son óptimas para el crecimiento permitiendo su desarrollo. La saliva no sólo provee de nutrientes a la flora microbiana, sino que también actúa removiéndolo los productos de desperdicio.

A la vez de tener compuestos Organicos e Inorgánicos la P.D.B. Los Organicos son polisacaridos, proteínas, lípidos y carbohidratos, la glucosa y fructosa dentro de la placa bacteriana hacen desdoblamiento y tendremos las levaduras y dextranas que son sustancias muy adhesivas lo que permite la unión de células de placa bacteriana entre si y la adhesión de la placa al diente.

Los compuestos Inorgánicos de la placa bacteriana, son iones de calcio y fósforo principalmente y en menor cantidad de iones de calcio y fósforo nos dará la presencia de sarro. El orden nos dará la presencia de microorganismos a la placa bacteriana.

1 er. día Neisseria, Estreptococo.

2 o y 3 er. día Gram negativos, bacilos anaerobios.

4 o y 5 o. día Actinomicos, Veillonella, Fusobacterium.

Al 6o. día todos los microorganismos están organizados, después del 6o. día se lleva a cabo la maduración de la placa bacteriana y a partir del 7o. día, habrá espirilos y espiroquetas. Posteriormente se puede llevar a cabo el fenómeno de calcificación de la P.D.B. provocando la presencia de iones de calcio y fósforo, lo que provoca la formación de calculos de sarro.

a).- Microorganismos de la Placa Dental;

Son variables las formas que se presentan las que van a presentar una resistencia. Son diversos los estreptococos que existen en la placa dentobacteriana actualmente algunos de ellos son; Streptococcus sanguis, S. salivarius, S. mutans el cual se va a asociar estrechamente con la caries dental clasificandose en varias subespecies. como; S. mutans sobrinus, S. mutans cricetus; Encontrandose en la placa tanto fuera de células como en forma de bacteriófagos lisógenos, y estos últimos en veillonelas, lactobacilos y estreptococos cariogénos.

Algunos microorganismos de la placa dentobacteriana son; hongos, micoplasmas y protozoarios, candida albicans es el hongo más abundante, predominando entamoeba gingivalis y trichomonas tenax. Las superficies de los labios, carrillos, paladar, lengua, encía y dientes proveen características para la colonización microbiana.

Se reconocen más de 200 grupos distintos de microorganismos como habitantes normales de la cavidad bucal humana, los cuales van a presentar un desarrollo constante en la placa dentobacteriana por presentarse en esta condiciones favorables a su desarrollo. Pero no por esto es imposible su retiro de la cavidad bucal.

b).- Formación de la Placa;

Las bacterias se adhieren al esmalte, separadas de la superficie por lo general por una glucoproteína de la película o cutícula formada antes de la erupción de los dientes.

Los agregados bacterianos pueden depositarse sobre la película adquirida o sobre las células epiteliales orales, las cuales se adhieren a la superficie dental.

La adnección no es suficiente para mantener la bacteria sobre las superficies dentales limpiables. La adhesión selectiva de ciertas bacterias es importante sobre todo en superficies limpiables y en las partes de acceso a los sitios de estancamiento.

Los iones de calcio pueden ayudar a la adhesión de bacterias entre sí y con la película adquirida, ya que existen sustancias que pueden desintegrar parcialmente la matriz de la placa.

Los receptores específicos sobre las paredes celulares bacterianas que intervienen en la adhesión. Son polisacáridos extracelulares que hacen las veces de sustancias conectoras.

La fuerza de adhesión de las bacterias a la película y entre sí en la placa se elimina mediante una buena técnica de cepillado dental y uso de auxiliares como hilo dental ó cepillos interdentarios, para retardar su aparición hasta hacer nula su existencia de la materia alba es decir el material blanquecino y suave que se va acumulando.

La extensión de la placa en la parte expuesta del esmalte en sus bordes tanto apical como oclusal es notable. Las fisuras oclusales y las áreas de contacto se desgastan en forma considerable debido al aumento de la fuerza.

c).- Aspecto Clínico Distribución y Estructura de la Placa;

Se aprecia cuando alcanza cierto espesor y aparece como capa blancuzca, amarillenta, sobre todo a lo largo de los márgenes gingivales de los dientes, se puede formar placa en cualquier punto de las estructuras sólidas de la boca llegando a presentarse en fisuras de caras oclusales, en superficies dentarias lisas, obturaciones y coronas artificiales y sobre todo en restauraciones mal adaptadas, bandas ortodónticas, aparatos ortodónticos y prótesis removibles.

Dependiendo de su espesor el cual varía sobre la superficie del diente.

El espesor de la placa aumenta conforme se aproxima al área de contacto y al borde subgingival. Siendo más delgada en sus extremos bucal, lingual y oclusal. El grosor de la capa bacteriana es variable, la cual se relaciona con los organismos de la pared celular en áreas estancadas y se adapta a condiciones de crecimiento desfavorables.

d).- Aspecto Clínico y Distribución del Tártaro:

El tamaño del cálculo varia en cada individuo. Siendo posible que el pH elevado de la placa sea el factor predisponente más importante para la formación del cálculo y distribución.

El cálculo causa la destrucción de estructuras e inflamación crónica existiendo a la vez una capa no calcificada sobre los depósitos del cálculo y en contacto con el tejido gingival. Que se puede retirar con el cepillado pero esta busive a aparecer.

Alrededor del 70 y 80 % del peso del cálculo es materia inorgánica, principalmente calcio, fósforo como fosfato, magnesio, carbono en forma de carbonato y fluoruro. Dependiendo la formación del cálculo principalmente de las elevadas concentraciones de calcio y fosfato en la placa.

Es notoria la formación del cálculo cerca de los orificios de los conductos de las principales glandulas salivales.

El cálculo contribuye a la lesión progresiva de la cavidad bucal por medio de su contenido de metabolitos tóxicos cuyo origen es la placa o el huésped y por limitación de limpieza lo que interfiere en la higiene oral definitivamente.

* Tártaro Dental:

Formado por depósitos de placa calcificada conocido como tártaro ó sarro dental su efecto es perjudicial sobre los tejidos gingivales.

Se clasifica como tártaro supragingival cuando es visible sobre las coronas de los dientes, por sobre el margen gingival.

El tártaro ubicado hacia apical del margen gingival en el surco gingival o en la bolsa periodontal es llama tártaro subgingival.

El tártaro es difícil de eliminar cuando se une de manera más firme al cemento que al esmalte.

* Tártaro Supragingival:

Está constituido por depósitos amarillos y blancos localizados a lo largo de los márgenes gingivales de los dientes, su color puede cambiar a pardo por el uso de tabaco o pigmentos alimentarios, presentandose cantidades mayores frente a los conductos salivales mayores. (Fig. 1).

Por vestibular de los molares superiores en la abertura del conducto de Stensen de la parótida, y en lingual, vestibular de los incisivos inferiores, frente al conducto de Bartholin de la sublingual.

* Tártaro Subgingival;

Es de color entre pardo y negro y más duro y tenazmente adherido a la superficie dentaria. Esta distribuido sobre los diversos dientes, prevaleciendo en cada diente más en proximal y lingual que en vestibular.

La formación de un depósito de composición característica del tártaro requiere de meses o años.

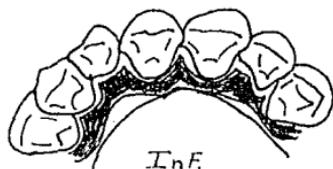
La adhesión tenaz del tártaro dental a la superficie dentaria puede residir en que se calcifica la película por debajo de la placa, con lo cual el tártaro se pone en contacto con el esmalte, cemento o dentina, presentándose así que el tártaro se queda trabado en el diente.

Resultado de esto la pérdida de trozos de cemento tornándose imposible quitar todo el tártaro sin poder evitar la pérdida de parte del tejido duro dentario. (Fig. 2).

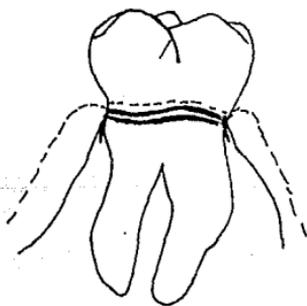
TARTARO SUPRAGINGIVAL.



Sup.
conducto de Stensen.



TARTARO SUBGINGIVAL.



e).- Efecto del Tártaro sobre los Tejidos Periódonales;

La presencia de tártaro se asocia a la enfermedad periódonal. El tártaro puede ejercer un efecto perjudicial sobre los tejidos blandos del periodoncio a causa de su superficie áspera.

El efecto primario del tártaro en la enfermedad periódonal, es ser punto de retención para la placa.

Ocasionando así grandes cantidades de tártaro obstaculizando la higiene bucal diaria y acelerar la formación.

La presencia de la placa va a efectuar la acción perjudicial al igual que la ocasiona el tártaro obstaculizando al paciente que pueda realizar en casa una eficiente higiene dental.

CAPITULO IV

AUXILIARES PARA DETECCION DE LA P.D.B.

Una vez efectuada una buena limpieza dental realizada por el Cirujano Dentista donde se retiraron aquellos depositos abundantes de tártaro dental en zonas exclusivas de retención mediante la manipulación experta de instrumentos apropiados.

Donde se utilizaron auxiliares para su previa detección, y que de igual modo el paciente llegara a utilizar algunos auxiliares indicados por el médico para tratar de retardar su aparición y que la limpieza dental sea de efecto perdurable y mantener un estado optimo lo mejor posible.

Tomando en consideración la existencia de los enjuagues bucales o dentífricos, que actuan razonablemente, en las superficies dentarias pero con moderación como auxiliares para la limpieza y pulido empleandose principalmente en forma de pastas, las cuales contienen humectantes y otros componentes importantes a la vez de mejorar la composición para inhibir la placa, el sarro, la caries o sensibilidad, sin olvidar los daños a los tejidos duros derivados de los procedimientos para la higiene bucal debido a los dentífricos abrasivos, y a las lesiones gingivales tomando una elección adecuada en los auxiliares y dentífricos que proporcionen la eficacia limpiadora necesaria para el control de placa, unido con buenas tecnicas de cepillado dental para una higiene dental favorable.

Algunos de los auxiliares más fáciles de utilizar para la limpieza que se recomiendan por ser sencillos y comunes son los siguientes:

a).- Pastillas Reveladoras;

Medio para lograr que el paciente ejecute de manera correcta su técnica de cepillado, ya que al masticar por treinta segundos la tableta sin deglutir pigmentará las zonas que aun contengan placa y así el paciente comprobará la eficacia de su técnica de higiene dental.

b).- Seda o Hilo Dental;

El hilo se presenta como un estambre de nylon multifilamento torcido o sin torcer, aglomerado o no aglomerado, encarado y grueso o delgado, o de fibras microscópicas. Existen para un uso mejor sujetadores.

* USO: Se sostiene el hilo tenso entre ambos pulgares y el exceso se enrolla en el índice de una mano, y se le hace pasar cuidadosamente por el área de contacto, estirándola hacia mesial y distal del área interproximal. No es conveniente su uso en empacamiento crónico de comida. (Fig. 3).

c).- Puntas de Madera o Palillo de Dientes;

Son puntas de madera de corte triangular terminado en punta.

* USO: Se coloca en los espacios interdentes o diastemas, entre los dientes mal alineados, el movimiento es hacia adentro y afuera del nicho interproximal, desalojando de los dientes los depósitos blandos y estimulando mecánicamente la encía papilar.

Este aparato es eficaz para la limpieza a lo largo del margen gingival y dentro del surco gingival o bolsas periodontales. Su dimensión de la punta permite una visibilidad de la superficie dentaria por limpiar, lo que va a contribuir a su eficacia.

d).- Cepillo interdentario;

Son pequeños cepillos en forma de cono hechos de cerdas montadas en mangos, de un solo penacho o en miniatura.

* USO: Se colocan en el espacio interproximal (no dentro de él) sobre la papila, con la punta oclusal se activa con pequeños movimientos de adelante hacia atrás se da el masaje sin desplazarlo sobre la superficie gingival.

Para una limpieza más eficaz, el diámetro del capillo deberá ser ligeramente mayor que los nichos intergingivales, a forma que las cerdas puedan ejercer presión sobre las superficies dentarias. (Fig. 4).

e).- Irrigación Bucal;

Contribuyen a la remoción de restos alimenticios y otros depósitos adheridos a la superficie dentaria, por medio de la corriente de agua. Es útil en pacientes con puentes fijos, ortodancia, restauraciones inaccesibles o mal posiciones.

La presión se genera por una bomba interconstruida colocada en el aparato retirando las bacterias no adheridas y los residuos existentes en cavidad bucal, sin embargo sólo elimina cantidades insignificantes de placa de las superficies dentarias.

* USO: Se dirige la corriente de agua constante y pulsátil de alta presión a través de una boquilla hacia la superficie dentaria.

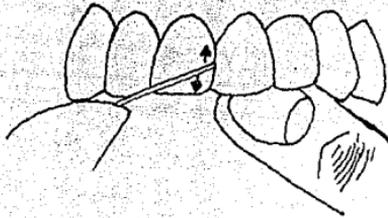
f).- Limpiadores de Pipa;

Se usan para regiones interproximales inaccesibles, y bifurcaciones o trifurcaciones expuestas, colocando entre ellas suavemente para limpiar hasta donde sea posible.

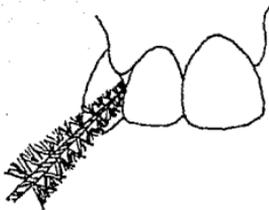
g).- Colutorios;

Su utilidad concreta es clinica es un enjuague vigoroso con agua después de el uso de la seda dental, el cual eliminara los restos de los alimentos ya retirados por el uso de la seda dental.

B E D A O H I L O D E N T A L .



C E P I L L O I N T E R D E N T A R I O .



CAPITULO V

TÉCNICAS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA PLACA.

La Técnica de cepillado depende del estado dental y del paciente, para llevar la técnica como se indica para tener un buen resultado y se alterara o se modificara cuando exista alguna anomalia.

Para obtener resultados hay que practicar estas técnicas, diario en forma minuciosa y correcta. En algunos casos será necesario hacer cambios de orden técnico por; reabsorción gingival, problemas de alimento, desdentamiento, etc., por lo cual es indispensable usar la combinación de más de un método.

El tiempo es hace importante en las indicaciones otorgadas para la técnica de cepillado y el tipo de cepillo, el efecto debiera ser notorio en sus fases de revisión.

En muchas ocasiones el cepillado no es suficientes, para la eliminación de restos alimenticios, pero existen auxiliares para ayudar a una buena higiene dental, como instrumento de educación y motivación para mejorar la eficacia del control de placa, como:

* Capillado;

Hay tres clases de capillos dentales duro, mediano, y blando el más recomendable es el último. Esto sera sujeto al estado en que se encuentren los tejidos y a medida que los tejidos lo permita cambiarlo a mediano.

La razón es evitar que el paciente se lastime seriamente las encías y desista del tratamiento. Esto suele suceder con cierta fuerza y durante un lapso al que no está acostumbrado, y se lastime.

Por regla general se dice que es preferible cepillarse correctamente. Una vez al día y no tres incorrectas. Lo cual se apoya en que la placa dentobacteriana se torna peligrosa dejandola en la boca por más de 24 Hrs. Ayudandole en la boca a su desarrollo.

El tiempo de capillado debcra irse aumentando gradualmente iniciando por un minuto hasta 10 mín. en un plazo de 8 días.

a).- Características y Funciones del Cepillado Dental;

El cepillo dental debe de ser de mango recto, con dos o tres hileras de cerdas dispuestas en penachos y todas a la misma altura 10 mm. aproximadamente, y 25 de largo, con cerdas de nylon con extremos redondeados. Las razones de estas características son las siguientes:

- 1.- El cepillo debe ser pequeño y recto para poder alcanzar todas las superficies dentarias.
- 2.- Las fibras sintéticas no se gastan tan pronto como las naturales.
- 3.- Los penachos separados permitan una mejor acción de las fibras, para que puedan arquearse y llegar a todas las áreas de los dientes.
- 4.- Las fibras deben de ser blandas y los extremos redondeados para no lastimar la encía.

b).- Objetivos:

- 1.- Reducir al mínimo o eliminar los restos alimenticios.
- 2.- Favorecer la circulación gingival.
- 3.- Estimular la queratinización del parodonto.

(Fig. 5).

El cepillado debe de ser tres veces al día, es decir después de cada comida. Existe el cepillo eléctrico, el cual es reciente su aparición, existen tres tipos de cepillado de acuerdo con el movimiento de las cerdas; movimiento horizontal, vertical y arco vibratorio.

La efectividad de estos cepillos, es muy similar a la de los manuales, pero su uso en particular sería en personas afectadas físicamente o mentalmente, debido a la simplicidad de su manejo.

c).- Técnicas de Cepillado:

Medio preventivo por el cual para obtener un resultado óptimo hay que practicar estas técnicas: Diario en forma minuciosa y correcta, como se menciona anteriormente, de orden técnico que se usan combinaciones de más de un método.

Actualmente las técnicas más utilizadas son:

- 1.- Técnica de Stillman Modificado.
- 2.- Técnica de Charters.
- 3.- Técnica de Barrido.
- 4.- Técnica de Base.

Las técnicas más empleadas actualmente son:

La Técnica de Rotación y la Técnica de Base.

1.- Técnica de Stillman Modificada;

- a).- El cepillo se coloca hacia apical, adosado a la superficie dentaria y gingival.
- b).- Se gira hacia afuera el mango del cepillo hasta doblar las cerdas con una angulación de 45 grados.
- c).- Se efectúa un movimiento vibratorio lateral.
- d).- Se lleva a cabo este masaje por 10 ó 15 seg.
- e).- Y sin interrumpirlo, ni inclinar más el cepillo, se desplaza lentamente hacia oclusal hasta que todas las cerdas hayan pasado por la cara vestibular o lingual de los dientes.
- f).- Las superficies oclusales se cepillan, colocando las cerdas perpendiculares a la cara oclusal de los dientes y efectuando el mismo movimiento vibratorio. El cepillado es de dos o tres veces en cada lugar. Esta técnica se recomienda donde haya integridad papilar y es la más utilizada. (Fig. 6).

2.- Técnica de Charters;

- a).- Se coloca el cepillo dental en el cuello cervical dirigiendo las puntas de las cerdas hacia oclusal y adosadas a la superficie gingival.

- b).- Se gira el mango del cepillo hacia afuera hasta que las cerdas tengan angulación de 45 grados.
- c).- En esta posición se ejecuta el masaje con vibración longitudinal o circular por 10 ó 15 seg. en cada lugar, y sin que se desplace hacia oclusal se retira el cepillo.
- d).- Las superficies masticatorias, se cepillan con las cerdas perpendiculares a esas superficies, y efectuando sobre ellas un movimiento circular. Por último este procedimiento se repite de dos o tres veces en cada lugar. Este cepillado está indicado en los casos que haya resección papilar, espacios interdetales abiertos o pequeños diafemas. (Fig. 7).

3.- Técnica de Barrido:

- a).- El cepillo se coloca hacia apical adosado a la superficie dentaria y gingival y no se da masaje se desplace hacia oclusal, barriendo las superficies. Esto debe repetirse de 4 a 5 veces en cada lugar hasta completar toda la arcada dentaria, tanto por vestibular, lingual y palatino. (Fig. 8).

4.- Técnica de Bass;

Se utiliza para el paciente que no ha aprendido alguno de los anteriores o como medida higiénica en donde se utilizan aparatos de ortodoncia. Debe usarse cepillo dental con cerdas extrasuaves.

- a).- Se coloca el cepillo paralelo al plano oclusal.
- b).- Con las cerdas dirigidas perpendicularmente a las caras vestibulares de los dientes, abarcando parte de la encía.
- c).- Se hace presión contra dientes y encía para que las cerdas penetren en los espacios interdenciales, por debajo la encía libre para retirar los restos alimenticios, por medio de un movimiento, o colocar el cepillo con las cerdas hacia apical para que penetre en la bolsa o para limpiar adentro y estimular. (Fig. 9).

* Método de Rotación;

- a).- Las cerdas del cepillo se colocan casi verticales contra las superficies vestibulares y palatinas de los dientes con la punta en la encía.

b).- Ejercer presión moderada hasta observar una ligera
izquierda en la encía.

c).- La posición inicial se rota el capillo hacia abajo y
adentro en el maxilar, y arriba y adentro en la
mandíbula.

En consecuencia las cerdas se arquean y barren las superficies de
los dientes en un movimiento circular.

Otras técnicas de menor utilidad e importancia son:

* Método de Fones.

* Método Fisiológico.

* Método de Fones:

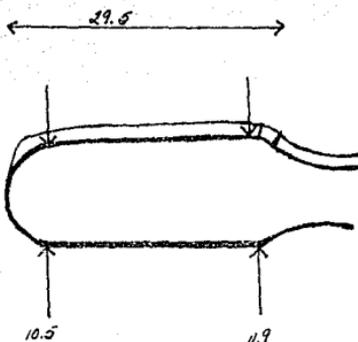
Los dientes superiores e inferiores se aproxima,
el capillo se coloca en posición horizontal con las cerdas en
ángulo recto en la cara vestibular de los dientes, y se hace un
movimiento circular grande cepillando así los dientes superiores
e inferiores a la vez, estos círculos se repiten varias veces,
hasta cepillar ambas arcadas dentarias, por palatino y lingual se
repiten los movimientos circulares, cepillando por separado a
cada arcada dentaria.

* Método Fisiológico;

Se hace siguiendo el trayecto que sigue el bolo alimenticio, para esto se utiliza el capillo con cerdas de la misma longitud de tamaño mediano, se coloca el capillo en posición, horizontal y las cerdas se dirigen en ángulo hacía los dientes y se realizan movimientos suaves de arriba hacia abajo.

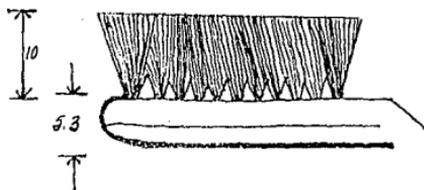
CARACTERÍSTICAS DEL CEPILLO

DENTAL



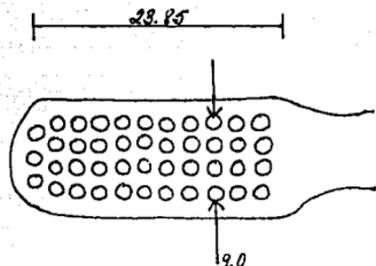
C A B E Z A.

Compacta, con punta y bordes redondeados, que permiten máxima penetración hacia las zonas de difícil acceso y reduce el riesgo de trauma sobre los tejidos blandos de la cavidad bucal.



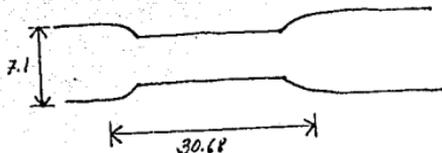
C E R D A S.

Flexibles, de textura suave con puntas pulidas y redondeadas, que remueven eficazmente la placa dentobacteriana y ayudan a la prevención de caries y gingivitis con máxima seguridad.



**SUPERFICIE
ACTIVA**

Compacto patrón multi-
cuerdas que ofrece una
mayor superficie de
contacto con dientes y
encías para una limpieza
más eficaz.

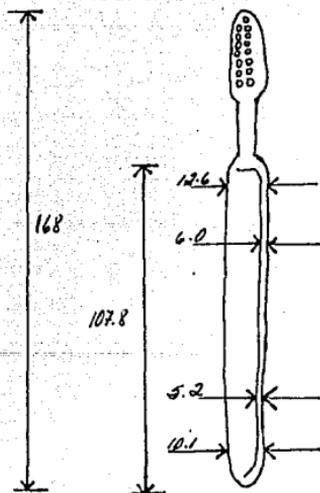


CUELLO

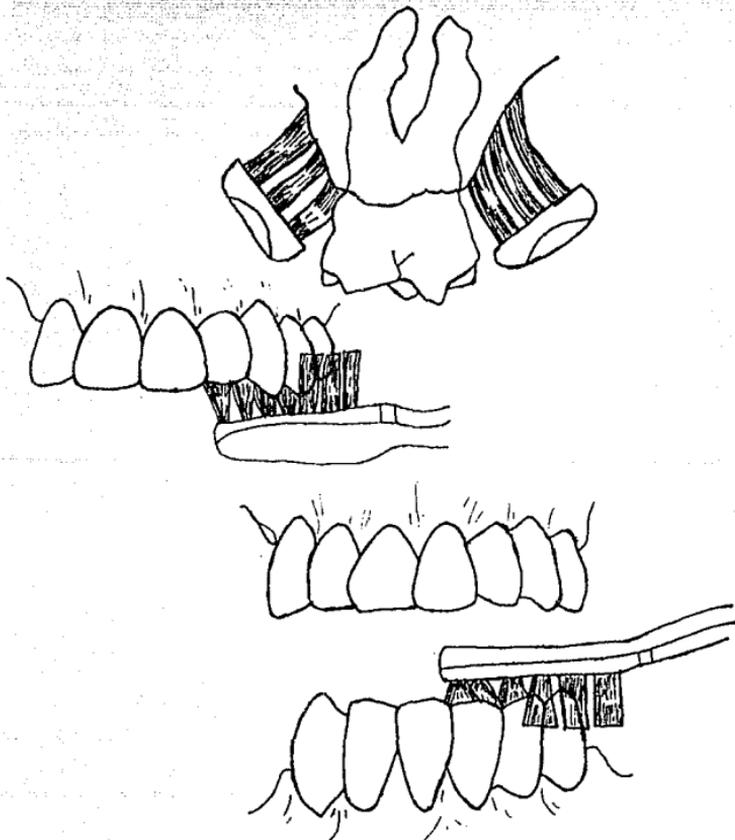
Con forma alargada, que
se adapta a la comisura
de los labios, para
proporcionar mayor
alcance en dientes post-
eriores. Diseño estructu-
ral boleado y de bordes
redondeados que ofrecen
eficacia, seguridad y
comodidad al aplicar la
técnica de cepillado.

M A N G O

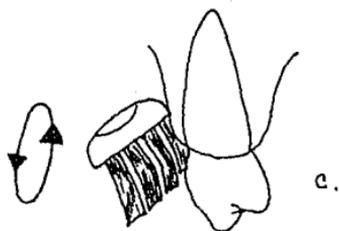
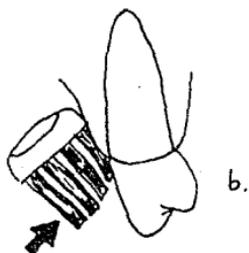
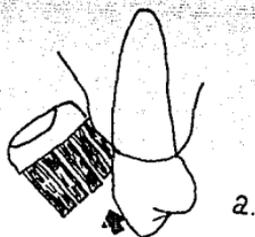
Recto, plano, largo y con bordes redondeados, que permiten mejor sujeción del cepillo al aplicar la técnica de cepillado



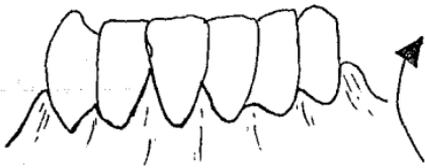
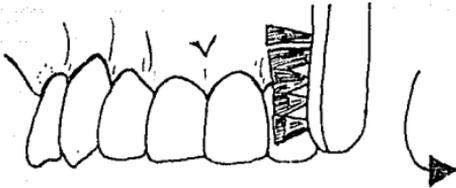
TECNICA DE STILLMAN MODIFICADO



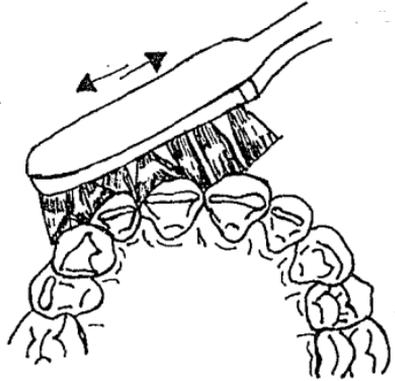
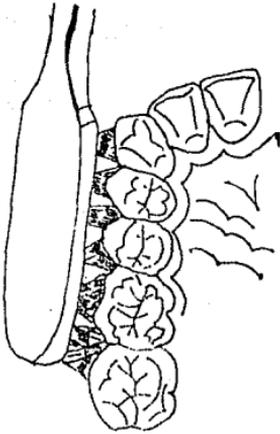
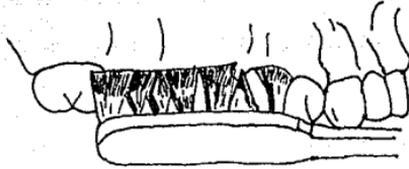
TECNICA DE CHARTERB



TECNICA DE BARRIDO



T E C N I C A D E B A S S



CAPITULO VI

PROGRAMA DE CONTROL DE LA PLACA

Es importante para el cirujano dentista comprender la extensión y distribución de la placa dentobacteriana lo cual es significativo y se debe tener en cuenta las variables encada individuo como:

Edad, sexo, grupo racial y étnico, ocupación características sociales, lugar de residencia, susceptibilidad y exposición a ciertos agentes específicos.

El cual permitira hacer más dinámico el plan de tratamiento lo que a su vez conduce a métodos de control y prevención proporcionando así métodos para evaluar las pruebas clínicas de medidas preventivas y curativas.

A la vez el diagnóstico absoluto ó definitivo elaborado como un valor numérico, o (registro pictórico) calcula la prevalencia relativa u ocurrencia de la condición de la encía lo cual permite definir las condiciones clínicas en forma objetiva.

Para el éxito de un control de la placa debe darse información al paciente, así como la instrucción adecuada con

respecto a los aparatos existentes para el control de placa en las técnicas para su empleo. Advirtiendo que el control eficaz de la placa no es una meta que puede obtenerse antes de iniciar el tratamiento previo y después ser cuidada por el dentista periódicamente y por el paciente.

El tratamiento previo requiere con frecuencia un periodo de varios meses, durante el cual el ambiente bucal deberá ser alterado significativamente.

A la vez, los aparatos y métodos empleados para el control de placa deberán evolucionar.

Los esfuerzos para el control de placa pueden ser integrados y coordinados con los procedimientos de diagnóstico y planeación de tratamiento así como con las fases inicial, restauradora y de mantenimiento.

a).- Plan Inicial;

El plan de tratamiento inicial dental requiere la observación del nivel de la placa dentobacteriana y su distribución, el cual se va a registrar en la historia correspondiente para poder tener una mejor utilidad del control.

Y dar la información a el paciente con relación a la placa con su afección dental y sus estructuras e indicar la utilización de los metodos empleados para la colaboración que debe de prestar el paciente y poder evitar el daño progresivo que causa la presencia de la P.D.B. ó Sarro en la cavidad bucal.

Algunos de los signos y síntomas que se presentarían son sangrado, inflamación, y olor.

El establecimiento de estos síntomas son causa de la presencia aguda ó crónica segun la duración de un problema que va ir aumentando y evitar así poco a poco la higiene dental.

b).- Control Sistemático:

Se debe contar con medios de evaluación de la cantidad y distribución de la placa sobre los dientes, para su apreciación y que sea un método de eficacia donde se note el adelanto en el tratamiento inicial, de restauración y de mantenimiento. (Fig. 10).

El cual sera llevar un registro pictórico ó grafico de la distribución de la placa que consiste, en un diagrama sobre el cual se registran los sitios en los cuales se acumula la placa en toda la superficie de los dientes.

El registro grafico sólo permite una vista rápida y precisa de la eficacia del régimen de higiene bucal. La evaluación de la tendencia de la encía al sangrado es útil para la elaboración de un mejor método de control de placa. El índice de sangrado es un

recuento del número de áreas que sangran al ser sondeadas suavemente.

Puede darse el caso de que la encía sana es firme de color rosa claro y no sangra durante los procedimientos normales de higiene bucal; al indicarle al paciente que el sangrado desaparece cuando las medidas de control de placa son eficaces.

c).- Registro Pictórico:

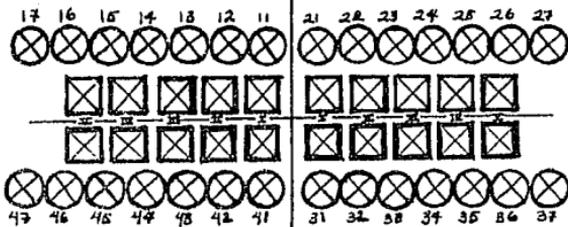
El periodontograma es un registro esquemático de los dientes y de las raíces, desde los aspectos bucal, lingual y oclusal. El método para interpretar es el que utiliza una sola expresión numérica sencilla con el fin de designar la profundidad de la bolsa apical con respecto a la zona medida. (Fig. 11).

Se establece un momento en el que los signos y síntomas que se observaran subsecuentemente serán la base de los siguientes datos registrados los cuales presentaran variaciones. Por el avance que se notara inmediatamente.

REGISTRO PICTORICO

Control de Placa Dentobacteriana.

Nombre _____ Fecha _____
 Edad _____ Control _____
 Total de dientes _____ Total de caras _____ Porcentaje _____%



Total de dientes _____ Total de caras _____ Control _____
 Porcentaje _____%
 Fecha _____

CAPITULO VII

MANTENIMIENTO Y VISTAS DE CONTROL

El mantenimiento de la salud dental requiere una total y considerable cooperación del paciente aunque parezca repetitivo cada uno de sus puntos, el seguir un programa cuidadoso y minucioso de higiene bucal.

Cuando se esta tratando ya sea un caso cronico ó agudo con asistencia profesional que le ira indicando en cada una de sus visitas los cambios y progresos en el cual habra intervalos regulares que involucren:

- 1.- Renovación de la motivación e instrucción de higiene bucal.
- 2.- Eliminación del tartaro y otros factores retentivos de placa.
- 3.- Minuciosa limpieza profesional de los dientes.

Siendo necesario examinar repetidamente los tejidos y estructuras dentales del paciente con el fin de poder adoptar una acción en una etapa temprana contra una posible recidiva de la Placa Dentobacteriana ó Sarro y destrucción ulterior de los tejidos de sostén.

La asistencia profesional se conoce como terapéutica ó cuidados de mantenimiento.

El cual debe ser adaptado a las necesidades de cada paciente, para economizar recursos a la vez que es importante instituir rutinas normatizadas para el mantenimiento y como se menciona anteriormente rutinas que son o pueden ser adaptadas al caso.

Y es necesario saber que el tratamiento y sus resultados benéficos son momentáneos si no se practica el mantenimiento, por esto las probabilidades son de interés para el mantenimiento. Es bueno saber que los índices de placa para el paciente pueden reducirse a niveles más bajos y mantenerse así durante el lapso de mantenimiento pero si se descuida el paciente va a reincidir.

No se pueden dar reglas generales sobre la frecuencia de las visitas de mantenimiento, es suficiente para la revisión acudir cada tres meses, sin embargo algunos pacientes pueden necesitar visitas menos frecuentes..

a).- Aspectos de la Terapia de Mantenimiento:

La P.O.B. Es una enfermedad que en sus inicios fue originada por el acumulo de restos alimenticios materia alba, placa bacteriana, sarro, todos estos aspectos con predilección a la recidiva y para su localización en los sitios de ocurrencia y tratamiento previos.

Los pacientes son los que controlan sus propias afecciones con su colaboración hacia su propio tratamiento y simultáneamente con la del dentista manteniendo y llevando a cabo sus indicaciones.

b).- Responsabilidad del Mantenimiento en el Consultorio:

Es el responsable de la evaluación durante la visita de mantenimiento, así como la realización misma del tratamiento de mantenimiento, el dentista y subsecuentemente el paciente. Se dice que existen 3 tipos de pacientes.

- 1.- Aquellos con gran susceptibilidad a agentes extraños en la cavidad bucal.
- 2.- Aquellos cuyo tratamiento ha sido iniciado después que la destrucción es muy avanzada.
- 3.- Aquellos con prótesis mal ajustadas ó restauraciones.

Estos tres tipos de pacientes deben recibir atención muy detenidamente, esto no quiere decir que si no pertenece a cualquiera de los 3 tipos anteriores no reciban atención detenida.

De otra manera la elaboración del tratamiento de mantenimiento tiende a ser descuidado.

Es necesario que el paciente no se conforme con las ganancias a corto plazo (a través de un tratamiento activo y control de placa breve).

c).- Mantenimiento Durante la Fase Activa de Tratamiento:

El tratamiento de un paciente siempre se lleva meses. Esto es lo siguiente, la secuencia del tratamiento activo, más (+) observación más (+) tratamiento activo esta es igual (=) a un Resultado Favorable, esto es aceptado actualmente como un mantenimiento en fase adecuada para los pacientes los cuales son tratados de tal forma que se prolonga el tiempo total del tratamiento activo más allá de meses y aun años.

En el paciente con prótesis quirúrgica multifásica y aquel con una intervención combinada periodontal - ortodóntica restauradora, son algunos de los que se llevan más tiempo para el tratamiento.

d).- Condiciones que Pueden Influir en el Mantenimiento:

Relacionadas con el control de placa, motivación del paciente, conocimiento y capacidad del paciente para llevar a cabo los procedimientos de higiene bucal, velocidad de formación de placa, factores retentivos que complican o impiden una higiene bucal eficaz, velocidad de formación de tártaro, factores de riesgo periodontal especial (bifurcaciones, surcos, etc.) Traumatismos por cepillado dental y por higiene bucal.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES.

Para el éxito en el diagnóstico de la P.D.B. es fundamental la elaboración previa de la Historia Clínica completa.

Una vez que se haya determinado la evaluación de cada una de las estructuras de la cavidad bucal y un pronóstico se elabora el plan de tratamiento. El cual es la guía para el manejo del caso. Incluyendo todos los procedimientos necesarios para establecer y mantener la salud bucal.

El plan de tratamiento dental requiere planeación a largo plazo. El valor de funcionamiento saludable para el paciente se mide a largo plazo de toda la dentición, explicándole al paciente el tipo de padecimiento dental y el tratamiento.

Al igual que debe hacerse hincapié en que un objetivo importante del tratamiento es evitar que otros dientes padezcan una enfermedad como la que padecen los dientes afectados o bien la encía en algunas regiones.

E indicar que se debe de tratar los dientes afectados por ejemplo de caries, endodancias o incrustaciones al momento de observar o sentir algun cambio.

Explicando a la vez que las restauraciones dentales y las prótesis contribuyen tanto a la salud de las encías como a la eliminación de la inflamación y a la vez de las restauraciones necesarias no siendo ninguno de estos tratamientos relacionados entre si por ser cada uno diferente en el proceso de elaboración

Los mejores resultados se obtienen si el paciente acude oportunamente y sigue las indicaciones del cirujano dentista.

Aclarando de antemano que depende mucho del paciente su actitud, deseo de conservar sus dientes naturales, y disposición y capacidad para mantener una buena higiene bucal. Sin esto, el tratamiento no tendrá éxito.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LA PLACA DENTAL.
AUTOR; HUBERT N. NEWMAN.
EDITORIAL; EL MANUAL MODERNO.

- 2.- PERIODONCIA. PATOLOGIA DIAGNOSTICO DE
LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES.
AUTOR; FERMIN A. CARRANZA.
EDITORIAL; INTERAMERICANA. MCGRAW-HILL.

- 3.- ENFERMEDAD PERIODONTAL.
AUTOR; SAUL SCHLUGER.
EDITORIAL; CONTINENTAL. S.A. de C.U.

- 4.- PERIODONTOLOGIA Y PERIODONCIA.
AUTOR; SIGURD P. RAMFJORD.
MAJOR M. ASH.
EDITORIAL; MEDICA PANAMERICANA.

- 5.- PERIODONTOLOGIA CLINICA.
AUTOR; JAN LINDHE.
EDITORIAL; MEDICA PANAMERICANA.

- 6.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA.
AUTOR; JOHN O. FORREST.
EDITORIAL; EL MANUAL MODERNO.
- 7.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICOS.
AUTOR; Mc ELROY DONALD/ MALONE W.
EDITORIAL; INTERAMERICANA.
- 8.- MANUAL DE PERIODONCIA.
AUTOR; J.D. MANSON.
EDITORIAL; EL MANUAL MODERNO.
- 9.- ODONTOLOGIA PREVENTIVA EN ACCION.
AUTOR; Mc DONALD L. JAMES/T. RATZ.
EDITORIAL; PANAMERICANA.
- 10.- PARODONCIA.
AUTOR; CARLOS A. RODRIGUEZ FIGUEROA.
EDITORIAL; MENDEZ OTEO.
- 11.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.
PERIODONTAL EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA.
AUTOR; JOHN F. PRINCHARD.
EDITORIAL; MEDICA PANAMERICANA.

- 12.- PERIODONCIA.
AUTOR; HENRY M. GOLDMAN.
D. WALTER COHEN.
EDITORIAL; OMEBA BIBLIOGRAFICA ARGENTINA.
- 13.- PERIODONCIA.
AUTOR; DANIEL A. GRANT.
IRVING B. STERN.
FRANK G. EVERETT.
EDITORIAL; MUNDI S.A.I. y F.
- 14.- TERAPEUTICA PERIODONTAL.
AUTORES; HENRY M. GOLDMAN.
SAUL SCHLUGER.
LEWIS FOX.
D. WALTER COHEN.
EDITORIAL; OMEBA BIBLIOGRAFICA ARGENTINA.
- 15.- PARODONTOLOGIA.
AUTOR; HENRY PETIT.
EDITORIAL; TORAG - MASSON, S.A. - BARCELONA.
- 16.- ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA.
AUTOR; JOHN F. PRICHARD.
EDITORIAL; LABOR; S.A.

17.- PERIODONTOLOGIA.
AUTOR; STEPHEN STONE.
PAUL J. MALIS.
EDITORIAL; INTERAMERICANA.

18.- CONCEPTOS ESENCIALES DE PERIODONCIA.
AUTOR; ELIZABETH A. PAWLAK.
PHILIP M. HOAG.
EDITORIAL; MUNDI. S.A.I.C. y F.