

• CambraClínic & Associats

La importancia de tener una boca sana

Los dientes padecen básicamente dos enfermedades: caries y enfermedades periodontales.

En las caries, unos microbios se comen los dientes. Afortunadamente la educación de la población y la utilización del fluor ha conseguido disminuir su número.

En las enfermedades periodontales otros microbios de la misma placa dental inflaman las encías, las despegan de los dientes y destruyen el hueso que soporta los dientes.

Si queremos tener una boca sana y mantenerla así el mayor tiempo posible es necesario acudir periódicamente (cada año o cada seis meses) al dentista para realizar una correcta cesión de exploración bucal ,y pulido de los dientes. Este periodo varía dependiendo de la existencia previa de enfermedad periodontal, de tres a cuatro meses, o de realizar un programa de prevención, de seis o doce meses.



Pero no se consiga con la mal interpretada limpieza de boca que es un termino no odontológico que no consta en nuestro diccionario profesional . Una eliminación periódica indolora de placa dental y cálculos de alrededor de los dientes permite a los pacientes con bocas sanas seguir disfrutando de su salud bucal y a los que han sido tratados por alguna enfermedad dental y/ o de encías a evitar su recaída que le conllevaría la pérdida de sus dientes.

Es mucho mejor acudir periódicamente al dentista a una sesión preventiva y sencilla que esperar a que sean necesarios grandes tratamientos aunque actualmente sean muy eficaces y rápidos. Una boca sana es básica para la salud general de nuestro cuerpo pues es la puerta de comunicación con el exterior y para ello las encías deben estar bien adheridas a los dientes y así no permitir la filtración de bacterias hacia su interior

C A P I

informa

Boletín informativo nº 4, mayo de 2003

• La estética bucal

La estética bucal es muy importante dentro de la estética general de la persona, la boca, como las demás partes del cuerpo, sigue con los años, un proceso de cambios y deterioro que podemos combatir con gran éxito.

Para una correcta estética bucal debemos de disponer de un equilibrio entre dientes , encías y labios.

Los dientes deben completar la arcada (no puede faltar ningún diente aunque sea un molar), y deben tener un color, posición y tamaño adecuados en relación a la persona .

La encías deben ser sonrosadas y tener el perfil y la altura adecuados

Los labios deben enseñar los dientes , mayoritariamente superiores , pero no deben mostrar demasiada encía.

Una armonía entre dientes, encías y labios da un aspecto agradable y natural a nuestra boca que nos permite sonreír con tranquilidad y seguridad..

Pero no hemos de olvidar que la estética bucal tan deseada y trabajada, no es posible sin salud previa. Y la salud se obtiene con una correcto cepillado diario, con visitas periódicas preventivas al dentista, y aplicando las nuevas tecnologías que nos permiten volver a tener dientes como si fueran propios con la colocación de implantes dentales en su correcta posición

BARCELONA

CambraClínic
Ganduxer, 122
08022 Barcelona
Tel. 93 212 10 08

BILBAO

Departamento Periodoncia
Doctor Zabalegui
Albia Clínica Dental
Edificio Albia, 1-12º
48001 Bilbao
Tel. 94 423 16 08

MADRID

Clínica Sanzmar
Hilarión Eslava, 28 bajo A
28015 Madrid
Tel. 91 543 87 95

OVIEDO

Clínica Sicilia
Uría, 5 2º
33003 Oviedo
Tel. 985 25 36 22

www.centroscapi.com



Centros Asociados de
Periodoncia e Implantes

• ¿Es la periodontitis una enfermedad contagiosa?

La periodontitis es una enfermedad infecciosa caracterizada por la pérdida del tejido de soporte alrededor de los dientes.

La periodontitis del adulto es la forma más común de la enfermedad y en nuestro medio afecta a 1 de cada 4 personas entre los 40-60 años. Debido a su frecuente aparición en la población adulta y a su naturaleza crónica, esta enfermedad constituye no solamente un problema importante de salud pública, sino también un problema que requiere tiempo y preocupación al paciente.

Al ser una enfermedad infecciosa, existe la preocupación natural de si los microorganismos infecciosos que la causan pueden transmitirse de unos individuos a otros. Hoy sabemos que estas infecciones periodontales no son producidas por una única especie bacteriana, sino que están causadas por gran número de bacterias que normalmente forman parte de la ecología oral y por lo tanto, su hábitat natural es la cavidad bucal. Estas bacterias solamente causarían patología cuando se encuentran en un número muy elevado, como ocurre en situaciones de higiene deficiente, donde esta excesiva carga bacteriana sobrepasa la capacidad de defensa inmunológica del organismo. Sin embargo, existe un número pequeño de bacterias muy patógenas que causan patología periodontal aunque se encuentren en pequeño número y normalmente no son detectables en pacientes sin enfermedad de las encías. Este pequeño número de bacterias que denominamos patógenos periodontales son los que su transmisión entre pacientes tendrían importancia desde un punto de vista infectivo.



Se han descrito distintas rutas posibles para la transmisión de gérmenes patógenos. El contacto directo se refiere a la transmisión de persona a persona a través de sus mucosas, como ocurre por ejemplo, en las enfermedades de transmisión sexual. El contacto indirecto involucra a objetos inanimados, como gafas u objetos del hogar contaminados con agentes infecciosos. Ninguna de estas rutas se ha demostrado en la periodontitis. Otra ruta de transmisión es el uso de un vehículo común, tal como gotitas de agua u otros fluidos, como la sangre. El agente infeccioso está contenido en las gotitas que llevan los microorganismos viables y se transmiten al hablar, toser o estornudar. Aunque este es el mecanismo con que se transmiten algunas de las más importantes infecciones virales, tal como el sarampión o la influenza, no es probable que sea la ruta de transmisión de los patógenos periodontales, ya que estas bacterias requieren una atmósfera muy pobre en oxígeno y por ello, no sobreviven en el aire expirado. El mecanismo de transmisión de estos patógenos periodontales ocurre fundamentalmente a través de la saliva que puede transportar los agentes infecciosos de un individuo infectado a la boca de otro individuo, pero para que sobrevivan estas bacterias, se requiere un contacto muy cercano y prolongado, que solo se produce en pacientes que conviven muy íntimamente, tales como entre esposos o entre padres e hijos. Recientemente se han realizado diversos estudios donde se ha demostrado este patrón de transmisión de bacterias periodontales entre parejas. En el estudio más importante realizado en Finlandia, se seleccionaron 20 parejas casadas desde hace más de 10 años, de las que en 10 uno de los cónyuges tenía periodontitis, mientras que las otras 10 ambas estaban sanas y se siguieron durante un periodo de 6 meses. Se demostró que los cónyuges de los pacientes con periodontitis mostraban un estado periodontal peor que el que presentaban los cónyuges de los sujetos periodontalmente sanos. Además los cónyuges mayor número de las especies bacterianas periodontales, tanto en la encía como en la saliva, que los cónyuges de pacientes sanos. Mediante estudios utilizando técnicas de biología molecular se pudo tipificar las bacterias halladas y se demostraron exactamente las mismas especies bacterianas en las muestras de los cónyuges de los pacientes periodontales que en sus parejas. Estos resultados demuestran que las bacterias periodontales se pueden transmitir entre esposos, utilizando la saliva como vehículo fundamental de transmisión. Igualmente se demuestra que las condiciones periodontales de un sujeto pueden afectar a las de su cónyuge. Similares patrones de transmisión se han demostrado entre padres e hijos.

Estas posibilidades de contagio de la periodontitis entre padres e hijos y en la pareja justifican la revisión rutinaria de las parejas de los pacientes periodontales y la recomendación de tener una especial precaución con sus hijos, cuando los padres padecen enfermedad periodontal avanzada.

• Carga inmediata inferior

CARGA INMEDIATA INFERIOR

Tenemos buenas noticias para nuestros pacientes portadores de prótesis removibles inferiores. Los últimos datos transmitidos a la comunidad científica respecto al tratamiento con implantes en la mandíbula, indican que el porcentaje de éxito tras la colocación inmediata de la prótesis es comparable al protocolo habitual. Esto significa que si en el pasado, había que esperar obligatoriamente entre tres y cuatro meses antes de la colocación de la prótesis sobre implantes, en la actualidad este período se puede acortar a unos pocos días.

Los pacientes que quieran optar a esta modalidad de tratamiento con éxito deben reunir una serie de requisitos:

1. Necesitar una "arcada completa", es decir todos los dientes de la parte inferior, de forma que se pueda conseguir el fenómeno conocido como "ferulización de arcada". Esto significa que la distribución y número de implantes sea suficiente (no menos de 5 en términos generales) como para dar una buena estabilidad tridimensional a la prótesis en ambos lados (derecha e izquierda) de la boca. De momento, no hay suficientes datos como para que sea recomendable esta opción de prótesis inmediata para tramos cortos o lo que se conoce como "puentes fijos" por lo que este procedimiento en desdentados parciales sólo debe hacerse en casos seleccionados que deben ser considerados como "experimentales".
2. Disponer de una calidad de hueso adecuada. Esta característica es sólo apreciable durante la colocación de los implantes. Es por ello por lo que en todos los casos hay que estar preparados para cambiar al protocolo habitual de carga diferida tras la osteointegración a los 3 meses. Por ello también siempre tendremos preparada una prótesis provisional que pueda utilizarse en el hipotético caso en que haya que adaptarse al protocolo habitual.
3. Colocar la prótesis fija en los primeros 15 días tras la intervención. Este intervalo de tiempo viene dado por el hecho de que la cicatrización de la mandíbula tiene al menos tres fases bien diferenciadas:
 - Cicatrización inicial: apenas ocurren cambios en la interfase hueso-implante. Dura unas dos semanas.
 - Periodo de remodelación ósea: dura desde la segunda a la sexta semana. En esta fase ocurren cambios intensos en la interfase hueso implante y es el período crítico de la osteointegración. Su éxito se va a establecer en esta fase. Es la fase en la que no hay que "tocar" la prótesis ni los implantes, aunque se puede hacer una función masticatoria normal.

- Fase de maduración ósea: desde la sexta semana en adelante y durante toda la vida. Es el proceso en el que el hueso va adquiriendo mayor consistencia y "dureza" con el paso del tiempo. A partir del tercer o cuarto mes, se puede considerar en la mayor parte de los pacientes una maduración adecuada, por lo que se pueden empezar a introducir aquellos cambios o modificaciones en la prótesis que el paciente o su dentista considere necesarios para una óptima función y estética.

A estos condicionantes hay que añadirles las condiciones generales de salud oral y general que permitan un tratamiento de estas características. Y una recomendación: aunque los periodos de tiempo de tratamiento afortunadamente se van acortando, en ocasiones hay que tener paciencia ya que no por mucho madrugar, amanece más temprano.

• Noticias

REUNIÓN ANUAL CENTROS DE PERIODONCIA E IMPLANTES (C.A.P.I.) EN OVIEDO.

En la línea de fomentar la calidad de la atención médica en nuestros centros trabajando desde la innovación tecnológica y la formación del equipo humano, CAPI celebró en Oviedo su reunión nacional anual. Más de 70 integrantes de nuestros equipos asistieron a las jornadas, en las que, desde el punto de vista tecnológico, se presentaron los nuevos sistemas de diagnóstico digital, sondaje electrónico y almacenamiento de imágenes médicas. En el área médica se revisaron y actualizaron nuestros protocolos de calidad de sistemas de exploración, las técnicas de blanqueamiento y finalmente se impartió un seminario de atención al paciente a cargo del psicólogo D. Antonio Blanco, que fue seguido con gran interés.

