

MASAJE GINGIVO DENTARIO

21.1 - UBICACION

El Mg es el primer y más económico de los tratamientos en paradencioterapia. Su ubicación por ende corresponde a la primera etapa del tratamiento. Es decir, se deba hacer diagnóstico semiológico, etiopatogénico, pronóstico y plan de tratamiento antes. Es lo correcto, científicamente hablando. Pero es indudable que cualquier persona adiestrada, pueda enseñarlo empíricamente a otras personas. Esto es necesario y deseable.

21.1.1 - PREVENCION. Niños, adolescentes y adultos.

En general los niños menores de doce años no tienen paradencias con resorción ósea, tampoco tienen sarro o muy poco. En ellos pueden existir paradencias inflamatorias solo de tejidos blandos, es decir gingivitis. Gran cantidad de placa dental. Esta está compuesta en gran parte por microbios con la consiguiente carga enzimática (1,2,3). En los adolescentes el cuadro de gingivitis simple se empieza a complicar. No es raro, en jovencitos desde los trece años en adelante que siempre tuvieron paradencias (gingivitis) encontrarse con resorciones óseas radiográficamente detectables, es decir, paradentitis superficial, en la mayoría de los casos. Lo antedicho para los adolescentes no afirma que la mayoría padecan paradencias. En general, antes de los veinte años el estado de buena salud general y oral se mantiene, en jóvenes bien alimentados. No sucede

4.689

lo mismo en zonas de hambre donde las paradenciopatías son graves antes de los veinte años y donde el promedio de vida es bajo.

En los adultos mayores de veinte años el promedio de paradenciopatías aumenta. La diferencia en países bien alimentados y países con hambre crónica es la edad. (4, 5, 6, 7).

Se ha estudiado mucho sobre la etiología y patogenia de la destrucción del hueso alveolar por paradenciopatía y se conoce bastante. No se conoce tanto sobre los tratamientos. Estos en general son locales.

La Organización Mundial de la Salud recomienda uno -- que da resultados satisfactorios y que se puede usar a nivel mundial con relativa facilidad: el cepillado gingivodental como mecanismo terapéutico capaz de atenuar y disminuir una noxa siempre presente desde que aparece el primer diente; los microbios, que actúan cuando el momento biológico es favorable iniciando la alteración del paradigma de inserción dentaria.

A nivel preventivo, para todos, es necesario por su eficiencia bien conocida, el cepillado gingivodental.

21.1.2 - PREOPERATORIO

Antes de cualquier intervención quirúrgica oral, que no sea urgente, es necesario disminuir la cantidad de microbios. Entonces las secuencias son: masajes gingivodentarios, detartraje, control del masaje.

Los postoperatorios de técnicas quirúrgicas paradentales son más tolerables cuando se realizan en una boca limpia. Es axiomático.

21.1.3 - POSTOPERATORIO

De acuerdo al tipo de cirugía el MG tendrá indicaciones precisas, en el tiempo y formas de hacerlo.

21.1.3.1 - TECNICA DE RASPADO RADICULAR SUEGINGIVAL

En este tipo de técnicas quirúrgicas denominadas a veces conservadoras la excrecencia de tejidos blandos prácticamente es insignificante o no existe en cantidades significativas que impliquen heridas muy cruentas.

Los primeros cinco a siete días después de la intervención sólo se prescribirá masaje digital en la zona intervenida con los medicamentos que se indique en cada caso, tres veces por día, dos minutos cada vez. Siempre de acuerdo con las características sicofísicas del enfermo - se iniciará el masaje con el cepillo después de esta etapa. Algunos pacientes sienten más dolor y/o le dan más importancia que otros a la intervención. Muchas veces -- puede ser de utilidad y necesario el uso de un cepillo -- blando unos cuantos días antes de pasar a uno duro y al masaje interdentario con el estimulador. Es decir, a los dieciocho o veinte días después de la intervención el enfermo deberá estar usando el masaje con la misma energía que en las zonas no intervenidas.

21.1.3.2 - GINGIVECTOMIA CON RASPADO RADICULAR

Según la zona intervenida y la superficie cruenta - expuesta serán las indicaciones del masaje. Los siete días siguientes a la intervención con la herida cementada, se indicarán sólo enjuagatorios. Los siete días siguientes a la eliminación del cemento, lo mismo más un suave masaje con algodón y agua oxigenada, 5 vol., por ejemplo. A los quince días después de la intervención el enfermo iniciará el masaje digital y con el estimulador interdentario suavemente y aun con relativa energía en cualquier zo

na intervenida; menos en palatino, y, menos aun en zonas molares. En esa zona, si el corte ha sido con la obliguidad necesaria para dejar un modelado adecuado de la encía, la superficie cruenta expuesta suele ser muy extensa. En muchos casos quince días después de la intervención se puede indicar un cepillo bien blando y grande. Al mes aproximadamente después de la intervención, a veces a los cuarenta y cinco días, es posible masajear la zona palatina intervenida, enérgicamente con el dedo, estimulador de goma y con un cepillo blando y aun de media dureza. Al mes el resto de la boca puede casi siempre masajearse con un cepillo duro siempre que el enfermo haya seguido bien las indicaciones.

En suma, alrededor de cuarenta y cinco días después de la intervención, aun en las zonas más sensibles el enfermo debe estar usando enérgicamente todos los elementos del masaje. En ese momento podría ser dado de alta previo control de placa dental con solución colorante. - El alta será por seis meses a un año, cuando deberá volver a controlarse cuidadosamente.

21. 2 - CONCEPTOS A EXPLICAR AL ENFERMO DE PARADENCIO-PATIA.

El masaje gingivodentario, preventivo y aun curativo aparentemente es relativamente fácil de enseñar y aprender. Pero es distinto, y, en general el ser humano resiste los cambios. La costumbre, el hábito, muy arraigado, es el de cepillarse la corona de los dientes algunos segundos, treinta o cuarenta en el mejor de los casos. Cuando el enfermo se entera que al principio, al iniciar la terapia debe demorar muchos minutos se resiste, no entiende la razón, el fundamento de ello.

Es necesario motivar al paciente. En varias sesiones. La primera debe ser en lo posible impactante. En la práctica la mayoría de los que se quieren curar apren

den bien en tres o cuatro sesiones.

En esta descripción de la técnica etc. los conceptos y fundamentos que estudiaremos, están pensados, dirigidos a un paciente, por lo tanto se seguirán las secuencias lógicas que se dan en la vida real de un consultorio, es decir, lineamientos de comportamiento profesional. Las variaciones que es necesario señalar son las de adaptación del lenguaje a cada enfermo. La cultura general del que enseña y del que aprende, puede ayudar, aunque se procederá como regla de conducta a seguir, como si el paciente en ningún caso supiera nada. Es decir partir siempre de cero. Usaremos desde ahora un lenguaje connotativo. - ¿Cómo explicar al enfermo que nada sabe de ciencias morfológicas y fisiológicas normales y patológicas, que nada sabe de bioquímica, microbiología, etc... lo que es -- piorrea, nombre popular de las paradeciopatías? Es indudable que nadie puede explicar lo que no sabe. Por lo tanto cuanto más sepamos de las ciencias antedichas mejor enseñaremos. Por ello cuando el docente interroga al enfermo sobre la forma en que realiza su fisioterapia oral está valorando indirectamente los conocimientos del que lo adiestró, enseñó. En el paciente se refleja el conocimiento de quien lo atiende.

El enfermo quiere saber que es la piorrea; porqué - él tiene piorrea, etiología, si se curará, si es contagiosa, y otras preguntas.

Las preguntas del público a los profesionales comprenden el programa total de la asignatura en los dos años. Muchas veces están cargadas de irracionalismo, de pensamiento mágico, al que no es posible contestar aunque en la mayoría de los casos se aclaren las dudas bien.

21.2.1 - QUE ES LA PIORREA ?

La mayoría de la gente tiene un conocimiento empíri

co de que la piorrea es una enfermedad de los tejidos blandos. Esto es comprobado fácilmente, pues cuando se avisa por prensa o radio pidiendo pacientes, nadie hace el diagnóstico y los enfermos concurren a FG. Es decir ellos se autodiagnosticaron.

Debemos aclararle al paciente que las paradenciotías son muchas, y que la piorrea es una muy frecuente, que esa palabra quiere decir corre pus y que ello es cierto. El pus sale de la bolsa patológica, hay que mostrarle una, explorándola. Todas las paradenciotías en última instancia destruyen el hueso de los maxilares alrededor de los dientes, hasta que estos se aflojan y se caen. Explicar bien que no es una afección alterativa solo de los tejidos blandos. Muchas encías hinchadas y sangrantes al menor contacto, aun aparentemente con hemorragia espontánea, cubren un hueso sano y con escasa destrucción. En cambio otros casos con o sin inflamación o con muy poca, tienen grandísimas resorciones óseas.

Hay que explicarle con claridad, que encía que sangre indica siempre piorrea. Puede estar edematizada, hinchada, aumentada de volumen, a veces duele al comer por em paquetamientos alimentarios. Los dientes pueden moverse, o tras veces cambian de posición lentamente, o quedan aparentemente más largos (ACC) en este caso no es que la encía se corrió hacia abajo o arriba sino que desapareció el hueso subyacente. Mostrar que la encía está "despegada" del diente, blanda y/o depresible, enrojecida, que a veces duele (no al calor o al frío) etc.. Es decir, en lenguaje sencillo explicar la semiología del paradencio de inserción dentaria, de resorción ósea y de alteración del paradencio profundo. Cuando hay radiografías mostrarle lo que es la pérdida de hueso. En general todos los enfermos entienden que la piorrea destruye el hueso y comprende la semiología.

21.2.2 - PORQUE TENGO PIORREA?

Desgraciadamente, aun ahora, esta pregunta es contes

tada como que no se conocen las causas y muchas veces se agrega que "el que tenga piorrea se saque los dientes". - Los profesionales que así proceden hacen mal al enfermo, a sí mismo y a la profesión. Tres mil años antes de Cristo ya se hacían tratamientos paradenciales (8). Actualmente en un mundo cada vez más tecnificado no se debe ignorar por lo menos las cosas más grandes, inclusive de conocimiento popular. Un técnico debe conocer lo relacionado con su profesión.

La pregunta es fácil de contestar sin mayores titubecos. Con ejemplos simples se hablará de las causas generales y locales antes de tratar lo que nos interesa aquí: microbios. Carencias de vitamina C y muerte por escorbuto, pero antes se caen los dientes. Falta de proteínas - (3,9) y efectos parecidos a los de la carencia de a. ascorbico y además resorción ósea antes de los 17 años (4, 7) el promedio de vida en esas regiones también es bajo. Falta de ingesta cárnicia, hiperparatiroidismo secundario, y pérdida ósea primero en maxilar superior (19). Así se podría seguir hablando de causas generales, pero el enfermo se conforma con un gran ejemplo. Explicar alguna causa local como la articulación traumatógena y el daño que el exceso de carga produce. El bruxismo. Morder pipa, lápices, etc., existen muchos ejemplos fáciles de dar y comprendibles para cualquier persona, aun sin cultura ninguna. Aun dominada por el curanderismo, la magia y lo irracional.

Nos interesa recalcar en esta educación al enfermo - el factor etiológico que se puede combatir **eficazmente** con el MG. Los microbios y sus temibles secuelas.

Mostrar lo que es la placa dental (algodón con fucsina básica). Decirle que la mayor parte de esa placa son microbios. Doscientos mil millones a un billón por gramo. Hacerle ver que esta placa dental sale con un algodón y mejor aun con masaje. Explicarle que produce también caries.

Estos microbios que siempre están en la boca, cuando el organismo bája sus defensas, gripes, resfrios, fiebres altas y aun, cambios importantes que impliquen algo parecido, tales tensiones nerviosas, cansancio, premenstruo a veces, embarazo a veces, exceso de comida y bebida, etc. -- pueden, no siempre, atacar la encía aunque hasta ese momento haya permanecido sana. Aclarar que después de instalada la lesión, bolsa patológica, no retrocede sola casi nunca. Un ejemplo sencillo le aclara al enfermo el panorama: si comparamos al epitelio con un piso de baldosas y le decimos que algunos microbios destruyen el cemento que une una baldosa con otra, que otros se introducen más profundamente y destruyen el tejido conjuntivo, lo disuelven y que finalmente se instala la infección, pus, y destruye el hueso alveolar. Explicar que una persona con piorrea clásica con todos los dientes traga litros de pus al año. Además los microbios pueden pasar a la sangre y producir lesiones a distancia. Decirle que el pus en su mayor parte son globulos blancos de la sangre, muertos en su lucha contra la infección.

Aclarar que el arrastre mecánico hecho por el MG y el estímulo que significa para los tejidos (conjuntivo, epitelio, hueso, etc.) no curan totalmente los casos avanzados con bolsa patológicas muy profundas etc. Pero insistir que se elimina algo así como el nueve mil novecientos noventa y nueve por diez mil. Que se reproducen cada poco tiempo, que por eso es necesario el MG antes de acostarse por la noche, que es cuando la boca está más quieta sin secreción salival que los arrastre, etc.

Es necesario insistir cada vez que se controla al enfermo; mostrándole, fucsina mediante, la placa dental y cómo es fácil eliminarla. La prevención, el mantenimiento -- después de extensos tratamientos dependerá de la capacidad del profesional para enseñar y motivar a su enfermo. No olvidar: los tratamientos de las paradencioseas son hechos por el asistente y el paciente. El pronóstico es oscuro si uno de ellos falla.

Pronóstico. El enfermo pregunta si le durarán los dientes y si vale la pena el tratamiento. Frente a ello hay dos respuestas a saber: una que implica un diagnóstico apriorístico. Hay casos que son evidentes. No hay que hacerle perder tiempo ni dinero y explicarle que debe sacarse todos los dientes y hacerse completas. En caso contrario explicar las posibilidades reales, no hacerle concebir falsas esperanzas. Aclarar que el tratamiento puede ser largo y a veces necesitar complementación - de endodoncia, operatoria dental, prótesis, etc.

Explicar bien el plan de tratamiento. Qué hace el odontólogo, qué hace el paciente. Las etapas y aun las secuencias que se sucederán a veces de acuerdo con la evolución, y no siempre matemáticamente, según el plan -- preestablecido de acuerdo al caso.

21.3 - MASAJE GINGIVODENTARIO. TECNICA

Es necesario insistir que el MG es relativamente - simple desde el punto de vista práctico. Tan elemental que parecería casi una pérdida de tiempo absurda dedicar más de dos o tres páginas al tema. Porqué, entonces esta preocupación de exponer con cierto detalle todo el proceso ?

La primer contestación es que gran cantidad de paradencios no se iniciarián o tendrían un desarrollo lentísimo. Otro tanto puede decirse de curaciones de pequeñas inflamaciones y del mantenimiento después de tratamientos complejos. Sin MG es difícil prevenir y desde luego no curaríamos ni mantendríamos un paradencio sano después de los tratamientos quirúrgicos.

En segundo lugar es necesario que el profesional - conozca y esté convencido para poder motivar al enfermo y esto en general todavía no es bien comprendido por muchos. Es necesario hacer un parentesis. En la enseñanza los docentes informan al no graduado. Ello no es -

conocer. En general los conceptos no son elaborados, re-creados con cierta originalidad por el que los recibe ya digeridos. Mientras no se participa del proceso creador no se conoce el concepto. Adquirimos opiniones pero no convicciones. Solo de la convicción que da el conocimiento nace la capacidad de motivar al enfermo aunque más no sea parcialmente, pero siempre con objetividad. Sin entrar a profundizar en el tema es posible afirmar que convencer al paciente es la parte más difícil del tratamiento. Motivación, enseñanza técnica correcta, paciente medio curado.

21.3.1 - MASAJE DIGITAL

Como su nombre lo indica se hace con la yema del dedo en la unión diente encía por vestibular, lingual, distal de los últimos dientes y en espacios desdentados. Se hará dos minutos por lo menos, enérgicamente, una vez por día. Se puede hacer con dentífrico y otros medicamentos. Al paciente se le enseña primero en un modelo y después en él mismo ante un espejo.

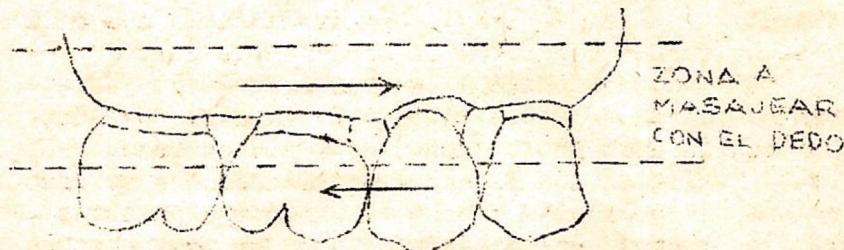


Fig. 1

21.3.2 - MASAJE CON UN CEPILLO DENTAL

La elección del cepillo depende de la morfología de la cavidad oral del paciente en ese momento. Muchas veces es necesario indicar primero masaje digital varios días, cinco o seis, antes de iniciar el masaje con un cepillo bien blando y grande. Lo que limitará el uso energético del masaje con todos los medios será el dolor. Hay que señalarle al enfermo que debe aguantar ligeros dolores, pero sin exagerar, no siempre "lo que arde cura y lo que aprieta asegura" según el dicho popular. En muchos casos se prescribirá ya en la primera vez un cepillo duro, chico o mediano, manejado enérgicamente.

La enseñanza al enfermo debe hacerse siempre sobre un modelo, se indicará bien la zona a masajear. Toma del cepillo, giros de muñeca y posiciones del brazo.

Toma del cepillo. Será firme, como se empuña normalmente un cuchillo, agarrando dos tercios del mango por lo menos. No se admitirá la toma en la picera ni la palmar. Esta enseñanza deberá ser eminentemente práctica. Su descripción sería tediosa. Se complementará este trabajo con un álbum.

Todas las técnicas de masaje gingivodental con cepillo dan buenos resultados. Las de movimientos cortos, Charters, Stillman, Mazzoni son las más efectivas. No existen preferencias en ésta clínica por ninguna. Las descriptas en cualquier texto de parodontología es buena. Al adaptar la de Stillman con pequeñas modificaciones se tuvo en cuenta solo lo económico y social. En otras palabras, un cepillo de dientes dura más tiempo a un enfermo de modestísimos medios económicos. (Textos)

Al enfermo le enseñaremos, posteriormente a la demostración sobre modelo, en su propia boca. Debe estarse mirando en un espejo. Explicar que siempre debe hacerse mirando en un espejo y nunca al tanteo. Que primero debe do

minar la técnica, que los primeros días lleva mucho tiempo. Boca completa, alrededor de veinte minutos. Que después que domine la técnica demorará alrededor de tres minutos si la técnica está bien hecha. Si la hace en menos tiempo está mal. Que debe hacerla bien por lo menos una vez por día, antes de acostarse por las noches, porque es el lapso durante el cual los microbios se reproducen más veces. Eso explica porque de mañana se tiene tanto mal gusto. Una forma de saber que se está haciendo bien es la disminución o desaparición del mal gusto días después de iniciar el masaje.

Se podría describir la técnica por sus posiciones y movimientos.

Primera-posición, colocación del cepillo paralelo a la arcada dentaria. Fig. 2. Los manojo de fibras están apoyados sobre la encía. Desde esa posición se hace un movimiento de giro que coloca a las fibras en una angulación aproximadamente de cuarenta y cinco grados con relación al eje mayor del diente. Fig. 3.

En la posición tres, Figs. 3-4-5-9-10-11-13-14- con los penachos de fibras firmemente apretados contra la encía y el diente, hasta hacer ~~isquemia~~, se hace un movimiento vibratorio, o ligerísimamente circular, siempre apretando, manteniendo la ~~isquemia~~ y retirando el cepillo con un movimiento de barrido hacia oclusión o incisal. En teoría, y hay que procurar que en la práctica también, las fibras de nylon de los penachos no se desplacen de su lugar o lo hagan lo mínimo posible, uno a dos milímetros. En otras palabras, no olvidar que este masaje con el cepillo es de movimientos cortos, restringidos. No habrán grandes desplazamientos verticales u horizontales. Si ello sucedé las heridas que se producen son dolorosas por varios días, cuatro o cinco.

La posición dos y el movimiento, *in situ*, se repetirá en cada lugar desde tres veces, al principio, con en-

cía blanda y sensible hasta siete o más cuando haya adquirido las características de dureza y resistencia suficientes.

Se advertirá al enfermo que la energía necesaria va ligeramente más allá del dolor, pero sin exagerar.

Cuando se produzcan heridas, esto es frecuente los primeros días, el paciente no masajeará, con el cepillo - pero sí con el dedo y con el estimulador, que son tolerables hasta que las pequeñas heridas curen, lo que sucede en 3 o 4 días.

En las figuras 6 y 7 se muestran malas posiciones - que al cepillarse adoptan los pacientes. Son las que más frecuentemente provocan heridas.

21.3.3 - MASAJE INTERDENTARIO

Cuando existe una pérdida de paradencio, que deja - un espacio entre los dientes y aun entre las raíces de un mismo diente, que permite la introducción de una punta cónica, se realizará un masaje en la zona.

Las puntas para hacer el masaje gingivodental puden ser de goma, plástico o madera blanda.

En todos los espacios donde es posible hacer un estímulo se hará tanto por vestibular como por lingual. No sería necesario que la punta pase de un lado a otro. Es suficiente con que llegue al punto de contacto.

La posición será siempre angular desde apical a incisal u oclusal. No debe ser perpendicular al eje mayor del diente y menos aun con inclinación de incisal u oclusal hacia apical.

En la figura 15 se muestra un esquema, con espacios interdentarios a los cuales es necesario masajear para es-

timular y limpiar. En la figura 16 se muestran distintas angulaciones correctas. En la 17 incorrectas.

Cuando el espacio interdentario o interradicular esté lleno por una papila y un puente bien adheridos no se deberá indicar estímulo interradicular a presión pues en esos casos con el masaje digital y con el cepillo es suficiente.

21.3.4 - SECUENCIAS PRACTICAS

Boca con todos los dientes y con espacios interdentarios. Los primeros siete días hará el masaje una vez por día, antes de acostarse, de noche. Horas de menor flujo salival y de mayor acumulación microbiana. Podrá usar un cepillo blando si la encía es muy delicada, dolorosa o el enfermo demuestra muy poca manualidad.

Masaje digital con dentífrico durante dos minutos. El masaje con el cepillo, se hará tres a cinco veces en cada posición de las indicadas (ver figuras) el tiempo empleado esos días en los cuales el paciente está aprendiendo la técnica es bastante largo, alrededor de 20 minutos, cuando domina bien la técnica demora alrededor de dos a tres minutos aun masajeando hasta siete veces en cada posición. El masaje interradicular aun a los más inexperientes les lleva poco, dos minutos los primeros días. Los tres masajes en una persona que los hace bien no llevan más de cuatro o cinco minutos.

A los siete días se controla: placa dental con fucsina básica, toma del cepillo, posiciones de la muñeca y del brazo y del cepillo sobre encía y diente según los los cuatro tiempos o posiciones. Se demuestra una vez más que la placa dental se elimina con el masaje. Se controlan posiciones del estimulador.

Si es necesario se explicará todo nuevamente con paciencia. Hay que hacerle entender que sin correctísimo masajeo no habrá curación posible. Los que no se cepillan y no tienen piorrea son las excepciones que confirman la regla inversa; FALTA DE HIGIENE ORAL: más paradendopatías, y más graves. Los mejores tratamientos paradenciales fracasan con el tiempo cuando el asistente no ha sabido enseñar, adiestrar, motivar a su paciente. Se hace constar expresamente la importancia de este concepto: MOTIVACION DEL ENFERMO PARA QUE HAGA EL MASAJE GINGIVODENTARIO CORRECTAMENTE EL NUMERO DE VECES INDICADO POR DIA.

Durante el día masajeará, después de cada comida, sólo con cepillo dos/tres en cada posición. No olvidar que la placa dental se forma totalmente en menos de seis horas.

B I B L I O G R A F I A

1 Socransky, S. S., The oral microbiota of man from birth to senility. H. of P. 485, 1971

2 Hershon, L.E., Elaboration of Hyaluronidase and Chondroitin Sulfatase by Microorganisms Inhabiting the Gingival Sulcus: Evaluation of a Screening Method for Periodontal Disease. J. of P. 34-36, 1971.

3 Sarda, O., et al; Human dental plaque. A histochemical evaluation. J. of P. 80-91, 1971.

4 Day, C.D. Marshall-, and Shourie, K.L., a roentgeno graphic study of periodontal disease in India. JADA 572; 1949.

5 Black, A.A., Roentgenographic studies of tissues involved in chronic mouth infections. D. Summary 924; 1918.

6 Day, C.D. et al., Periodontal disease; prevalence and incidence. J. of P. 185; 1955.

7 Held, A. J.: Estudio radiográfico paradencial en Irán. Parodontología VI. 159. 1967.

8 Glickman, I.; Clinical periodontology. 1972 W.B. -- Saunders Company.

9 Stahl, S. S.; et al: The effects of protein deprivation upon the oral tissues of the rat and particularly upon the periodontal structures under irrigation. O.O.O. 760: 1955

10 Erikson, P.; Periodontal disease and calcium deficiency, and experimental study in dog. Acta Odont. Escand. 26: sup. 50:1; 1968.

Textos que se pueden consultar sobre distintas técnicas:

PUCCI, Fco.: El paradencio, Ed. Barreiro.

HELD, A. J. y CHAPUT, A.: Las parodontolisis.

Ed. Mundi Bs.As.

HILLER, S.: Tratado de periodoncia. Ed. Labor. Argentina.

ORBAN, B. Periodoncia. Ed. Interamericana.

GLICKMAN, I.: Periodontología clínica. Ed. Mundi (cualquier año).

LEYENDAS CORRESPONDIENTES

A CADA FIGURA

Fig. 2 - La posición del cepillo es paralela a la ar-
cada dentaria.

Fig. 3 - Angulación del cepillo. Los penachos de fi-
bras quedan con un ángulo de aproximadamente 45 grados con
relación al eje mayor del diente.

Fig. 4-5 - Posición de los penachos en relación con -
el paradencio de inserción dentaria y el diente. Lo indi-
cado con las flechas grandes en la fig. 3 se ve aquí mejor;
las fibras penetran algo en la bolsa y en el espacio inter-
dentario por debajo y encima del punto de contacto.

Fig. 6-7 - Frecuente malposición en vestibular de mo-
lares superiores. En la figura 7 se representa también o-
tra malposición vestibular a la altura de molares inferio-
res. Estas malposiciones suelen provocar en algunas perso-
nas que se masajean con mucha energía, pequeñas heridas --
muy dolorosas.

Fig. 8-9-10 - Posiciones correctas para zonas vestibu-
lares de molares superiores.

Fig. 11 - Buena posición para vestibular de incisivos
y caninos.

Fig. 12 - En algunos casos es necesario usar el cepillo en la forma indicada: por ejemplo en dientes angulares como los caninos, apiñados, distal de terceros molares, de segundo cuando falten aquellos, en dientes aislados y en los incisivos, tanto inferiores como superiores, cuando los arcos dentarios son angostos.

Fig. 13 - Posición adecuada para incisivos superiores e inferiores por lingual siempre que el tamaño del cepillo lo permita.

Fig. 14 - Buena posición del cepillo para molares superiores por lingual. Cuando el que cepilla se mira en un espejo si la posición es buena el mango del cepillo aparece a la altura de los 1/1, y más comúnmente al del lado contrario al que se cepilla. Es una zona difícil.

Las flechas pequeñas dibujadas en algunas figuras indican que el movimiento debe hacerse muy circunscripto, corto, de uno o dos milímetros en todas las direcciones.

* * * * *

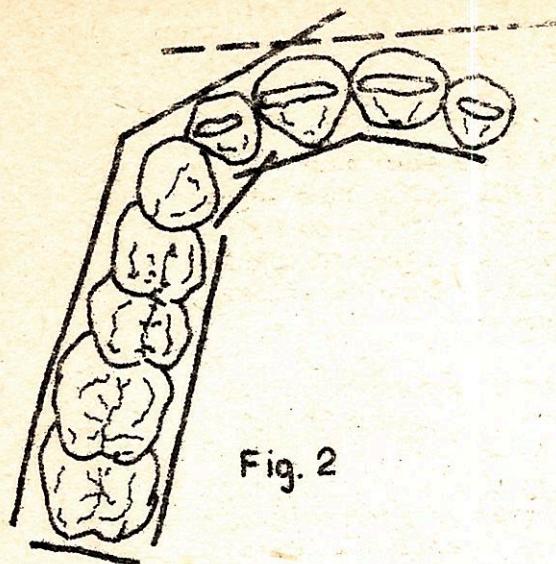


Fig. 2

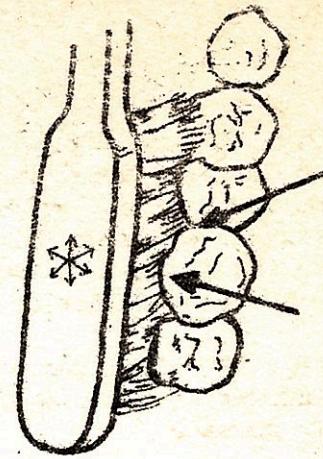


Fig. 3

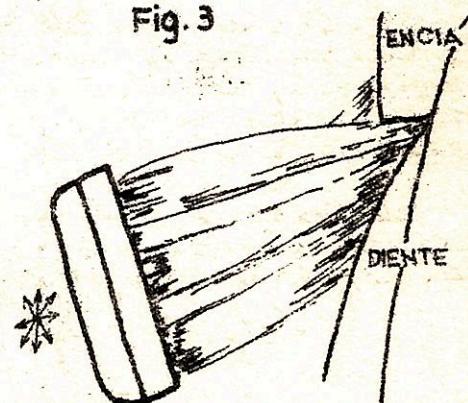
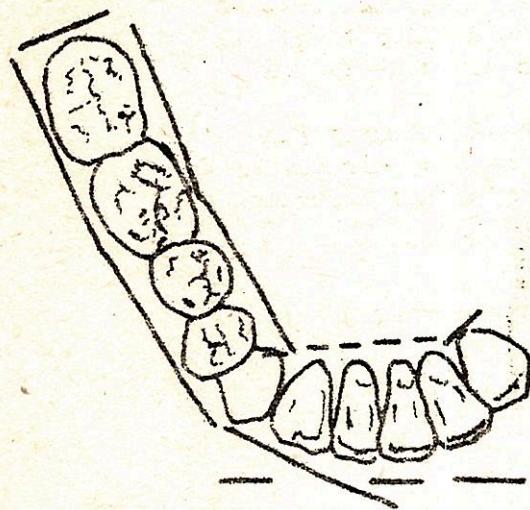


Fig. 4

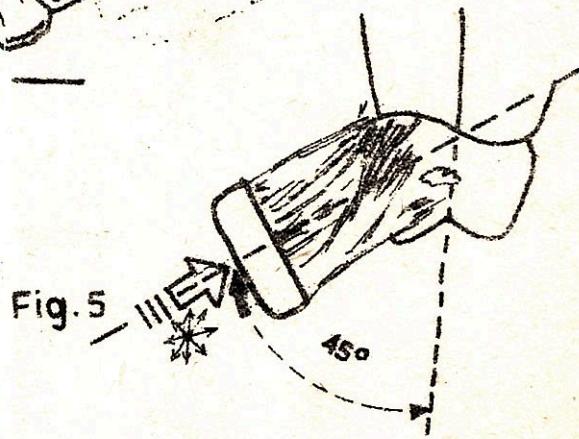


Fig. 5

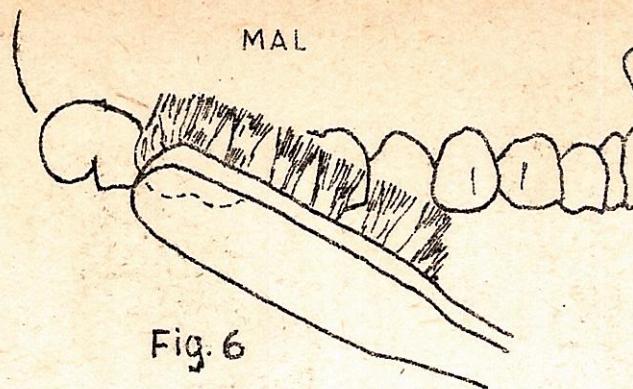


Fig. 6

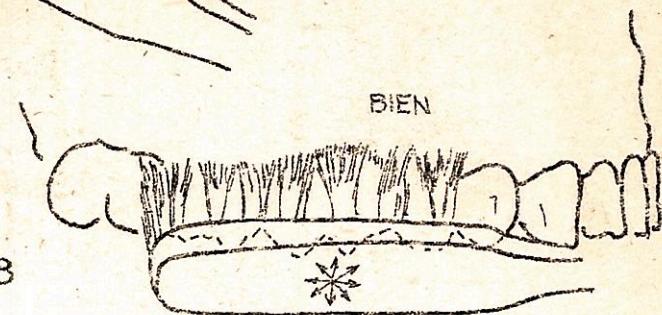


Fig. 8

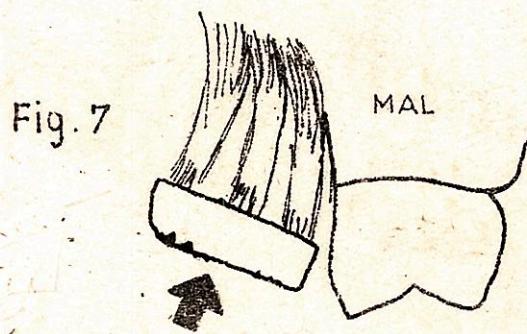


Fig. 7

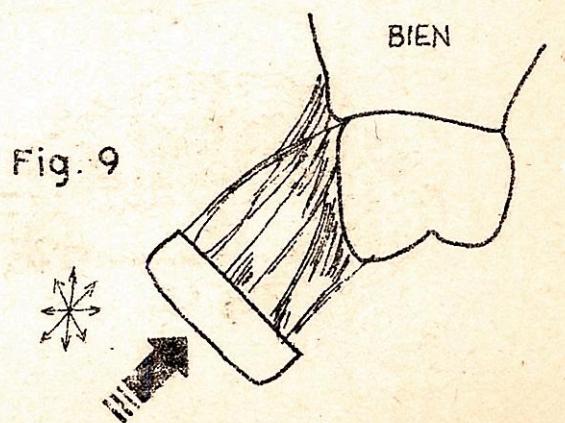
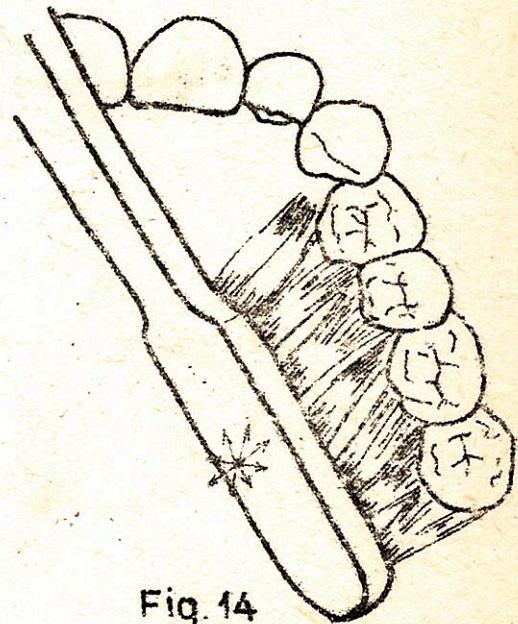
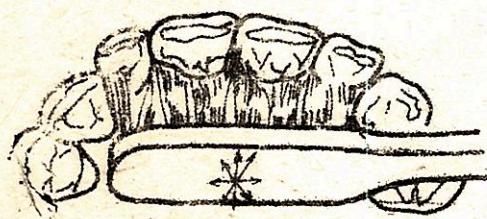
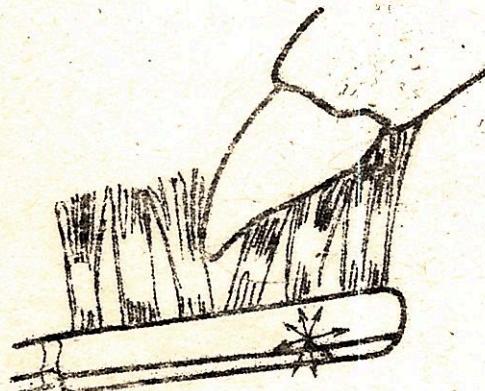
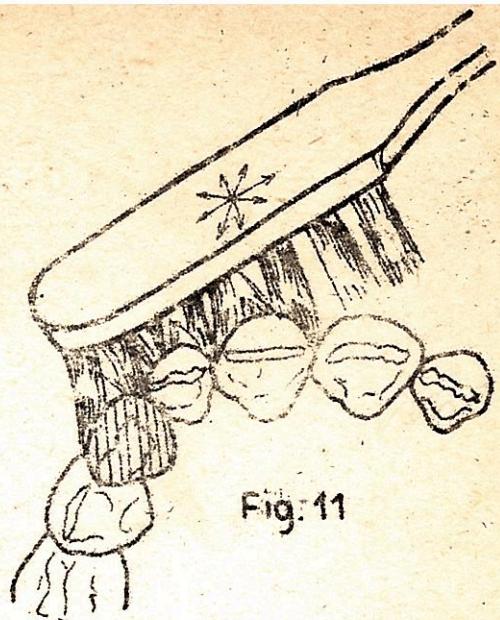
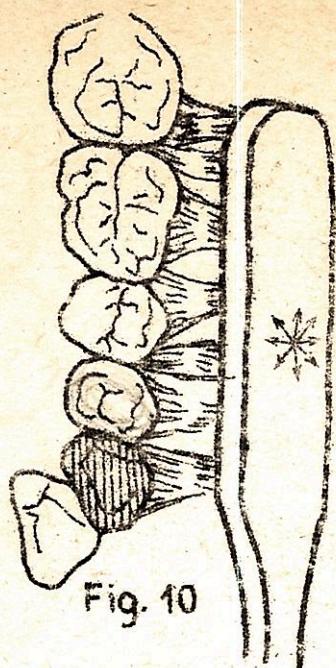


Fig. 9



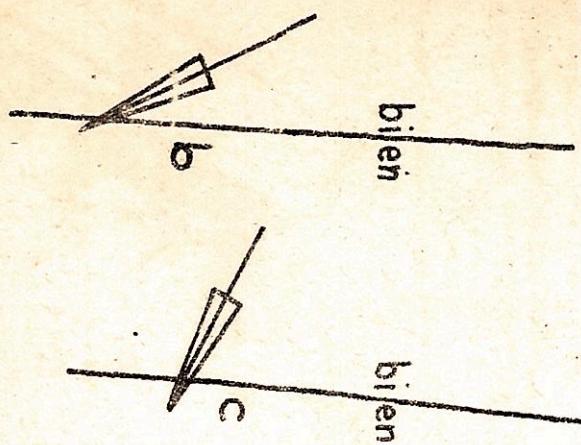


Fig. 15

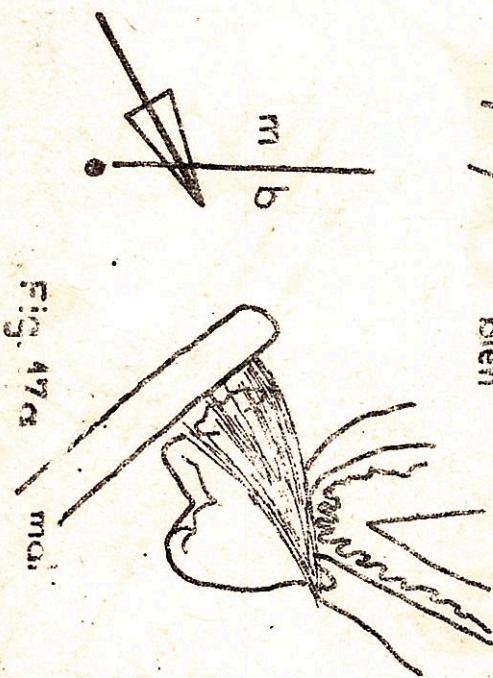
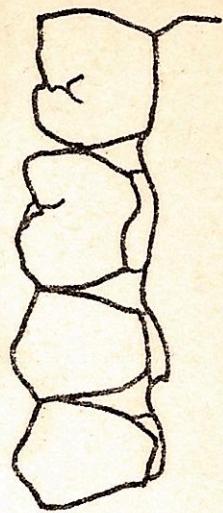


Fig. 17a

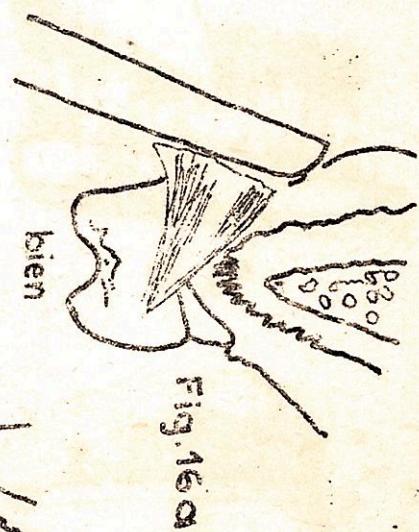


Fig. 16a

Impreso en la División
Publicaciones y Ediciones
de la Universidad de la
República.
Depósito Legal N° 109.792