DENTAID
PUBLICACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA ODONTOLOGÍA

expertise
SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2010 # 4

DR. VALENTÍ FUSTER EN EL XLIV CONGRESO ANUAL DE LA SEPA

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y PERIODONTAL

¿QUÉ TÉCNICA DE CEPILLADO ES MÁS RECOMENDABLE?

HIPERSENSIBILIDAD DENTAL, DR. GIL LOSCOS Y DR. ALPISTE ILLUECA

EL EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO

INVESTIGACIÓN ACTUAL 4

XLIV CONGRESO ANUAL DE LA SEPA. PONENCIA DEL CARDIÓLOGO DR. VALENTÍ FUSTER

ESTUDIOS 7

ENFOQUE TERAPÉUTICO COMBINADO PARA EL CONTROL DE LA HALITOSIS ORAL. UNA SERIE DE CASOS DE TRES MESES DE ESTUDIO

A DEBATE 8

¿QUÉ TÉCNICA DE CEPILLADO ES MÁS RECOMENDABLE?

A FONDO 10

HIPERSENSIBILIDAD DENTAL, DR. GIL LOSCOS Y DR. ALPISTE ILLUECA

AULA DENTAID 13

DENTAID CELEBRA SUS 30 AÑOS, CON 80 CURSOS

2º EDICIÓN DEL CURSO BÁSICO EN PERIODONCIA

COLABORACIONES 14

SEPA, EL EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO

ACTUALIDAD DENTAID 16

DENTAID EN FACEBOOK

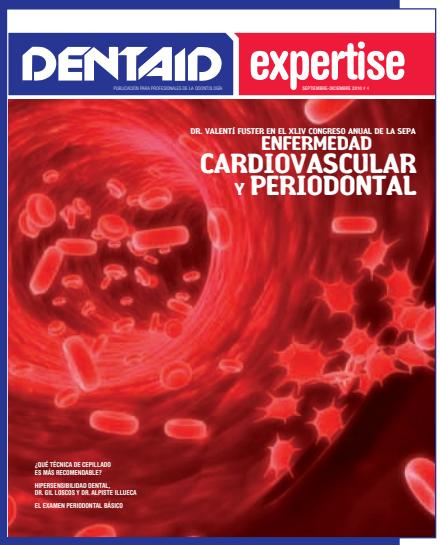
NUEVA PASTA DENTÍFRICA VITIS ALOE VERA SABOR MANZANA-MENTA

NUEVO DISEÑO DESENSIN®

PERIO·AID TRATAMIENTO EN ENVASE CLÍNICO

ENTORNO 18

DENTISTAS EN ÁFRICA



Dentaid Expertise
Revista de información
para profesionales
de la odontología

Edita

DENTAID

Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com

DENTAID
Ronda Can Fatjó, 10
Parc Tecnològic del Vallès
08290 Cerdanyola (España)
Tel.: 935 80 94 94
E-mail: dentaid@dentaid.es
www.dentaid.com

Diseño y realización
BPMO Edigrup
Guitard, 43, 1ª planta
08014 Barcelona
www.bpmoedigrup.com

Depósito legal:
B-32918-2009

LA SALUD, NUESTRA RAZÓN DE SER

Hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, sedentarismo o tabaquismo están perfectamente identificados como factores de riesgo cardiovascular de primer orden, pero como sabemos desde Dentaid, son también responsables de gran parte de las enfermedades periodontales. Este es un buen motivo para dedicar parte de este número al XLIV Congreso Anual de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) en la que participó el cardiólogo catalán Valentí Fuster. Fuster es toda una eminencia en el mundo de la medicina que, entre otros mensajes, explicó que las periodontitis pueden inducir inflamación sistémica por medio de un mecanismo de activación a distancia de procesos que pueden terminar provocando trastornos tales como la aterosclerosis, que es la principal causa de muerte en todo el mundo.

En la misma línea, hemos querido aprovechar este nuevo número de *Dentaid Expertise* para explicar, de la mano de los profesionales, las principales técnicas de cepillado más recomendables, además de incidir en la importancia de un completo examen periodontal para diagnosticar una enfermedad en muchos casos silente y que no suele ser detectada hasta sus etapas más avanzadas: la enfermedad periodontal.

Todo ello sin olvidarnos de la hipersensibilidad dental, un problema frecuente a tratar en las consultas de los profesionales, padeciéndola 1 de cada 7 personas. Veremos sus causas y tratamientos.

También conoceremos la faceta más solidaria de la profesión, en esta ocasión, de la mano de Dentistas en África, una ONG cántabra que realiza su actividad de cooperación en Atar (Mauritania), en pleno desierto del Sáhara y que tiene como objetivo devolver sonrisas.

Enric Masdevall
Presidente de Dentaid

XLIV CONGRESO ANUAL DE LA SEPA

PONENCIA DEL CARDIÓLOGO DR. VALENTÍ FUSTER

El cardiólogo español Dr. Valentí Fuster ha estado presente en la mesa oficial que ha clausurado la XLIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA). Su conferencia, como era de esperar, no defraudó a nadie.

Principales aportaciones

El Dr. Valentí Fuster se dirigió a la audiencia de la XLIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración el pasado 22 de mayo para explicar que le ha convencido mucho el interés mostrado por los periodoncistas en abordar el problema de la inflamación sistémica: "Ha sido un placer comprobar que la sala estaba prácticamente llena para atender a una charla en la que, sobre todo, he tratado de aclarar los muchos puntos en común que hay entre la enfermedad cardiovascular y las enfermedades periodontales, sobre todo en lo que respecta a los hábitos de vida que las promueven".

Hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, sedentarismo o tabaquismo están perfectamente identificados como factores de riesgo cardiovascular de primer orden, pero son también responsables de gran parte de las enfermedades periodontales. "La principal consecuencia positiva que se debe extraer de esta realidad es que si abordamos precoz y correctamente estos factores de riesgo, no sólo prevendremos enfermeda-

des cardiovasculares o incluso trastornos mentales (como la demencia), sino que estaremos contribuyendo a reducir las enfermedades periodontales", afirmó.

Y es que para el Director General del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares y Director del Instituto Cardiovascular del Centro Médico Mount Sinai de Nueva York, la relación entre enfermedad cardiovascular y periodontal no es casual. Por un lado, apuntó que "existen evidencias científicas que asocian ambas enfermedades y que muestran la coincidencia de los factores de riesgo que están detrás de estas patologías". Pero, y lo que es más importante, hay razones sociales y de conducta que aún tienen una trascendencia mayor, justificando la existencia de un nexo común.

Como explicó el cardiólogo catalán: "Una persona que no es capaz de cuidar sus encías dudo que se responsabilice de cuidar otros hábitos de vida y de seguir unos mínimos consejos saludables, y viceversa; por ello –insiste este experto–, debemos hacer una apuesta por promover la salud oral, ya que esto incentivará la modificación de factores de riesgo comunes a otras enfermedades".

En esta misma línea, el Dr. Carlos Mendieta, Presidente Organizador del Congreso, puso un ejemplo clarificador: "Si cualquier persona con una infección de unos 20 centímetros en el brazo o en la pierna acudiría al médico para tratar de evitar consecuencias nefastas para su salud, no cabe entender que una persona con una periodontitis, que de forma proporcional (y guardando las diferencias) puede tener una infección de similar impacto para el organismo, no se preocupe y no vaya al especialista".

Infección periodontal y enfermedad cardiovascular

Existen cada vez pruebas más sólidas sobre la estrecha y directa vinculación entre la existencia de una infección local en las encías, el desarrollo de inflamación sistémica y la aparición de enfermedad coronaria. En cualquier caso, como ha reconocido el Dr. Valentí Fuster, "aunque sabemos con seguridad que las infecciones orales tienen una cierta repercusión cardiovascular, aún desconocemos la cuantía e intensidad de esta asociación". Lo que sí está claro, a su juicio, es que "modificar factores de riesgo cardíacos modifica también los factores de riesgo para sufrir una periodontitis [o infección de las encías]".

La mayor parte de las enfermedades periodontales están causadas por bacterias, dando lugar a infecciones bucales. En la actualidad, se sabe que una de las consecuencias de esta infección a nivel local puede ser el inicio o desarrollo de una inflamación sistémica, que puede acarrear distintas implicaciones para la salud del paciente (dependiendo del aparato del organismo sobre el que actúe). Cuando la inflamación sistémica repercute en el aparato circulatorio y cardiovascular, el impacto sobre la morbimortalidad del paciente puede ser especialmente elevado.

SE ESTIMA QUE UNA EXCESIVA EXPOSICIÓN BACTERIANA EN LAS ENCÍAS PODRÍA ELEVAR ENTRE 1,7 Y 3,3 VECES EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Las periodontitis pueden inducir inflamación sistémica por medio de un mecanismo de activación a distancia de procesos que pueden terminar provocando trastornos tales como la aterosclerosis, que es la principal causa de muerte en todo el mundo. A diferencia de lo que se aceptaba hasta hace pocos años, el mecanismo por el cual estas infecciones periodontales pueden extenderse a otras zonas del cuerpo no está relacionado con el posible traslado de estos patógenos por el torrente circulatorio. Como explicó el Dr. Carlos Mendienta, "en realidad se activan fenómenos a distancia y mecanismos del núcleo celular que estimulan una cascada de reacciones inflamatorias que contribuyen a la génesis de la lesión aterosclerótica".

En vista de estas posibilidades, se han realizado numerosas investigaciones para comprobar si los individuos con

Dr. Valentí Fuster

Posiblemente es el cardiólogo más galardonado del mundo y el único que ha recibido premios de las cuatro principales organizaciones cardiovasculares. Valentí Fuster nació en Cardona (Barcelona) en 1943. De pequeño dedicaba mucho tiempo a jugar a tenis hasta que un buen día decidió centrarse y entregarse por completo a la ciencia, sin descuidar el ejercicio físico, que forma parte de la triple recta para una vida saludable (actividad física, reflexión y relajación). Ya licenciado en Medicina y Cirugía, con 24 años, se instaló en Estados Unidos, donde ha trazado su exitoso camino, como lo demuestra la dirección de la unidad de cardiología del Hospital Mount Sinai de Nueva York, uno de los más prestigiosos del mundo. Médico clínico con un sentido humanista, herencia seguramente de su padre (psiquiatra) y de su abuelo (rector de la Universidad de Barcelona), Valentí Fuster es un hombre comprometido con la sociedad y su vida particular.

periodontitis (sin tratar) tienen una situación de inflamación sistémica claramente superior a las personas con encías sanas. Para evaluar esta situación, se ha utilizado la proteína C-reactiva (CRP), que es un importante marcador de ateroesclerosis y un indicador de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

Distintos estudios, muchos de ellos realizados por el Dr. Francesco d'Aiuto en el Instituto Eastman de Londres (ponente en este congreso), han mostrado que el tratamiento de la periodontitis puede reducir los niveles de proteína C-reactiva (CRP) al rango considerado de bajo riesgo cardiovascular, es decir, que una persona con periodontitis y

UN TRATAMIENTO PERIODONTAL INTENSIVO, PARA HACER FRENTE A UNA ENFERMEDAD AGRESIVA, PUEDE REDUCIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES

niveles de CRP en el rango de alto riesgo cardiovascular puede no sólo beneficiarse del tratamiento de las encías en relación con su salud periodontal, sino que también puede pasar a reducir su riesgo cardiovascular.

Ya en datos aportados por el propio Dr. Valentí Fuster, se ha certificado que la utilización de un terapia periodontal intensiva, para hacer frente a una enfermedad grave de las encías, "tiene efectos vasodilatadores, modificando positivamente el trastorno endotelial característico de los procesos periodontales más severos". Muy sugerentes, como él mismo los ha calificado, son los estudios que muestran cómo la administración de fármacos hipolipemiantes (estatinas) reduce la inflamación de las encías y mejora la enfermedad periodontal.

Afectación en los diabéticos

Igualmente, algunos trabajos presentados en este congreso han revelado cómo la inflamación sistémica que puede inducir una aparentemente insignificante infección periodontal puede jugar un papel determinante en el control del metabolismo en los pacientes diabéticos.

La enfermedad periodontal puede ser considerada como la sexta complicación de la diabetes mellitus (detrás de otros trastornos conocidos como la nefropatía diabética o la retinopatía). "No sólo la enfermedad periodontal es más frecuente en los diabéticos mal controlados, sino que también se ha comprobado que el adecuado control de las enfermedades de las encías contribuye a controlar mejor la diabetes mellitus", indicó el Dr. Carlos Mendieta.

Recientes estudios también han sugerido la posible interrelación entre otras enfermedades, como la obesidad y las patologías periodontales, confirmando el efecto inflamatorio sistémico que provocan estas infecciones dentales.

ENFOQUE TERAPÉUTICO COMBINADO PARA EL CONTROL DE LA HALITOSIS ORAL

UNA SERIE DE CASOS DE TRES MESES DE ESTUDIO

AUTORES: Silvia Roldán, * David Herrera, *Ⓠ Ana O'Connor, * Itziar González y Ⓠ Mariano Sanz

* Área de Diplomatura en Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Complutense, Madrid, España.
Ⓠ Laboratorio de Microbiología, Facultad de Odontología, Universidad Complutense, Madrid, España.

ANTECEDENTES

La investigación clínica que evalúa los diferentes protocolos terapéuticos con el objetivo de tratar la halitosis oral es escasa. El objetivo de este estudio era evaluar los efectos de un enfoque mecánico y farmacológico combinado para tratar la halitosis oral en resultados clínicos y microbiológicos de pacientes a los cuales se les ha hecho un seguimiento durante tres meses.

MÉTODOS

Participaron diecinueve (19) sujetos con mal aliento. Al inicio del estudio, todos los sujetos rellenaron un cuestionario y se les practicó un examen para medir los niveles organolépticos y de compuestos volátiles sulfurados (CVS) en toda la boca, así como el índice de cubrimiento lingual de Winkel. Se evaluaron variables estándares periodontales en seis dientes. Después de un análisis de cultivo se obtuvieron muestras microbiológicas estandarizadas de placa subgingival, saliva no estimulada y cubrimiento lingual. El protocolo de tratamiento incluyó profilaxis supragingival; instrucciones de higiene oral (limpieza con cepillado dental interproximal y raspado lingual); y gárgaras con un colutorio con clorhexidina, cloruro de cetilpiridinio y lactato de zinc. Se registraron las mismas variables en el primer y el tercer mes después del inicio del estudio.

RESULTADOS

Después del primer y el tercer mes se observaron reducciones estadísticamente significativas en los resultados de niveles organolépticos ($P<0,001$), niveles de CVS ($P<0,05$) e índice de cubrimiento lingual ($P<0,05$). La profundidad del sondaje y los niveles de placa también demostraron reducciones significativas después de 3 meses ($P<0,05$). Los recuentos de anaeróbicos totales se redujeron de forma significativa en los tres puntos después de 1 mes ($P<0,05$) y en muestras del recubrimiento de la lengua y placa subgingival a los 3 meses ($P<0,05$). Los recuentos aeróbicos se redujeron de forma significativa en la saliva en el primer mes ($P<0,05$), y la ratio anaeróbica/aeróbica se incrementó de forma significativa en las muestras linguales. De entre los patógenos seleccionados y evaluados, la más afectada de las tres microfloras evaluadas fue *Porphyromonas gingivalis*.

CONCLUSIONES

El enfoque terapéutico evaluado ha demostrado su eficacia en el control de la halitosis oral, con mejoras estadísticamente significativas, tanto en los valores organolépticos como en los de CVS en el primer y el tercer mes. El protocolo clínico propuesto afectó de forma significativa a la composición microbiana en el cubrimiento lingual, la saliva y la microflora subgingival.

Referencia

Journal of Periodontology 2005; 76:1025-1033.

¿QUÉ TÉCNICA DE CEPILLADO ES MÁS RECOMENDABLE?

Para realizar un buen cepillado dental existen diversas técnicas, aunque un cepillado correctamente ejecutado conseguirá el objetivo deseado, que es evitar la acumulación del biofilm dental. La elección de una u otra dependerá de las necesidades individuales. Hablamos con higienistas y odontólogos/as sobre la técnica más recomendable.

"En líneas generales, perseguimos que el cepillado sea eficaz para la remoción de la placa"

PILAR VILLANUEVA ALONSO
HIGIENISTA, VALLADOLID

"Si partimos de que el éxito de cualquier tratamiento odontológico pasa por un correcto control de la placa bacteriana en la cavidad oral, entendemos la importancia de la función de la higienista en la motivación, adiestramiento y control de la higiene en los pacientes. Este adiestramiento debe ser personalizado, evaluado y reforzado continuamente".

"En líneas generales, perseguimos que el cepillado sea eficaz para la remoción de la placa, pero que no sea agresivo, utilizando cepillos suaves y combinando la técnica de Bass, en seco, y la rotatoria con un dentífrico de baja abrasividad y alto contenido en flúor. También fomentaremos el uso, al menos una vez al día, de cepillos interdentales en molares, premolares y espacios interdentales amplios; así como de la seda dental, siendo esta última de elección en las zonas estéticas, para evitar el aplanamiento de las papilas interincisales".

"La higiene de la lengua se debe recomendar con limpiadores diseñados para tal efecto".

“Considero sumamente importante masajear las encías con un cepillo medio o suave”

ESPERANZA ARAGÓN
ODONTÓLOGA, CÁDIZ

“Yo recomiendo a mis pacientes la técnica de Bass, puesto que doy prioridad a una correcta eliminación de la placa bacteriana subgingival. Pero esta técnica debe estar seguida de movimientos verticales de la encía al borde del diente. Considero sumamente importante masajear las encías con un cepillo medio o suave (en caso de paciente periodontal) con el objeto de estimular la circulación sanguínea y limpiar el surco gingival. Para limpiar las caras oclusales de molares y premolares recomiendo la técnica horizontal. Suelo hacer bastante hincapié en controlar que no se ejerza demasiada presión sobre las superficies dentales, para evitar futuras abrasiones. Motivo a mis pacientes a que usen la cinta dental y si muestran interés les premio con las ventajas de usar el irrigador bucal”.

“Para pacientes periodontales lo ideal es la técnica de Bass”

MARIMAR ZANGO
HIGIENISTA DENTAL, ORTUELLA

“La técnica de cepillado más sencilla, para pacientes con salud periodontal, es la técnica vertical, que consiste en realizar movimientos verticales desde la encía al diente, es decir, en el maxilar superior de arriba abajo, y en el inferior de abajo a arriba. Para ello se coloca el cepillo suavemente en la encía sin ejercer presión y se hace un movimiento de barrido vertical. Esto es válido tanto para las superficies vestibulares de los dientes como para las linguales o palatinas. Para las caras oclusales está permitido el cepillado horizontal, colocando el cepillo en el último molar y arrastrándolo hacia delante”.
“La limpieza de las caras interproximales se realiza con la seda dental o en caso de troneras abiertas, con cepillos interproximales”.
“Para pacientes periodontales lo ideal es la técnica de Bass, que es algo más compleja: las cerdas del cepillo se colocan hacia arriba en el maxilar superior y hacia abajo en el inferior formando un ángulo de 45º con el eje longitudinal del diente, para que las cerdas penetren en el surco gingival”.
“Se realizan movimientos vibratorios horizontales sin despegar el cepillo durante 10-15 segundos en cada diente. A continuación se puede desplazar el cepillo para limpiar caras vestibulares y palatinas (técnica de Bass modificada)”.

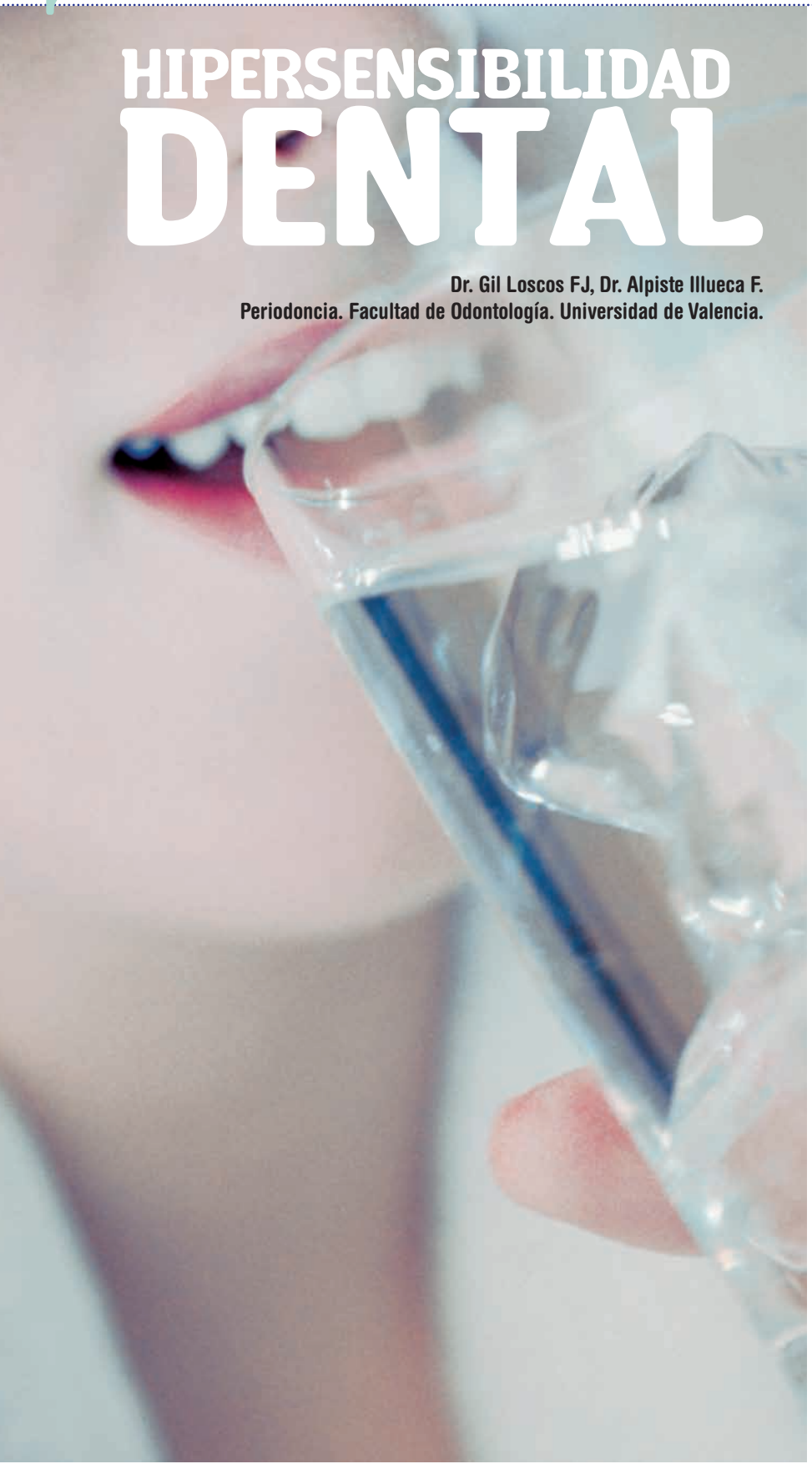
“Debemos ayudar al paciente a modificar sus técnicas de cepillado si estas son incorrectas”

ISABEL ESCUDERO
HIGIENISTA, ALICANTE

“Cuando hay problemas periodontales, la técnica de cepillado más completa es la técnica de Bass. Debemos ayudar al paciente a modificar sus técnicas de cepillado previas a una enfermedad, si estas son incorrectas, por otras más adecuadas que no deriven en problemas como pueden ser las abrasiones o las recesiones gingivales por cepillado. Hay que insistir en que, por muy bien que se haga un tratamiento periodontal, si no hay un adecuado control de la higiene oral nuestro tratamiento periodontal tendrá menos eficacia”.

HIPERSENSIBILIDAD DENTAL

Dr. Gil Loscos FJ, Dr. Alpiste Illueca F.
Periodoncia. Facultad de Odontología. Universidad de Valencia.



La hipersensibilidad de la dentina (HD) o sensibilidad dentinaria es la aparición de dolor dental provocado por un estímulo en apariencia banal.[1] Se define como un dolor originado en la dentina expuesta al medio oral, que de manera característica aparenta ser una reacción dolorosa exagerada y desproporcionada al estímulo que lo provoca (químico, térmico, osmótico o táctil), y que no es posible explicar como surgido de alguna otra forma de defecto o trastorno dental.[2]

En el aspecto epidemiológico destaca la alta prevalencia de la hipersensibilidad dental, padeciéndola **1 de cada 7** personas.[3] Aparece sobre todo entre los 18 y 40 años de edad. Afecta más a las mujeres, teniendo un cierto componente estacional con mayor incidencia en otoño-invierno que en primavera.[4] Sin embargo, sorprende que sólo motive el **3,8%** de las consultas odontológicas, y es que muchos pacientes optan por la automedicación o por evitar las situaciones que les provocan HD.[5]

La aparición de la HD está estrechamente relacionada con la patología y el tratamiento periodontal[6] y afecta hasta al 88,2% de los pacientes tratados con cirugía periodontal.[7]

La HD tiene un impacto directo sobre la calidad de vida de los pacientes. En algunos estudios se muestra que la pérdida de la salud dental es capaz de mermar la calidad de vida hasta tres veces con respecto a la población general, siendo la HD la queja más frecuente (50,7%).[8]

LA APARICIÓN DE HD AFECTA HASTA AL 88,2% DE LOS PACIENTES TRATADOS CON CIRUGÍA PERIODONTAL

Finalmente, la presencia de HD puede tener importantes repercusiones sobre el resto de la salud oral. Suele ocurrir que el paciente, para evitar la HD, disminuye la dedicación y la eficacia del cepillado,

acumulándose más placa bacteriana, provocando la cronificación de la HD y mayor riesgo de caries cervicales.[9] Por otra parte, supone una causa importante de abandono del tratamiento periodontal.

Etiopatogenia

En condiciones fisiológicas las terminaciones de los túbulos dentinarios están cubiertas en la corona del diente por la capa de esmalte y por cemento y encía en la parte radicular. Cuando se pierden estas cubiertas, los túbulos quedan expuestos al medio oral, transmitiendo estímulos hasta la pulpa que excitan terminaciones nerviosas responsables de la HD.[2]

Se desconoce con exactitud el proceso por el que los estímulos pasan a través de la dentina; la teoría hidrodinámica señala que en los túbulos dentinarios abiertos se producen bruscos desplazamientos del líquido intratubular que a nivel pulpar dan hiperpresiones o depresiones responsables del dolor típico de la HD.[10]

Distintas situaciones clínicas pueden provocar la destrucción mecánica o química de las capas que cubren la dentina (a nivel coronal, cervical o radicular) y dejar finalmente los túbulos dentinarios abiertos al medio oral.[11,12] Entre los factores mecánicos cabe destacar: el cepillado, el uso de pasta dentífrica abrasiva, parafunciones como el bruxismo y el tratamiento periodontal.[13]

Es relativamente frecuente que la acción de los factores de origen mecánico se vea agravada por la actuación de factores de origen químico (pH ácido). Entre estos últimos resaltan: la acumulación de placa bacteriana, la dieta con alimentos y bebidas ácidas, la acción de ácido proveniente del estómago (reflujo gástrico y vómitos de repetición).[11,12,13]

Clínica y diagnóstico

El diagnóstico de la HD está basado en la anamnesis y en la exploración clínica. El paciente manifiesta las molestias siempre ante las mismas situaciones, y se sorprende, ya que aparentemente son situaciones cotidianas y banales (toma de alimentos fríos o calientes, cepillado dental, etc.) y que, a pesar de tratar de evitarlas, la HD no desaparece.[11]

El dolor de la HD tiene unas características bien definidas:[1]

1ª Dolor exagerado ante un estímulo sensitivo leve.

2ª Duración del dolor limitada al tiempo que dura el estímulo.

3ª Localización precisa del diente afectado, incluso de la zona dolorosa del diente.

Para confirmar el diagnóstico se utilizan estímulos exploratorios: térmicos (frío o calor), evaporativos (jeringa de aire del equipo dental), táctiles (sonda de exploración), osmóticos (soluciones concentradas de glucosa) y eléctricos (vitalómetros).[14] Se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías dentales (caries, pulpitis, fracturas dentales, "cracks" dentinarios, etc.) y con alteraciones de los tejidos blandos causantes de "sensibilidad gingival" que pueden simular una HD.[15]

Tratamiento

En buena parte de los casos de HD hay una tendencia a la mejoría espontánea. Esta evolución natural se debe a un proceso fisiológico de remineralización de los túbulos dentinarios a partir de:

- **La saliva:** deposita proteínas y sales cálcicas en la superficie dental, formando un barrillo dentinario que va obturando poco a poco la luz de los túbulos abiertos.[16]
- **El odontoblasto:** mediante el depósito intratubular de hidroxiapatita en forma de dentina secundaria que disminuye la luz de los túbulos.[17]

Medidas preventivas

Para el tratamiento de la HD es fundamental conservar y potenciar esta acción curativa del propio diente. Si el paciente dificulta este proceso natural, ya sea por un tratamiento inadecuado o unos hábitos incorrectos, se va a producir una cronificación de la HD que la hace más difícil de eliminar.[18] Por lo tanto, para el éxito del tratamiento es esencial instaurar medidas preventivas, como controlar la ingesta de alimentos ácidos y realizar una higiene oral adecuada (tipo de cepillo, tipo de pasta dentífrica, técnica de cepillado y momento del cepillado).[13]

Tratamiento farmacológico

Los fármacos que se utilizan para el tratamiento de la HD actúan en base a dos mecanismos de acción distintos. Algunos fármacos, como las sales de potasio, actúan directamente inhibiendo la transmisión nerviosa a nivel de la pulpa dentaria (elevando el umbral de excitación de las fibras nerviosas), y por lo tanto hacen que el diente sea menos sensible a los estímulos desencadenantes de la HD. Por el contrario, otro grupo de fármacos actúan obliterando la luz del túbulo dentinario, de manera que impiden que se produzcan los bruscos desplazamientos del

líquido intratubular ante los estímulos desencadenantes de la HD y los consiguientes cambios de presión en la cámara pulpar.[18,19]

Los tratamientos se han clasificado en función del lugar de su administración:[19]

a ***Tratamientos aplicados por el propio paciente en su casa***

1. *Sales de potasio.* Fueron el primer agente desensibilizante aceptado por la ADA; actualmente es el producto más empleado y el más efectivo en el tratamiento de la HD.
2. *Flúor.*
3. *Sales de estroncio.*
4. *Citrato sódico.*
5. *Formaldehído.*
6. *Fosfato amorfo de calcio (ACP-CCP).*
7. *Hidroxiapatita.*

PARA EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO ES ESENCIAL INSTAURAR MEDIDAS PREVENTIVAS COMO CONTROLAR LA INGESTA DE ALIMENTOS ÁCIDOS Y REALIZAR UNA HIGIENE ORAL ADECUADA

b ***Tratamientos en clínica***

Los fármacos son administrados por el profesional ya que se aplican directamente sobre las zonas sensibles del diente, y puede requerirse de varias sesiones para conseguir su acción.

1. *Resinas adhesivas dentinarias ('bonding').*
2. *Oxalatos.*
3. *Arginina.*
4. *Láser.*
5. *Hipnosis, acupuntura.*

Conclusión

La **HD** es la causa mas frecuente de dolor dental y una de las principales razones de la desmotivación del paciente, tanto en el autocontrol de la placa bacteriana como en el abandono del tratamiento periodontal, lo que conlleva a corto plazo **un mayor riesgo para su salud oral**. Por lo tanto, ante una situación de HD el profesional debe actuar e indicar el tratamiento más adecuado para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Curro FA. "Hipersensibilidad dental en la variedad del dolor". *Dent Clin N Am* 1990; **34** (3): 393-402.
2. Addy M. "Causas y efectos clínicos de la hipersensibilidad dentinaria". *Dent Clin N Am* 1990; **34** (3): 465-476.
3. Närhi MVO. "Dentin sensitivity: a review". *J Biol Buccale* 1985; **13**: 75-80.
4. Taani Q, Awartani F. "Prevalence and distribution of dentin hypersensibility and plaque in a dental hospital population". *Quintessence Int* 2001; **32** (2): 372-376.
5. Rees JS. "The prevalence of Dentin Hypersensitivity in General Dental Practice in the U.K". *J Clin Periodontol* 2000; **27**: 860-865.
6. Von Troil B, Needleman I, Sanz M. "A systematic review of the prevalence of root sensitivity following periodontal therapy". *J Clin Periodontol* 2002; **29** (Suppl. 3): 173-177.
7. Chabanski MB, Gillam DG, Bulman JS, Newman HN. "Prevalence of cervical dentine sensivity in a population of patients referred to a specialist Periodontology Departement". *J Clin Periodontol* 1996; **23**: 989-992.
8. Bekes K, John MT, Schaller HG ,Hirsch C. "Oral health-related quality of life in patients seeking care for dentin hypersensitivity". *J Oral Rehabil* 2009; 36: 45-51.
9. Dababneh RH, Khouri AT, Addy M. "Dentine hypersensitivity an enigma?. A review of terminology, epidemilogy, mechanisms, aetiology and management". *Br Dent J* 1999 (Dec): **187** (11): 606-611.
10. Brännström M. "The cause of postrestorative sensitivity and its prevention". *J Endod* 1986; **12** (10): 477-481.
11. Orchardson R, Collins WJM. "Clinical features of hypersensitive teeth". *Br Dent J* 1987; **162**: 253-256.
12. Addy M, Mostafa P, Newcombe RG. "Dentine hypersensitivity: The distribution of recesion sensitivity and plaque". *J Dent* 1987;15 (6): 242-248.
13. Dowell P, Addy M, Dummer P. "Dentine Hypersensitivity: Aetiology, diferencial diagnosis and management". *Br Dent. J* 1985; **158**: 92-97.
14. Orchardson R, Gangarosa LP, Holland GR, Pashley DH. "Appendix: Towards a standard code of practice for evaluating the effectiveness of treatmens for hypersensitive dentine". *Archs Oral Biol* 1994; **39** (nº 39 suppl.): 121s-124s.
15. Brämmström M. "The hydrodinamic theory of dentinal pain: sensation in preparations, caries, and dentinal crack sindrome". *J Endod* 1986; **12** (10): 453-457.
16. Kleinberg I, Kaufman HW, Wolff MS. "Measurement of tooth hypersensitivity and oral factors involved in its development". *Archs Oral Biol* 1994; **39** (nº 39 suppl.): 63s-71s.
17. Bawden JW. "Dentin-predentin complex and its permeability: Reactor paper". *J Dent Res* 1985; **64** (Spec Iss): 628-630.
18. Gangarosa LP. "Current strategies for dentist-applied treatment in the management of Hypersensitive Dentine". *Archs Oral Biol* 1994; **39** (Suppl.): 101s-106s.
19. Gil Loscos FJ. "Estudio 'in vitro' de catorce productos propuestos para el tratamiento de la sensibilidad dentinaria mediante el uso de un sistema de perfusión de dentina y microscopía electrónica de barrido". [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad Literaria de Valencia; 2006. Disponible en: URL: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UV/AVAILABLE/TDX-1221107-115716//gil.pdf

DENTAID CELEBRA 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN, ORGANIZANDO 80 CURSOS PARA HIGIENISTAS

Dentaid cumple 30 años y quiere celebrarlo con los higienistas dentales, ofreciendo formación sobre los temas que son de su interés.

Entre los meses de octubre y noviembre de 2010, Dentaid organiza 80 cursos especializados para higienistas dentales en toda España. El motivo es la celebración de 30 años dedicados a la investigación de la compañía.

Los temas escogidos para los cursos especializados son:

- Reanimación cardiopulmonar (RCP). (Teórico).
- Enfermedad periodontal.

Además, en cada uno de los cursos se realizará un sorteo entre los asistentes de una noche en un parador nacional.

Para inscripciones y más información, entra en la web www.dentaid.com, apartado "Profesionales". Para consultar fechas y poblaciones también puedes entrar en Facebook Dentaid.

2ª EDICIÓN DEL CURSO BÁSICO EN PERIODONCIA

Debido a la gran acogida y éxito de la primera edición del Curso Básico en Periodoncia on-line, hemos querido realizar una segunda edición. TMP, Perio·Aid y VITIS encías, la mejor opción para cada paciente en el cuidado de las encías, iniciará en noviembre la 2ª edición del Curso Básico en Periodoncia on-line.

El curso cuenta con la dirección científica de profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, dos doctores de prestigio a nivel mundial en periodoncia: Prof. Dr. Mariano Sanz y Prof. Dr. David Herrera. Está acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, y a los que lo superen se les otorgarán 10,4 créditos.La formación se estructura en tres módulos y está dirigido a odontólogos que quieran iniciarse en la especialidad de periodoncia, proporcionándoles conocimientos básicos en:

- Etiología y diagnóstico de las enfermedades periodontales.
- Tratamiento básico en periodontitis: fase inicial o causal.
- La fase de mantenimiento periodontal.

Curso patrocinado por: PERIO·AID VITIS encías

Para más información visita www.dentaid.com.

EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

La periodontitis es una enfermedad infecciosa cuya respuesta inmunoinflamatoria desencadena la destrucción de los tejidos de sostén de los dientes. Debido a que la enfermedad en la mayor parte de los casos es silente, no suele ser diagnosticada hasta etapas más avanzadas de la enfermedad. Sus principales signos y síntomas son el sangrado e inflamación de encías, migración dentaria, movilidad dental y halitosis.

Los datos de la última encuesta de salud oral en España muestran que la periodontitis es muy prevalente en España. En el grupo de 35-44 años un 25% presentan periodontitis y en el de edad más avanzada 65-74, un 38%.

Es necesaria la detección de los pacientes con periodontitis. Para ello la Sociedad Española de Periodoncia ha desarrollado un método de *screening* cuyo objetivo es detectar los pacientes que pueden presentar patologías.

Este método es el llamado Examen Periodontal Básico, que está desarrollado a partir del índice CPITN de la OMS.

La boca se divide en sextantes, y a cada sextante se le otorga una puntuación de 0 a 4 en función de la afectación o no de la enfermedad y el grado de gravedad. Este va desde encía sana (0), presencia de placa dental (1), sangrado al sondaje (2), bolsas moderadas (3) y bolsas profundas (4). Si un paciente muestra una puntuación ≥3, se recomendará la realización de un examen periodontal completo (periodontograma y serie radiográfica).

La SEPA ha desarrollado una sonda periodontal de fácil uso para efectuar este Examen Periodontal Básico.

Se trata de una sonda con bandas de colores (verde, amarillo y rojo). Si al sondar la banda verde es visible (0-4 mm) indica ausencia de bolsa periodontal;

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PERIODONCIA HA DESARROLLADO UN MÉTODO DE 'SCREENING' PARA DETECTAR PACIENTES QUE PUEDEN PRESENTAR PERIODONTITIS

si la banda verde penetra del todo y está visible la banda amarilla (4-6 mm) indica presencia de bolsa moderada; y si se sumerge por completo la banda amarilla indica presencia de bolsa profunda (>6 mm). Es decir, la banda amarilla denota puntuación 3 y la banda roja, puntuación 4. Es recomendable realizar el periodontograma y la serie radiográfica.

Más información en www.sepa.es/estar-al-dia/epb.html

Divulgación científica elaborada por SEPA

Soluciones Dentaid:

DENTAID EN FACEBOOK

Dentaid es la primera empresa de salud bucal de habla hispana presente en Facebook, la red social con más usuarios del planeta, 350 millones a finales de 2009. Dentaid se suma así al creciente éxito de las redes sociales, un nuevo canal de comunicación interactiva, ofreciendo semanalmente nuevas noticias sobre el mundo de la salud bucal, fotos de sus productos, anuncios, calendarios de cursos, agenda de eventos, así como juegos para los más pequeños. Una página pensada para todos los públicos en la que el usuario no sólo encontrará información, sino que puede ponerse en contacto con la empresa, colgar sus comentarios y recibir respuestas de Dentaid.

¡NUEVA PASTA DENTÍFRICA! VITIS ALOE VERA SABOR MANZANA-MENTA

Dentaid lanza la nueva pasta dentífrica de uso diario VITIS Aloe Vera con sabor a **manzana-menta**, ampliando su gama de pastas dentífricas.

La nueva pasta dentífrica VITIS aporta un agradable sabor a manzana-menta, que proporciona una sensación de frescor en tu boca y hace más placentero el momento del cepillado. Además, protege la cavidad bucal de las agresiones diarias externas y elimina los radicales libres.

La nueva pasta permite probar un nuevo sabor, una nueva sensación diferente a lo convencional, y siempre contando con la seguridad y eficacia de las pastas dentífricas VITIS.

La composición de la nueva pasta VITIS Aloe Vera sabor manzana-menta es la siguiente:

- **Aloe Vera:** regenerador para encías delicadas.
- **Flúor:** posee efecto anticaries y poder remineralizante del esmalte, además de sus propiedades antibacterianas y reductoras de placa.
- **Xilitol:** forma una capa sobre el esmalte de los dientes, previniendo la formación de caries, y proporciona un frescor agradable y duradero.
- **Vitamina E:** es uno de los antioxidantes más efectivos, que ayuda a eliminar los radicales libres, protegiendo la cavidad bucal de las agresiones externas.

DESENSIN® RENUEVA SU IMAGEN PARA CLARIFICAR LA GAMA

Desensin® es una marca que lleva más de 25 años en el mercado y, a día de hoy, sigue siendo la marca líder en el sector farmacéutico para proporcionar **la solución a los dientes sensibles.**

Durante los últimos años se ha ido innovando y actualizando frente a las nuevas necesidades de los consumidores, como con la web **www.meduelenlosdientes.com**; y ahora da un paso más, acercándose al consumidor para ayudarle a escoger el producto más adecuado para sus necesidades.

Más didácticos. Para que tus pacientes entiendan mejor qué es la sensibilidad dental y cómo actúa cada uno de los productos de la gama Desensin®.

Más explicativos. Para que resulte más fácil diferenciar la acción principal de cada producto de la gama Desensin®, ésta se destaca en los frontales y la solapa.

PERIO·AID TRATAMIENTO PRESENTA SU NUEVO ENVASE CLÍNICO

Dentaid, con su voluntad de innovar constantemente, renueva el formato de **Perio·Aid Tratamiento** de clínica. Perio·Aid es el primer colutorio que combina dos antisépticos con una eficacia superior, avalada científicamente. Uniendo la **Clorhexidina** y el **Cloruro de Cetilpiridinio** se consigue una acción sinérgica que se refleja en los resultados de los estudios clínicos que avalan la eficacia de cada uno de los productos de Perio·Aid.

El **formato de Perio·Aid Tratamiento de 5000 ml** tiene ciertas características que lo hacen innovador y único en la clínica dental. Está compuesto por una bolsa de plástico PET rellenada al vacío que permite aprovechar al máximo el producto, tiene cierre inviolable con precinto de seguridad y está compuesto de materiales reciclables que generan pocos residuos y, por tanto, se trata de un producto más ecológico.

Este nuevo formato **ocupa menos espacio** en la clínica y gracias a su grifo ergonómico antigoteo permite una **dosificación cómoda** de la cantidad adecuada de producto de una manera **más higiénica.**

DENTISTAS EN ÁFRICA

OBJETIVO: DEVOLVER SONRISAS

Dentistas en África es una ONG de dentistas de Cantabria que realiza su actividad de cooperación en Atar (Mauritania), en pleno desierto del Sáhara. Sus cooperantes saben de la importancia de transmitir a los más pequeños la necesidad de mantener una buena salud bucal y devolverles la sonrisa.

Uno de los factores sanitarios que más han contribuido a aumentar la esperanza de vida, junto a la cloración de las aguas, son los cuidados odontológicos, concretamente la reposición de dientes perdidos o, lo que es lo mismo, evitar su pérdida. Ambos factores han sido igual o más importantes que descubrimientos tan fantásticos como las vacunas o los antibióticos, en lo que a longevidad se refiere.

Partiendo de esta base, grupos de dentistas estudiantes de odontología, enfermeras, higienistas y auxiliares dentales y logistas han acudido desde 2004 a Atar para realizar su trabajo en el área de la odontología. En este primer año se transportó material odontológico, mientras que en 2005 se inició el proyecto "Prevención de la caries en la población escolar de Atar", que se mantendrá hasta finales de 2010.

Una clínica en Atar

El resultado más visible de todo este trabajo realizado ha sido la nueva clínica en el centro de salud de Kanawal, que el Ayuntamiento ha cedido a esta ONG y que se ha convertido en la base logística del trabajo de Dentistas en África. En concreto, y como explican sus representantes, el material más importante que se desplazó para montar esta clínica fue equipo dental completo, un sillón Anthos con lámpara, un sillón dental antiguo eléctrico con lámpara y un compresor.

Todo ello unido a un carro moderno con turbina micromotor y jeringa, un equipo autónomo WH con turbina micromotor y jeringa, además de una lámpara dental con turbina dental autónoma, mobiliario, una nevera con cuatro ventiladores, un cañón de vídeo y una impresora láser.

El centro también cuenta con material de mantenimiento y limpieza, además del sanitario.

Trabajo en los colegios

La visita a las escuelas de los cooperantes de Dentistas en África significa todo un acontecimiento para los pequeños estudiantes, a quienes se revisa la boca y fluoriza, mientras que otros profesionales se encargan de la educación en salud bucodental de los profesores.

De este modo, la tarea de Dentistas en África va más allá, ya que las visitas a los colegios se aprovechan para proyectar vídeos y fotos didácticos a los más pequeños. Asimismo, se les entrega la pasta y el cepillo de dientes para instruirles sobre cómo lavarse los dientes, todo ello gracias a la ayuda de un traductor que permite que los niños y niñas entiendan perfectamente el mensaje.

EL RESULTADO MÁS VISIBLE DE TODO EL TRABAJO LLEVADO A CABO ES LA NUEVA CLÍNICA EN EL CENTRO DE SALUD DE KANAWAL, BASE LOGÍSTICA DE DENTISTAS EN ÁFRICA

Contacto

Dentistas en África
C/ Hernán Cortés, 7, 4º
39002 Santander (Cantabria)
cristobal.calleja@dentistasenafrica.org
www.dentistasenafrica.org

DENTAID

investigando 30 años

Expertos en Salud Bucal
www.dentaid.com