



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Odontología Preventiva

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A
MANUEL MENDOZA CASTILLEJOS

México, D. F.

1983

Manuel Mendoza Castillejos



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

I.- INTRODUCCION.

II.- RESULTADOS DE UNA MALA HIGIENE BUCAL.

A.- Placa Dentobacteriana.

B.- Materia Alba.

C.- Tartaro Dental.

D.- Halitosis.

III. PROCEDIMIENTOS Y ELEMENTOS AUXILIARES DE LA LIMPIEZA DENTAL.

A.- Profilaxis.

B.- Odontoxesis.

C.- Cepillo Dental.

D.- Técnicas de Cepillado.

E.- Seda Dental

IV.- CARIES DENTAL.

A.- Definición de Caries Dental.

B.- Diferentes Teorias Etiologicas de la caries dental.

C.- Programas de control de Placa Bacteriana.

D.- Control Dietetico de la caries Dental.

V.- FLUORJROS.

A.- Fluoruros y clasificación.

B.- Mecanismos de Acción.

C.- Fluoruros de mayor uso clínico.

D.- Aplicaciones Tópicas de Flúor.

VI.- CONCLUSIONES.

VII. BIBLIOGRAFIA.

I.- INTRODUCCION.

Uno de los principales objetivos de este trabajo es de dar a conocer la importancia que tiene la prevención.

Se sabe desde hace mucho tiempo que el mejor tratamiento para cualquier enfermedad consiste en prevenir su ocurrencia.

Las dos enfermedades dentales más comunes, la caries y la enfermedad periodontal, dan como resultado la pérdida del tejido normal, en ambas patologías nunca se recupera el tejido lesionado.

En el mejor de los casos el odontólogo solo puede ~~de~~ tener el progreso del padecimiento antes de que ocurra una lesión mayor.

Parece razonable luchar por el establecimiento de la salud dental protegiendo en primer lugar a los tejidos duros y blandos de la boca.

La odontología preventiva es lógica desde el punto de vista práctico. El impacto económico de la enfermedad dental es importante, el costo de prevención de la enfermedad dental es mucho menor que el del tratamiento de la misma.

Al ritmo actual de crecimiento de la población y de producción de enfermedades, la profesión dental nunca estará al ritmo de la demanda de tratamiento

El unico acceso razonable al problema es prevenir la ocurrencia de la enfermedad dental.

La odontología cuenta con varios procedimientos para reducir en gran medida e incluso eliminar la ocurrencia de enfermedades dentales.

Por lo tanto es esencial que conozcan a fondo los elementos de la prevención antes de asumir responsabilidades.

II.- RESULTADOS DE UNA MALA HIGIENE BUCAL.

A.- PLACA DENTOBACTERIANA.

Es una acumulación que forma una sustancia blanda, amorfa y adherente de productos salivales y colonias bacterianas en las piezas dentales.

Se acumula en la superficie de las piezas dentales de manera continua durante toda la vida de la mayoría de individuos en grados variables.

El crecimiento de la placa se inicia aproximadamente seis horas después de la limpieza dental a fondo.

La placa dentobacteriana esta constituida por dos partes:

A.- SUBTRACTO ó PELICULA ADHERIDA

B.- MICROORGANISMOS

Esta placa produce varias sustancias que lesionan al diente, encia y al hueso. Un recién nacido esta libre de microorganismos su boca, pero en unas cuantas horas empieza a tener cierta placa bacteriana.

Basicamente existe una renovación de placa bacteriana cada 3 a 10 hrs.

SUBSTRACTO ó PELICULA ADHERIDA.

Está formado por tres partes basicamente:

A.- MUCOIDES (Proviene basicamente de la saliva).

B.- MUCOPOLISACARIDOS (Proviene de la saliva y del metabolismo bacteriano.)

C.- PROTEINAS (Proviene de la saliva, metabolismo bacteriano y la alimentación).

Estos componentes le dan una consistencia a la placa bacteriana.

B.- MICROORGANISMOS.

Todos los microorganismos se van a estudiar por su orden de aparición:

Grupo I: Cocos Gram Positivos y Basilos.

Grupo II: Cocos y Basilos Gram Negativos.

Grupo III: Borrelias, Diversos tipos de Treponemas, fusobacterium, Bacteriodes Melaninogenico.

Grupo IV: Actinomicetes, Lactobacilos.

Grupo V: Veillonella, Salmonelas.

Los microorganismos de los grupos I y II; son los principales organizadores de la placa.

Los de los grupos I,II,III; producen una gran cantidad en enzimas, pero dos son las más importantes. La primera es la Hialuronidasa y la segunda Colagenasa.

Estas dos son enzimas específicas por ejemplo: La hialuronidasa disgrega al epitelio y la colagenasa actúa directamente sobre el tejido conjuntivo (fibras colágenas o la colágena del hueso).

Grupo IV: Son microorganismos con funciones específicas, tiene forma filamentosas, van formando mallas para atrapar sales (fosforo y calcio) que provienen de la alimentación y saliva del paciente y son las principales calcificadoras de la placa o sea la formación de sarro.

Grupo V: Producen ácido sulfhídrico con a lesionar al epitelio.

La única manera de remover la placa bacteriana es por medios mecánicos o físicos como: cepillado, puntas de goma, seda dental, palillos etc. Las pastas y los enjuagues no la eliminan y la única sustancia que desorganiza la placa bacteriana es el gluconato de clorexidina, pero este tiene reacciones secundarias (mancha los dientes y encía, produce cierta sensación de ardor o quemazón en la encía y en la lengua).

Los nutrientes de los microorganismos de la placa bacteriana son los azúcares. La placa bacteriana es un factor etiológico de la caries y enfermedades parodontales.

B.- MATERIA ALBA

Es una acumulación abundante de placa, es un irritante local y la causa común de la gingivitis, es de un color amarillo ó blanco grisáceo, pegajoso, es menos adhesiva que la placa dentobacteriana.

Se acumula sobre el tercio gingival de los dientes y en malposición dentaria.

Está formada por microorganismos, células epiteliales desecadas y una mezcla de proteínas y lípidos salivales.

Tiene un efecto irritante que radica en las bacterias y sus productos se ha probado que es tóxica una vez que se destruyen sus componentes bacterianos por el calor.

C.- TARTARO DENTAL

También es conocido comunmente con el nombre de Sarro. El sarro es placa dentobacteriana adherente calcificada o en proceso de calcificación que va acumulandose sobre la superficie de los dientes naturales y sobre las protesis dentales.

Va a depender del lugar donde lo encontremos para su clasificación:

1.- TARTARO SUPRAGINGIVAL

2.- TARTARO SUBGINGIVAL.

TARTARO SUPRAGINGIVAL

Lo vamos a encontrar encima de la encia, es más claro de menor tiempo en la boca, no está firmemente adherido al diente, es de color blanco amarillento, de consistencia arcillosa.

Aparece con mayor frecuencia y cantidad sobre las superficies vestibulares de los molares superiores, en las superficies linguales de los dientes inferiores.

Su color puede variar por la pigmentación del tabaco o pigmentos de alimentos.

TARTARO SUBGINGIVAL.

Se encuentra por debajo de la encia marginal, es común en bolsas parodontales, es más viejo, su color es café oscuro, esta firmemente adherido al diente, no es visible.

Su localización requiere de sondeo cuidadoso con explorador, su consistencia es pétreo y la principal diferencia entre el supragingival y subgingival radica en los minerales que lo forman, los primeros provienen de la saliva. Mientras que el líquido gingival que se asemeja al suero es la fuente de los minerales del subgingival.

El sarro o tartaro dental aparece en la adolescencia y aumenta conforme a la edad.

CONTENIDO DEL TARTARO DENTAL

Consta de una parte orgánica y otra inorgánica.

La parte inorgánica está constituida por:

- a.- Fosfato de calcio 75%
- b.- Carbonato de calcio 3%
- c.- Fosfato de magnesio.

La parte orgánica esta constituida por:

A.- Una mezcla de Complejo Proteico, polisacaridos, células epiteliales descamadas y leucocitos.

La formación del tartaro comienza por la placa bacteriana blanda que se endurece por la precipitación de sales minerales, entre el segundo y decimo cuarto día de formación de la placa.

El tartaro dental es un factor etiologico de la enfermedad parodontal, perpetúa la inflamación la cual causa la profundización de la bolsa parodontal.

factores que favorecen la acumulación del tartaro dental

A.- Higiene insuficiente.

b.- Acumulación de alimento o Impactación del mismo.

c.- Mal posición dentaria.

d.- Mal oclusión.

e.- Anatomía Dental defectuosa.

f.- Lesión cariosa.

g.- Masticación unilateral.

h.- Alimentación (azúcares)

D.- HALITOSIS

Es cuando un individuo tiene mal olor bucal, aliento ofensivo de la cavidad oral y su origen puede ser:

1.- FUENTES LOCALES.

Como la retención de partes odoríferas de los alimentos entre los dientes, la lengua saburral, gingivitis ulcerosa necrosante aguda, los estados de deshidratación, caries, aliento de fumador, heridas quirúrgicas o cicatrización de extracciones.

2.- FUENTES EXTRABUCALES.

También llamadas fuentes remotas porque puede incluir otras estructuras asociadas: sinusitis, amigdalitis, enfermedades pulmonares y bronquiales, tuberculosis, aliento alcohólico, olor cetónico de los diabéticos y el aliento urémico en la disfunción renal.

La placa dentobacteriana, además de ser un factor etiológico de la caries, es también un contribuyente principal del mal aliento.

Esto se puede demostrar mediante el cepillado de los dientes sin usar dentrífico y a continuación oliendo las

cerdas del cepillo.

Se percibe con gran facilidad el olor desagradable

III.- PROCEDIMIENTOS Y ELEMENTOS AUXILIARES DE LA LIMPIEZA.

A.- PROFILAXIS.

Este término significa "prevención de la enfermedad" La profilaxis dental es un procedimiento que tiene por objeto prevenir las enfermedades dentales; consiste también en identificar y eliminar las sustancias indeseables de las superficies dentales.

Estas sustancias son la placa bacteriana, manchas y desechos alimenticios. La profilaxis es un procedimiento generalmente usado en niños y la necesidad de este varía según en individuo.

En gran medida, la frecuencia con que se necesita la profilaxis depende de la eficacia de los propios esfuerzos de higiene bucal del paciente.

Por regla general este servicio se requiere dos veces al año. Por otra parte, algunos lo requieren sólo una vez al año, y en cambio otros más se someten a profilaxis cada dos a cuatro meses.

El instrumental requerido para la profilaxis debe incluir lo siguiente:

Espejo bucal, explorador, cepas y cepillos de cerdas negras aplicador de algodón, solución reveladora (mucina), seda dental, gel de fluoruro, eyector, pinzas de curación, portaimpresiones (opcional), motor de baja velocidad, etc.

En general el método usado en la profilaxis es el siguiente:

L.- Fase de Revelado: Se cubren los labios del paciente con lubricante de silicato para impedir que se manchen.

Se le da al paciente una pastilla reveladora para que se manchen las piezas dentales.

Después se le pide que se enjuague con agua, aparecen las áreas de acumulación de placa. Esta fase es útil para la educación del paciente.

Por medio de la pieza de mano de baja velocidad y con un cepillo de cerdas negras se pulen y cepillan todas las superficies de las piezas dentales, con una pasta abrasiva.

Esto se lleva a cabo por cuadrantes, después se seca bien y se les aplica fluoruro tópicamente a las piezas dentales.

B.- ODONTOXESIS.

Es la remoción de la placa dentobacteriana y del tartrato dental por medio de instrumentos especializados para ello.

Este procedimiento debe de ser hecho por el odontólogo, ya que los instrumentos son filosos y punteagudos y pueden llegar a dañar a los tejidos blandos de la boca.

Puede llevarse a cabo manualmente o por medio de aparatos electricos como lo es el cavitron que funciona por medio de puntas intercambiables que funcionan por vibraciones ultrasonicas.

El instrumental usado en la odontoxesis es el siguiente: Raspador legra, Hoz, Hoz modificada, explorador y espejo dental.

La técnica para realizar la odontoxesis es por medio de un raspado de las piezas dentales que va desde el cuello hacia el borde incisal. Luego se introducen instrumentos en los surcos gingivales y en las regiones interproximales para eliminar desechos irritantes. Debe de establecer un patrón para hacer el raspado y el pulimiento de las piezas dentales.

El pulimiento se lleva a cabo de la misma manera que en la profilaxis.

C.- CEPILLO DENTAL.

Es un instrumento que usado con buena técnica elimina la placa dental y la materia alba, retarda la formación de tártaro dental y las enfermedades parodontales por consiguiente.

Tiene mango sólido y de fácil manipulación, su cabeza es variable de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

Tiene cerdas de dureza y flexibilidad iguales, ya sean naturales o sintéticas de extremos redondeados, deberá tener tres o más hileras con doce penachos de cerdas.

Su elección dependerá si cumple los requisitos de utilidad, eficacia y limpieza.

Hay cepillos electricos y por lo general son tres tipos, de acuerdo al tipo de movimientos que realizan:

a.- Horizontal

b.- Vertical

c.- Vibratorio

Tienen gran utilidad en personas física o mentalmente incapacitadas por su fácil manejo.

D.- TECNICAS DE CEPILLADO

Hay en la actualidad diferentes técnicas del cepillado, pero en realidad lo que debemos tomar en cuenta es la escrupulosidad y que cualquiera de las técnicas corrientes, siempre que se les practique minuciosamente dará resultados esperados.

METODO DE REFREGADO

Se sostiene el cepillo con firmeza y se cepillan los dientes con un movimiento de atrás hacia adelante, similar al del fregado de un piso.

METODO DE FONOS

Con los dientes en oclusión se presiona firmemente el cepillo contra los diente y los tejidos gingivales y se hace girar en círculos del mayor diámetro posible.

El mango queda paralelo al plano oclusal y las cerdas perpendiculares a las superficies vestibulares de los dientes.

Este movimiento fuerza las cerdas en los espacios proximales y además masajea a los tejidos gingivales.

METODO DE STILLMAN MODIFICADO

Es una acción vibratoria de las cerdas que se complementan con un movimiento del cepillo a lo largo del diente en dirección a la línea oclusal, se coloca el cepillo en la línea mucogingival con las cerdas dirigidas hacia afuera de la corona y se activa con movimientos de frotamiento en la encía insertada, margen gingival y superficie dentaria, se gira el mango hacia la corona vibrando, mientras se mueve el cepillo.

METODO DE BASS

Es eficaz para limpiar las areas cervicales y buena parte de las areas interproximales de las piezas dentales.

La técnica requiere el uso de un cepillo dental con cerdas de nylon blando. Las cerdas se colocan en ángulo de 45° con relación al eje longitudinal del diente.

Las puntas de las cerdas se dirigen hacia la encía. Se hacen movimientos de abanico e en círculos pequeños.

Estos movimientos consisten en mover las cerdas hacia atrás y hacia adelante a través de la superficie dentaria usando desplazamientos extraordinariamente cortos.

E./ SEDA DENTAL

La manera más eficaz de limpiar las superficies proximales es la aplicación de hilo dental.

La seda dental se coloca entre las piezas dentarias a nivel de las regiones interproximales se enrolla alrededor del dedo índice de cada mano dejando una longitud de 3 a 10 centímetros. Luego se pasa el punto de contacto hacia abajo con movimientos de rotación de la otra mano y se mueve la seda haciendo presión contra las caras proximales de los dientes.

IV.- CARIES DENTAL

A.- DEFINICION DE CARIES DENTAL

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados del diente, provocada por ácidos que resultan de la acción de microorganismos sobre los hidratos de carbono.

Se caracteriza por la descalcificación de la sustancia inorgánica y va acompañada por la desintegración de la sustancia orgánica.

B.- DIFERENTES TEORIAS ETIOLOGICAS DE LA CARIES DENTAL

Se han propuesto diferentes teorías etiológicas de las caries dental, todas ellas basadas en las propiedades químicas y físicas del esmalte y dentina.

TEORIA ACIDOGENA

W.D. Miller, publicó su teoría en 1882, en la cual afirmaba: "La caries dental es un proceso biológico químico parasitario que consta de dos etapas principalmente, descalcificación del esmalte, cuyo resultado es su destrucción total y descalcificación de la dentina, como etapa preliminar, seguida de disolución del residuo reblandecido.

El ácido que causa la descalcificación proviene de la fermentación de almidones y azúcares en zonas retentivas de los dientes.

TEORIA PROTEOLITICA

Se atribuye a microorganismos que descomponen proteínas las cuales invaden y destruyen los elementos orgánicos del esmalte y dentina.

Gottlieb, Diamond y Applebaum (1946), postularon que la caries es esencialmente un proceso proteolítico.

Los microorganismos invaden las pasajes orgánicos y los destruyen en su avance. El mecanismo de la caries se identifica como una despolimeneralización de la matriz orgánica del esmalte y dentina por enzimas liberadas por bacterias proteolíticas.

TEORIA ENDOGENA.

Fue propuesta por Csernyei, quien aseguraba que la caries era un resultado de un trastorno bioquímico que comenzaba en la pulpa y se manifestaba clínicamente en el esmalte y dentina.

En esta teoría la caries es de origen pulpogeno y emana de una perturbación en el balance fisiológico entre activadores de fosfatasa (magnesio) y inhibidores de fosfatasa (fluor) en la pulpa.

C.- PROGRAMAS DE CONTROL DE PLACA BACTERIANA

Es llevar un sistema bien organizado de enseñanza a los pacientes para que cuiden su dentadura y los tejidos de soporte entre una y otra consulta dental.

Un programa de control de placa bacteriana debe utilizar cuatro principios de enseñanza:

1.- Presentación del material en incrementos pequeños-

- 2.- Motivar al paciente en la participación activa.
- 3.- Hacer saber al paciente los resultados inmediatos.
- 4.- Elaborar un programa de autoejecución para cada paciente en particular.

El objetivo principal del programa de control de placa es motivar al paciente a interesarse en la prevención

Las personas debern percatarse del problema que afrontan con respecto a la formación de placa y la manera que ésta los afecta.

Después de que los pacientes comprenden por completo el problema que afrontan y la manera en que pueden resolverlo, deben ser ayudados a buscar la solución. En específico debemos de enseñarles las diferentes técnicas de higiene bucal.

Una vez que los pacientes comprenden el problema ya han adquirido las habilidades necesarias para afrontarlo, deben ser motivados para que prosigan con la aplicación de estas habilidades para prevenir la reaparición del problema.

D./ CONTROL DIETETICO DE LA CARIES DENTAL.

Aunque hay diferentes causas de la caries dental y hay diferentes investigaciones, se puede explicar el principio básico de la enfermedad con las siguientes fórmulas:

- 1.- CARBOHIDRATOS + BACTERIAS -----ACIDOS
(Placa Bacteriana)
- 2.- ACIDOS + ESTRUCTURA DENTAL SUCEPTIBLE ----DESTRUCCION

En esencia la primera fórmula señala que algunas bacterias que viven en la cavidad bucal pueden convertir a

los carbohidratos en ácidos orgánicos.

Cuando estos ácidos son producidos en contacto directo con la pieza dentaria como lo sería en el caso de la masa de placa son capaces de desmineralizar el esmalte dentario.

El progreso de la caries dental prosigue por el esmalte hasta llegar a la dentina, y la pieza dentaria es destruída de manera progresiva. Quizá la manera más eficaz para controlar la caries dental es regular los hábitos dietéticos del paciente.

La diéta influye en la prevención de la caries de dos maneras:

1.- Desarrollo y maduración dental:

La ingestión dietética adecuada de vitaminas A, C, y D, calcio, fosforo y fluoruro durante la formación y maduración de las piezas dentarias influyen en la resistencia de la estructura dental a la caries futura.

2.- EFECTOS LOCALES DE LOS ALIMENTOS EN LA SUCEPTIBILIDAD A LA CARIES.

Los alimentos pegajosos, en especial los carbohidratos pueden ser convertidos por ciertas bacterias en ácidos que desmineralizan las estructuras dentales.

Este efecto local supera a menudo la resistencia que adquieren las piezas dentales durante su formación.

La aplicación razonable de cualquier régimen dietético requiere que se satisfagan las necesidades nutricio-

nales basicas del individuo en tanto se logra a la vez el control de la caries, por lo tanto, es de importancia extraordinaria que se analice la dieta actual del individuo tanto en cuanto a su valor alimenticio básico como en su contenido de carbohidratos.

V.- FLUORUROS

A.- FLUORUROS Y SU CLASIFICACION.

Scheele en 1771 se le reconoce que es el descubridor del flúor, encontro que la reacción de Espato - Fluor - (fluoruro de Calcio) y ácido sulfurico producía el desprendimiento de un ácido gaseoso.

Es el flúor un elemento común, que compone alrededor del 0.065% del peso de la corteza terrestre. Es el decimo tercero de los elementos en orden de abundancia.

Debido a su alta electronegatividad y su reactividad química, el flúor no se encuentra libre en la naturaleza.

La fuente principal de obtención del fluoruro es la calcita o espato de flúor (CaF_2)

CLASIFICACION:

Hay dos tipos de fluoruros:

A.- ORGANICOS (fluoracetatos, fluorfosfatos, fluorcarbonos).

B.- INORGANICOS (Solubles, Insolubles, Inertes).

SOLUBLES:

Son los que se ionizan casi totalmente y son, por lo tanto, una fuente de flúor metabólicamente activo. Ejemplo el fluoruro y el fluosilicato de Sodio.

INSOLUBLES:

Son parcialmente metabolizables por el organismo. Ejemplos: El Fluoruro de Calcio, Criolita y la Harina de Hueso.

INERTES;

El fluorborato y el Exafluorfosfato de Potasio son ejemplos típicos de fluoruros inertes, que se eliminan en su casi totalidad por medio de las heces y, en consecuencia

no contribuyen en medida alguna a la absorción del flúor por el organismo.

Los fluoruros orgánicos no son usados en la fluoración ya que son sumamente tóxicos.

La toxicidad aguda de los fluoruros inorgánicos puede expresarse por la dosis fatal aguda que es de 2.0 a 5.0 ó sea de 5 a 10 grs. de fluoruro de sodio.

Con un cuarto de grano empiezan a aparecer síntomas de intoxicación y con cuatro gramos producen la muerte. Los síntomas más comunes son: vómitos, dolor abdominal severo, convulsiones y espasmos.

B.- MECANISMOS DE ACCION.

Las vías de llevar el flúor al organismo son dos:

- a.- Vía Local
- b.- Vía Sistémica

VIA LOCAL

Se produce una reacción en que el cristal de apatita se descompone, y el flúor reacciona con los iones calcio, formando básicamente una capa de fluoruro de calcio sobre las piezas dentales tratadas.

Esta reacción es común en las aplicaciones tóxicas de fluor, ya sea fluoruro de sodio o fluoruro de estaño.

Es decir se efectúa la fijación del flúor por parte del fosfato cálcico del diente, se efectúa porque entra en combinación con la hidroxiapatita formando una fluorapatita más resistente.

B.- VIA SISTEMICA.

Los fluoruros inhiben los sistemas enzimáticos bacterianos, permitiendo así la existencia de una flora bacteriana que no elabora ácidos suficientes para descalcificar las estructuras dentarias.

C.- FLUORUROS DE USO CLINICO.

FLUORURO ESTAÑOSO (SnF_2)

Se consigue en forma cristalina, ya sea en frasco ó en cápsulas preparadas.

Se utilizan al 3 al 10%; en niños y adultos respectivamente. Las soluciones se preparan disolviendo 0.3 ó 1.0 grs.; en 10 ml. de agua destilada.

Las soluciones acuosas de fluoruro estañoso no son estables, debido a la formación de hidróxido estañoso por tal motivo las soluciones del fluoruro de estaño deben ser preparadas inmediatamente antes de ser usados.

FLUORURO DE SODIO. (NaF).

Este fluoruro se puede conseguir en polvo y en solución, en una concentración al 2%. Las soluciones estables siempre y cuando se mantengan en bases de plástico.

Las soluciones de fluoruro de sodio no necesitan ni de esencias ni agentes edulcorantes.

SOLUCIONES ACIDULADAS DE FLUORURO.

Son obtenidos en forma de soluciones o de geles, ambas formas son estables y listas para usarse. Contienen 1.23% de iones fluoruros, los cuales se logran por lo general mediante el empleo de 2.0% de fluoruro de sodio y 0.34% de ácido fluorhídrico.

D.- APLICACIONES TOPICAS DE FLUOR.

Hay dos métodos principales para la aplicación tónica de fluoruros.

A.- Soluciones

B.- GELES

Independiente del sistema que se utilice, el procedimiento debe ser precedido de una limpieza escrupulosa (con pómez ú otro abrasivo adecuado).

De las superficies de los dientes con el objeto de remover depósitos superficiales y dejar una capa de esmalte reactiva al fluoruro.

Los elementos necesarios para la aplicación tónica de fluor son:

Rollos de algodón

Porta rollos

Soluciones o geles de Fluor.

Espejo Bucal.

Pinzas de curación

Porta impresiones de plastico para el fluor.

Pasta abrasiva

Cepillos profilacticos de cerdas negras.

Motor de baja velocidad.

Pieza de mano de baja velocidad.

Pastas reveladoras.

Pero desgraciadamente la causa principal del alto porcentaje de caries y de enfermedades parodontales es la falta de una orientación profesional y especializada para atender los requerimientos odontológicos de la población.

Entre los procedimientos ensayados figuran los siguientes:

Enjuagatorios con soluciones de fluor.

Cepillado con soluciones y geles de fluor.

Cepillado con pastas abrasivas y la aplicación de geles de fluoruro.

Se han hecho estudios que prueban que los enjuagatorios supervisados con una solución al 0.2% de fluoruro de sodio, espaciados semanalmente o cada quince días son un medio eficaz de prevenir la caries en niños.

La autoaplicación de pastas abrasivas fluoradas, con una frecuencia de unas tres veces por año, se informa

que es conflictiva.

La terapia de autoaplicación de fluoruros es una de las soluciones propuestas por la profesión odontológica en respuesta al problema creado por la falta de mano de obra profesional y alto costo de las aplicaciones tópicas de fluor convencionales.

VI.- CONCLUSIONES.

La capacidad para controlar las enfermedades bucales comunes requiere que se usen diversas de prevención.

Todas las técnicas de prevención de enfermedades dentales se complementan entre sí.

El uso adecuado de estos elementos es un desafío real para la odontología preventiva.

Para prevenir cualquier enfermedad, el individuo debe comprender el mecanismo básico de la misma y lo que tiene que hacer para prevenirla.

Se le debe ofrecer orientación sobre los métodos de prevención que le ayudarán como persona.

Sobrecargarlo con un cúmulo gigantesco de aparatos y deberes lo desalentará y no tendrá eficacia.

Ofrézcasele lo que necesita de manera genuina para prevenir las enfermedades; no mas y no menos.

Al ritmo actual de crecimiento de la población y de producción de enfermedades, la profesión dental nunca estafa al ritmo de demanda de tratamiento. El único camino razonable a la solución del problema es hacer uso de los medios de prevención.

La odontología preventiva cuenta con varios procedimientos claves para reducir en gran medida e incluso eliminar la ocurrencia de enfermedades dentales, estos

instrumentos preventivos serán eficaces si se aplican de manera adecuada.

VII.- B I B L I O G R A F I A

++ ODONTOLOGIA PREVENTIVA
Facultad de Odontología
División Sistema de Universidad Abierta
Universidad Nacional Autónoma de México
2a. Edición - 1976.
pp. 10 a 23

-- ++ --

!++ PRINCIPIOS DE CLINICA ODONTOLOGICA
Joseph E. Chasteen
1a. Edición - 1931
Editorial El Manual Moderno, S.A.
pp. 4, 6,7, 10,11,16,19

-- ++ --

++ PERIODONCIA de ORBAN
Daniel A. Grant.
Irving B. Stern.
4a. Edición 1976
Editorial Interamericana.
pp. 67,63,69,70,39.

-- ++ --

++ APUNTES DE PARODONCIA
Dr. Manuel Frías Pesquera
Facultad de Odontología
1982