



Beatriz Lorza
Higienista Dental

Higiene bucodental: educar al paciente

Cuando hablamos de higiene dental nos viene en seguida a la memoria por nuestra formación profesional el cepillado, el hilo o la cinta, los cepillos interproximales, etc. El mercado nos ofrece hoy un gran número de instrumentos para realizar una higiene dental exhaustiva, pero ¿cuáles son los mejores?, ¿cómo podemos determinar cuál es el más eficaz para cada paciente? Partamos de la base de que no hay instrumentos malos, pero también de la certeza de que no siempre los utilizamos de la forma más correcta. De entrada, siempre hemos de plantearnos que si no encontramos dos dientes iguales ni hay dos bocas iguales ¿cómo se puede generalizar la educación bucodental del paciente, teniendo en cuenta que es único, y que tiene sus propias especificidades?

Hagamos un poco de historia. En tiempo de los romanos se utilizaban distintos artefactos para la limpieza, como trozos de tela, con los que se frotaban los dientes. Pero no fue hasta mucho más tarde cuando se tuvo conocimiento de la existencia del cepillo de dientes; según la ADA, el cepillo dental fue creado en 1498 por un emperador chino que puso cerdas de puerco en un mango de hueso. Luego los mercaderes que visitaban China introdujeron el invento entre los europeos, pero su uso no fue común hasta el siglo XVII. Por aquel entonces, para mondarse los dientes se usaban plumas de ave y mondadientes de bronce o plata. Pero la introducción del cepillo como elemento de higiene fue muy lenta e incluso a principios del siglo XX tener cepillo de dientes era cosa de ricos, hasta que en 1930 aparecen los cepillos de plástico, antecesores de los que hoy utilizamos.

Mucho más antigua, prehistórica, es la utilización del hilo en la higiene interdental de los humanos. Está demostrado que ya en la prehistoria se seguían estas prácticas de limpieza, pero no fue hasta el siglo XIX cuando se populariza este método de higiene. Levi Spear Parmly (1790-1859), dentista de Nueva Orleans, pasa por ser el inven-

tor –o quizás sea más correcto decir reinventor– del hilo dental moderno. Dientes Parmly promovió en 1815 el uso de hilo de seda para las zonas interdenciales.

Ya en 1882, la compañía Codman y Shurtleff de Randolph (Massachusetts) comenzó a producir de forma masiva hilo de seda encerado para uso doméstico comercial, pero fue Johnson y Johnson, de New Brunswick (Nueva Jersey), la empresa que patentó el hilo dental, en 1898.

En la Segunda Guerra Mundial se desarrolló el hilo de náilon para reemplazar el de seda. Utilizado por el doctor Bass, el hilo de este material plástico es el que hoy conocemos y que constituye un elemento básico en la higiene dental del siglo XXI.

¿Hilo o cinta?

Desde que en 1815 Parmly pusiera en práctica el uso del hilo de seda hasta hoy, los instrumentos interdenciales han evolucionado considerablemente y no solo en el material. Si bien ese material, sea náilon o seda, puede tener una importancia relativa en la higiene, tanto como los movimientos empleados con él, la diferencia más destacable, no obstante, es su forma: hilo o cinta.

Centrémonos pues en las diferencias de forma. El hilo es un cuerpo delgado, largo y flexible que se obtiene a

Figura 1. Superficie plana, cinta dental.



Práctica clínica



Figura 2. Relleno excesivo de pasta.

partir de fibras, mientras que la cinta es una tira plana y estrecha de material flexible.

Cuando se utiliza hilo dental en un epitelio fino o una encía fina la microherida que causa al caer de golpe sobre la papila (difícil de evitar aun con movimientos de vaivén al entrar) crea una irritación que, continua-

da esta práctica en días sucesivos, termina por provocar molestias al paciente, lo que hace pensar erróneamente a éste que el hilo dental no es bueno y es probable que deje de usarlo. En ese caso es aconsejable el uso continuado de la cinta dental, que no provoca esa irritación porque el canto no resulta cortante al caer en superficie plana sobre la papila, lo que permite al paciente la constancia de su uso.

El objetivo del cepillado dental en todas sus caras –vestibulares, linguales, palatinas, mesiales, distales y oclusales– es el barrido de placa acumulada en dichas zonas, incluso la desestructuración del biofilme en la alteración de la estructura de adhesión. En base a este hecho la cinta dental, con una superficie más ancha que el hilo, tiene una eficacia de barrido mayor con el mismo esfuerzo de movimiento. Pero hay que tener en cuenta que los movimientos de barrido no han de ser idénticos para todos los dientes, ya que anatómicamente no son iguales ni en forma ni en tamaño, incluso en un mismo paciente, cuanto más entre pacientes distintos.

La labor que hace la publicidad en el campo de la higiene bucodental no siempre es la más adecuada ni ayuda a la educación de la población –como la imagen del cepillo lleno de dentífrico–, pues en muchos casos el exceso de espuma hace que el paciente reduzca el tiempo de cepillado. En cuanto al movimiento realizado en el cepillado, se muestra en muchas ocasiones el frotamiento continuado y casi siempre de trayecto horizontal sobre los dientes.

El efecto que la repetición de la publicidad produce sobre nuestros pacientes es mucho mayor que el que podemos producir nosotros como profesionales en los apenas 15 minutos de que disponemos una vez al año para dar consejos sobre los hábitos correctos en la higiene bucal.

Una buena forma de educar a nuestros pacientes en ese escaso cuarto de hora que estarán con nosotros en la consulta es mostrarles en la práctica la forma adecuada de llevar a cabo el cepillado. Los higienistas disponemos de los conceptos básicos para hacer comprender al paciente cómo es el comportamiento de los distintos instrumentos de limpieza sobre la encía y el diente, con el objetivo de evitar que estos lleguen a producir tal incomodidad al paciente que termine por abandonar esa práctica de higiene bucal.

Sabemos que en condiciones normales ningún barrido sobre la superficie dental provoca incomodidad al paciente, pero debemos tener presente aquellas zonas, sobre todo cervi-

cales, en que la superficie expuesta no sea esmalte dental. Hay zonas en las que por distintos motivos, ya sea abrasión, desgaste o erosión, encontramos dentina con sus correspondientes túbulos dentinarios y fluido tubular expuestos, los cuales sufren una alteración por agentes externos, lo que provoca una hipersensibilidad (hipersensibilidad hidrodinámica).

Debemos prever esta alteración en la anatomía del diente para detallar al paciente los movimientos verticales sin rotación que ha de efectuar en la zona cervical, con lo que se consigue evitar o, cuando menos, disminuir la sensibilidad y permite un barrido eficaz y constante.

Una favorable eficacia en el cepillado dental viene condicionada con la valoración de la anatomía del diente, así habrá que tener en cuenta las caras vestibulares prominentes –que sobresalen sobre lo que está en su inmediación–, las caras dentales con esmalte más poroso e, incluso, con formaciones irregulares de las superficies o malposiciones dentales.

El cepillado será óptimo cuando, durante el mismo, la superficie del diente se encuentre totalmente paralela al plano del cepillo. Esto, en ocasiones, requiere giros del cepillo en vertical. Insistimos en que, si el paciente es capaz de razonar por qué retiene placa, es fácil que ponga en práctica el movimiento recomendado, reduciendo así su índice de placa. De esta forma conseguiremos un paciente motivado, un paciente contento y, por ende, un paciente que fidelizamos en nuestra consulta.

Elección del interdental

Los puntos de contacto o superficies interdenciales nos condicionan la retención de placa y con ello el aumento de la misma. Debemos valorar cuantitativamente (con índices de placa) en cada paciente cuánto y cómo retiene para elegir el elemento de higiene interdental más adecuado para su boca.

El primer molar interior, tanto derecho como izquierdo, tiene el punto de contacto interproximal en el tercio medio y oclusal hacia vestibular, por lo que los cepillos interproximales, de cerdas o de silicona, son una buena solución. El tamaño idóneo del cepillo nos lo indica el triángulo papilar, que podemos conocer con la sonda periodontal haciendo un

Figura 3. Cuellos abrasionados por movimientos inadecuados de higiene.



Figura 4. Ausencia de puntos de contacto interdenciales.

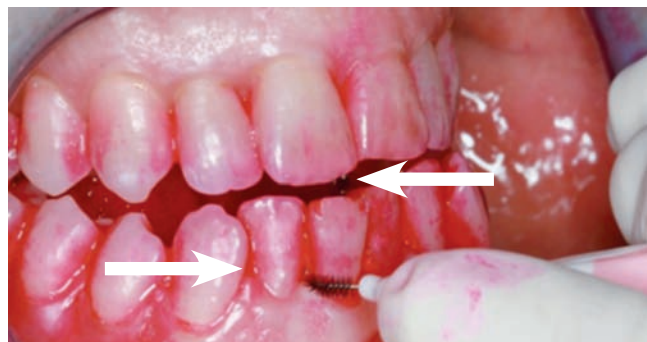


Figura 5. Movimiento mesio-distal.



Figura 6. Ángulos incorrectos del cepillo.

tacto circular dentro del espacio interdental.

Cuando hablamos de superficies nos referimos a caras vestibulares, palatinas o linguales, aunque los puntos de contacto interdental también pueden considerarse como áreas. Los dientes anteriores, por su anatomía menos redondeada poseen una superficie de contacto interproximal con los dientes adyacentes, la cual debemos valorar al recomendar el instrumento de higiene; si son áreas muy extensas los cepillos interdenciales serán complicados de utilizar. La cinta dental será el mejor utensilio para la higiene interproximal en dichas zonas.

Cuando hablamos de distal de los caninos y mesial del primer premolar, tanto superior como inferior, hablamos del punto de contacto interdental con retención de placa, riesgo de caries, gingivitis e incluso, en el peor de los casos, periodontitis; se debe hacer partícipe al paciente de esta anatomía para mejorar su higiene dental. Los puntos de contacto

interproximales de las piezas mencionadas y la curva dentro de la posición en la arcada hace que en numerosas ocasiones sean zonas con poco frotamiento al cepillar. Esta formación de placa es más llamativa en el lateral derecho para los diestros y significativo en piezas 23 y 24 cuando el paciente es zurdo.

Los espacios interdentes tienen forma triangular y están ocupados en estado de salud bucal por las papilas gingivales. La base del triángulo es el hueso alveolar, los lados son las caras proximales y el vértice está en el punto o superficie de contacto; cuanto mayor sea el triángulo más retención de placa tendrá el surco gingival y mayor deberá ser el barrido del mismo. Un cepillo interdental será eficaz para el paciente con espacios interdentes muy extensos.

Al hablar de surco gingival merece la pena destacar que la encía libre o marginal va desde el borde libre de la encía hasta la base del surco gingival, el grosor puede ir de 0,5 a 2 mm rodeando el cuello clínico del diente; el surco en condiciones normales mide unos 2,5 mm de profundidad, el paciente no tiene por qué conocer el grosor de su encía, pero nosotros, como profesionales de la higiene bucodental, debemos estar familiarizados con ello. Cuando el grosor sea más próximo a 0,5 será más fácil que se produzcan retracciones o recesiones por facetas de cepillado y, por el contrario, cuanto más gruesa sea, es decir, cuanto más se acerque al valor 2, será una encía más resistente a cualquier agresión continuada con el cepillado.

En pacientes con zonas de mayor retención de placa sería significativo valorar si es zurdo, diestro o si hace algún movimiento defectuoso, bien por un mal hábito o bien por imposibilidad física.

En ocasiones, la higiene defectuosa se debe simplemente a la dificultad de acceso a la superficie, como en distolingual de los segundos premolares inferiores. El rincón existente por discrepancia en la línea de las caras linguales retiene mucha placa provocando, en ocasiones, periodontitis por no haber insistido o dedicado especial atención. Para mejorar la higiene de estos puntos se debe instruir al paciente en una correcta técnica, colocando el cepillo manual en posición vertical e individualizando el movimiento. Si el cepillo fuera eléctrico con cabezal redondo sin diseños complejos, simplemente con un barrido horizontal o vertical se obtienen resultados significativos.

La raíz forma parte del diente y en su unión a la corona constituye la estructura cervical del diente, la cual condiciona el uso, sobre todo, de los cepillos interdentes, marcando la trayectoria de entrada en el triángulo papilar del diente o molar. Como norma general podemos proponer inclinar levemente el cepillo hacia la arcada inferior al utilizarlo en arcada superior y, por el contrario, inclinar levemente el cepillo hacia la arcada superior cuando lo estemos usando en arcada inferior.

Las ramas ascendentes son anatómicamente condicionantes de la higiene del paciente. La higiene de las caras vestibulares de los segundos y terceros molares superiores siempre queda comprometida. Si entrecerramos la boca y colocamos el cepillo entre los carrillos, liberando la tensión de la rama, el cepillo realiza su cometido sin incomodar al paciente.

Un caballo de batalla es la lengua, músculo que tiene vida propia y con elevada retención de elementos patógenos. Es correcto indicar una limpieza no diaria pero sí frecuente y si los instrumentos pueden resultar irritativos o molestos, por el estímulo nauseoso que despiertan, se puede usar una gasa y que sea el paciente el que sujete la lengua para frotar con la gasa humedecida en antiséptico de uso diario, que puede ser triclosán y xilitol, ambos sin efecto secundario de tinciones.

Si hablamos de las caras oclusales nos fijaremos en la anatomía de las cúspides. Podemos observar cúspides braquiodontes o cúspides bajas poco retentivas y cúspides lipodontes o cúspides altas más retentivas. Cuanto más retentiva sea la cúspide el movimiento será de frotamiento sólo de distal a mesial, de molar a primer premolar sólo de salida de la boca, tanto en arcada superior como inferior, no de entrada y salida. Los molares sin antagonistas son perfectos candidatos para tener una retención de placa oclusal significativa al faltar el movimiento de masticación y salida del bolo alimenticio hacia palatino o lingual y vestibular de los surcos oclusales.

En resumen, para educar a nuestros pacientes en la higiene bucodental debemos conocer los instrumentos existentes en el mercado pero, sobre todo, la anatomía individual, destreza y aptitud del paciente. Es imprescindible educar al paciente en la rentabilidad de los movimientos y la eficacia conseguida, tratando de forma individual a cada paciente en su propia técnica de higiene. ●

BIBLIOGRAFÍA

1. **Perona A, Cundin E, García E, Prado C, Aguirre LA.** Periodoncia y Odontología conservadora: una relación necesaria. Rev Vasca odonto Estomatol 1994; 4(3): 129-47.
2. **Kat S.** Odontología preventiva en acción. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984: 10-58.
3. **Axelsson P.** Preventive materials, Methods and programas. Vol 4 London : Quintessence: 37-102.
4. **Wolf HF, Rateitschak EM, Rateitschak KH.** Fase 1 del tratamiento: higiene interdental. En: Wolf HF, Rateits EM, Rateitschak KH (eds.). Periodoncia. Masson, 3ª ed, 2005: 231-233.
5. **Sanz M, Martínez-Canunt P.** Cepillos eléctricos: diseño, propiedades, ventajas y efectos secundarios. Conclusiones y recomendaciones. En: Sanz M (ed) Primer Workshop Ibérico Control de Placa e Higiene Bucodental. Madrid: Ergon, 2004; 29-30.