

## **SALUD BUCAL INFANTIL: PORQUE CADA EDAD NECESITA UN CUIDADO ESPECÍFICO**

**10/**

AULA DENTAID:  
SIMPOSIO PERIO-AID®:  
«CIENCIA QUE CONECTA»

**14/**

AL HABLA CON...  
DRA. PALOMA PLANELLS,  
EXPERTA EN ODONTOLOGÍA  
PEDIÁTRICA

**25/**

NUEVA CAMPAÑA  
DE PREVENCIÓN DE  
VITIS® ENCÍAS



**3 EDITORIAL**

La importancia de una buena salud bucal desde los primeros años

**4 INVESTIGACIÓN AL DÍA**

Cómo lograr una buena salud bucodental en la infancia

**8 SOLUCIONES DENTAID**

Nueva gama de higiene bucal infantil de VITIS®

**10 AULA DENTAID**

- Simposio Perio-Aid®: «Ciencia que conecta»
- Llega el IV Simposio SEPA-DENTAID. ¡Te esperamos!
- Actualización en odontopediatría: cómo prevenir la enfermedad bucal desde la infancia hasta la adolescencia

**13 ESTUDIO**

Tratamiento con implantes en pacientes trasplantados de hígado

**14 AL HABLA CON...**

Dra. Paloma Planells, experta en odontología pediátrica

**16 LA VOZ DE SEPA**

El abordaje de las enfermedades periimplantarias, un desafío para la periodoncia

**18 LA VOZ DE SECIB**

Diagnóstico y tratamiento de la recesión gingival

**20 LA VISIÓN DEL HIGIENISTA**

Identificación y manejo de la halitosis

**21 ACTUALIDAD**

- Dientes limpios. ¿Lengua limpia?
- Waterpik® Inalámbrico Express, ahora en colores
- DENTAID, en el VI Congreso Iberoamericano de Periodoncia
- Entender la hipersensibilidad dental, la clave para el paciente en el tratamiento ambulatorio
- Avances en el grupo de trabajo SEPA-SEC
- DENTAID, al lado de las personas
- Enfermedad periodontal: nueva campaña de prevención de la mano de VITIS® encías
- ¿Qué es la xerostomía?
- DENTAID presenta sus últimas novedades en diferentes encuentros científicos

**DENTAID**

EXPERTISE

**Edita:**

DENTAID  
www.dentaid.com  
Twitter: @dentaid

**Comité de redacción**

Departamento Médico de DENTAID y  
Departamento de Comunicación  
comunicacion@dentaid.es

**Diseño y realización**

CEGE  
www.cegeglobal.com

**Depósito legal**

B-42.080-2008

**Imagen de portada:**

Personajes de la nueva gama de salud bucal infantil de VITIS®.

**Síguenos en:**



**DENTAID es patrocinador de:**



**DENTAID**  
Expertos en Salud Bucal  
www.dentaid.com



## LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA SALUD BUCAL DESDE LOS PRIMEROS AÑOS

Tal y como ocurre con otros aspectos relacionados con la salud, como la dieta o el ejercicio físico, establecer unos hábitos adecuados de salud bucodental resulta de suma importancia para mantener en buen estado los dientes, tanto temporales como permanentes, durante todas las etapas de la vida. Es por ello que dedicamos la sección «Investigación al día» a incidir en la **necesidad de asegurar una correcta higiene dental desde la infancia**, adaptada a las necesidades de cada edad, para lograr la eliminación del biofilm causante de caries y/o gingivitis y contribuir así a disfrutar de una buena calidad de vida.

Inciendo en el mismo tema, en «Soluciones DENTAID» presentamos la **nueva gama de higiene bucal infantil de VITIS®**, adaptada a las particularidades de la boca de los más pequeños desde que nacen hasta que son adolescentes: **VITIS® baby**, indicada en la franja de edad que comprende desde el nacimiento a los dos años, coincidiendo con la irrupción de los primeros dientes; **VITIS® kids**, para niños de entre dos y seis años, momento en el que se adquieren los hábitos de higiene bucal que acompañarán a la dentición temporal, y

**VITIS® junior**, diseñada para el cuidado de los dientes en niños de a partir de seis años.

También tratamos la importancia de una buena salud bucodental desde la infancia en la sección «Al habla con...», con la **doctora Paloma Planells**, profesora titular de Odontopediatría de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), miembro del comité editorial de revistas científicas de ámbito nacional e internacional y editora de la publicación *Odontología pediátrica*.

En el apartado «Aula DENTAID» repasamos el encuentro científico **Simpósio Perio-Aid®: «Ciencia que conecta»**, que giró en torno a la relación existente entre la periodoncia y otras disciplinas odontológicas, avanzamos la celebración en marzo de 2018 del **Simpósio SEPADENTAID** y presentamos los **cursos sobre salud bucal infantil** destinados a higienistas que centrarán el nuevo ciclo de formación del Aula.

En la sección «Estudio», ahondamos en los resultados de un trabajo que evalúa la eficacia a largo plazo del **tratamiento**

**con implantes** en pacientes con trasplante de hígado.

«La voz de SEPA» plantea el desafío que supone el **abordaje de las enfermedades periimplantarias** y las medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento necesarias para evitar y reducir estas patologías. En «La voz de SECIB» repasamos el diagnóstico y los procedimientos más habituales en el **tratamiento de la recesión gingival mediante cirugía mucogingival** y «La visión del higienista» se centra en la **identificación y el manejo de la halitosis**, patología que padece el 30% de la población y que, en el 90% de los casos, se origina en la cavidad oral.

Por último, en la sección «Actualidad» abordamos, entre otros temas, la **higiene bucodental durante la ortodoncia**, la **hipersensibilidad dental en el tratamiento ambulatorio** y los avances en el **grupo de trabajo SEPA-SEC** destinados a fomentar la salud bucal desde el ámbito cardiológico y la prevención de las enfermedades cardiovasculares desde la clínica dental. /

Comité de redacción DENTAID



## CÓMO LOGRAR UNA BUENA SALUD BUCODENTAL EN LA INFANCIA

*Tener una buena salud bucodental en todas las etapas de la vida es uno de los aspectos más importantes para el ser humano por la calidad de vida que aporta. Una de esas etapas clave es, sin duda, la infancia. Presentamos las pautas para una adecuada higiene bucal de los más pequeños que les permita alcanzar un estado de salud bucodental óptimo.*

El desarrollo de la cavidad bucal y de la dentición temporal se produce ya antes de nacer y es durante los primeros meses de vida cuando se observa la erupción de los dientes temporales.

En cuanto a la erupción, se pueden distinguir los siguientes periodos, que pueden variar en el tiempo según el individuo:

- **Desde el nacimiento hasta los 2 años:** tiene lugar la erupción de los dientes temporales, también llamados dientes de leche o dientes deciduos.
- **Entre los 2 y los 6 años:** los niños ya tienen todos los dientes temporales y no se produce ninguna erupción dental. Se encuentran en la etapa de la dentición temporal.
- **Entre los 6 y los 12 años:** se da la llamada dentición mixta, ya que comienza la erupción de los dientes permanentes a la vez que éstos conviven con los dientes temporales.
- **A partir de los 12 años:** los niños tienen ya la dentición permanente. La erupción o no de las muelas del juicio sucede a partir de los 18 años.

Aunque con el tiempo son reemplazados por los dientes permanentes, los dientes temporales están involucrados en funciones muy importantes en los primeros años de vida como la masticación y el desarrollo de maxilares, el habla o incluso la estética. Asimismo, su pérdida prematura puede afectar a la salida de los dientes permanentes, ya que les sirven de guía para su correcta erupción. Si se pierde un diente temporal prematuramente, existe el riesgo de que los adyacentes se desplacen hacia el espacio libre, lo que dificulta la posterior erupción de los dientes permanentes y provoca apiñamiento y/o malposición. Además, pueden aumentar los espacios interdentes, en los que se acumula más placa bacteriana.

Por estos motivos, es de suma importancia mantener todos los dientes, tanto los temporales como los permanentes, con buena salud. **Para asegurar la salud de los dientes es muy importante realizar una higiene bucal adaptada a las necesidades de cada edad, ya que cada etapa necesita un cuidado concreto, pero todas comparten un objetivo común: la eliminación del biofilm dental.**

La acumulación de biofilm dental puede provocar la aparición de **las dos patologías bucales más frecuentes en niños: caries y gingivitis.**

## CARIES

La caries es la principal causa de pérdida de dientes en niños. Implica la destrucción localizada de los tejidos duros dentales como consecuencia de los ácidos que producen las bacterias del biofilm al metabolizar los hidratos de carbono de la dieta. Cuando este proceso se repite de forma continuada en el tiempo, se produce la cavitación. Inicialmente tiene lugar la destrucción localizada del esmalte y, una vez que llega a la dentina, se extiende y puede afectar a la pulpa.

En España, la prevalencia de caries en dientes temporales en niños de seis años es del 31,5%, y continúa creciendo hasta casi el 100% en adultos.

Entre los más pequeños, cabe destacar la caries temprana de la infancia, anteriormente conocida como caries del biberón, que afecta hasta los 71 meses de edad. **La caries temprana es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia.**

La progresión de la caries temprana de la infancia es rápida sobre los dientes temporales, ya que el esmalte es más fino que el de los dientes permanentes. Además, los niños con caries en los dientes temporales presentan mucho más riesgo de tener múltiples caries en los dientes permanentes.

Los principales factores de riesgo son las bacterias que producen la caries, una incorrecta higiene bucal y una dieta rica en azúcares. Por tanto, para disminuir el riesgo de caries se deberán tomar las siguientes medidas:

- Actuar sobre el acúmulo de bacterias: eliminar de forma correcta el biofilm mediante técnicas de cepillado adecuadas.
- Evitar la transmisión temprana de bacterias: no soplar la comida para enfriarla, no probar la comida con los cubiertos del niño, no meterse su chupete en la boca, etc.
- Actuar sobre los azúcares (el sustrato): reducir su consumo y mantener una correcta higiene bucal. Los más simples son más cariogénicos que los complejos, como el almidón. También hay que tener en cuenta la cantidad y, sobre todo, la frecuencia de la ingesta; cuantas más veces, mayor riesgo de caries.

## GINGIVITIS

Unas encías sanas tienen un aspecto rosado (no enrojecido) y no presentan signos de inflamación ni sangrado.

La gingivitis es una enfermedad de tipo infeccioso-inflamatorio que provoca el enrojecimiento, la inflamación y el sangrado de las encías. En España, sólo el 48,2% de los niños de 12 años tiene las encías sanas, y este porcentaje disminuye en la adolescencia.

## «LA ACUMULACIÓN DE BIOFILM DENTAL PUEDE PROVOCAR LA APARICIÓN DE LAS DOS PATOLOGÍAS BUCALES MÁS FRECUENTES EN NIÑOS: CARIES Y GINGIVITIS»

Fundamentalmente se produce por el acúmulo de biofilm o placa bacteriana en el margen entre encía y diente, y sobre todo a nivel interdental. Este acúmulo de biofilm induce una respuesta inflamatoria local con enrojecimiento y sangrado de las encías, principales signos de la gingivitis. En muy pocos casos puede evolucionar a periodontitis (es muy poco frecuente en niños), lo que ya implicaría la destrucción de los tejidos de soporte de los dientes y, por tanto, podría provocar su pérdida a largo plazo.

La principal medida de prevención consiste en tener una buena higiene bucal para evitar la acumulación de biofilm, además de controles en la clínica dental.

Para eliminar la placa bacteriana y evitar su acumulación se necesita realizar la higiene dental e interproximal de forma diaria. Sin embargo, pasado cierto tiempo, la placa bacteriana que no se ha eliminado puede transformarse en cálculo dental o sarro. El cálculo es la placa bacteriana mineralizada, que ya no se puede eliminar con la higiene dental diaria, sino que se debe eliminar en la clínica dental mediante una profilaxis dental profesional.

## RECOMENDACIONES DE HIGIENE BUCAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS

Las recomendaciones de higiene bucal deben ir encaminadas a prevenir las dos principales patologías bucales que se producen en la edad infantil: la caries y la gingivitis.



### 0-2 años: erupción de los dientes temporales

El proceso de erupción suele comenzar a los seis meses de vida y terminar sobre los dos años. La dentición temporal está formada por un total de 20 dientes de leche, cinco por cada cuadrante de la boca.

Desde antes de que aparezcan los primeros dientes es aconsejable empezar con la higiene bucal. Cuando los bebés aún no tienen dientes se recomienda limpiar las encías con una gasa humedecida o con un dedal de silicona después de cada toma.

El proceso de erupción dental puede cursar con mayor inquietud, irritabilidad y dificultad para dormir. A nivel bucal, el bebé puede notar mayor salivación, pequeñas molestias, enrojecimiento e irritación de las encías.

Existen geles bálsamos para las encías que están específicamente formulados para aliviar estas molestias y proteger las encías. El gel bálsamo puede aplicarse con un dedal de silicona (o con una gasa) para realizar un suave masaje sobre la encía enrojecida del bebé.

Cuando erupciona el primer diente ya se recomienda, por un lado, acudir al odontólogo u odontopediatra y, por otro, comenzar a cepillarlo para evitar que se acumule el biofilm.

El cepillado a esta edad deben realizarlo los padres o el adulto que esté al cuidado del bebé. Se recomienda utilizar un

cepillo infantil adaptado a la mano del adulto y a la boca del bebé, con filamentos extrasuaves que logren una correcta higiene a la vez que respetan las encías y los dientes. Se puede utilizar el gel bálsamo durante el cepillado.

Es aconsejable acudir al odontopediatra dentro del primer año de vida. El odontopediatra controlará la correcta erupción de los dientes y factores como la oclusión o la alineación y permitirá anticiparse a cualquier trastorno o patología bucal, como la detección temprana de caries.

Además de las recomendaciones de higiene bucal para la prevención de la caries, a esta edad es aconsejable tener en cuenta los siguientes hábitos:

- No dejar al bebé acostado con el biberón cuando éste contenga líquidos que no sean agua debido a que el acúmulo de azúcares durante largo tiempo favorece la aparición de caries.
- Evitar mojar el chupete en sustancias dulces por la misma razón.
- Evitar la transmisión de las bacterias cariogénicas a través de la saliva con gestos como limpiar el chupete con nuestra boca o soplar directamente sobre su comida para enfriarla.

Respecto al uso del chupete, algunos estudios han demostrado que puede aliviar las molestias durante la erupción de los dientes e incluso reducir el riesgo de la muerte súbita del lactante. Sin embargo, se recomienda que su uso no vaya más allá de los tres años para evitar secuelas en la mordida, igual que en el caso del hábito de chuparse el dedo para evitar malformaciones en la cavidad bucal.

### 2-6 años: dentición temporal y adquisición de hábitos de higiene bucal

En este periodo el niño ya tiene todos los dientes de leche y se aconseja que comience a responsabilizarse de su higiene bucal y que comprenda su necesidad. Para ello, lo más importante es crear el hábito.

Se recomienda que el niño comience a realizar el cepillado él mismo, al menos

dos veces al día, mañana y sobre todo noche, o preferiblemente después de las comidas, e intentar que el cepillado dure al menos dos minutos. Para ayudar a conseguir el hábito existen ciertos recursos como que los padres se cepillen a la vez que el niño o multitud de aplicaciones, juegos, canciones, etc.

Para un cepillado óptimo, el cepillo debe estar adaptado a la mano y la boca del niño, con un cabezal muy pequeño que permita llegar a todas las zonas de la boca y con filamentos suaves que respeten dientes y encías. El cepillo tiene que ser manejable también por los padres, que deberán repasar diariamente el cepillado de los niños, ya que hay que tener en cuenta que el pequeño probablemente no será eficaz en la eliminación del biofilm. Existen reveladores de placa para ayudar a mejorar la técnica de cepillado.

Con el fin de prevenir la caries, principal patología bucal a esta edad, se recomienda introducir, junto con el cepillado, el uso de un gel dentífrico con una concentración de flúor adaptada a la edad del niño. Según las guías de la Academia Europea de Odontología Pediátrica (EAPD) y de la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP), la concentración de flúor recomendada a partir de los dos años de edad es de 1.000 ppm de ion flúor. La cantidad estimada a utilizar de gel fluorado sería similar al tamaño de un guisante. Los padres deben controlar que el gel se escupa una vez terminado el cepillado y que no se ingiera.





**A partir de los 6 años:  
erupción de los dientes  
definitivos**

A esta edad ya comienza la erupción de los dientes permanentes en un proceso que termina en torno a los 12 años con la erupción de los segundos molares. Durante esta etapa, los niños tienen una dentición mixta, ya que conviven los dientes temporales con los dientes permanentes.

La dentición permanente está formada en su totalidad por 32 dientes, ocho por cada cuadrante de la boca, contando con los terceros molares o muelas del juicio, que pueden erupcionar o no a partir de los 18 años. Conforme los dientes van erupcionando, es posible que se requiera de tratamiento ortodóntico interceptivo para corregir problemas de oclusión, alineación de dientes, etc. La ortodoncia fija se suele comenzar a utilizar en niños con todos los dientes permanentes, en torno a los 12 años.

La principal patología en esta edad sigue siendo la caries, pero además se puede dar inflamación de las encías debido a la erupción de la segunda dentición. Se recomienda utilizar un cepillo adaptado para el manejo por el niño, con un cabezal pequeño de filamentos suaves y un cuello estrecho que permitan llegar a todas las zonas de la boca.

Respecto al gel dentífrico, es aconsejable incrementar la concentración de flúor. La EAPD y la SEOP recomiendan el uso de una concentración de 1.450 ppm de ion flúor, y el tamaño a utilizar ya sería de 1-2 cm, como en los adultos, puesto que todos los dientes ya están formados aunque no hayan erupcionado.

Durante la erupción de los dientes permanentes también pueden darse ciertas molestias o irritaciones en la encía, por lo que sería recomendable que en la composición del gel dentífrico hubiera ingredientes específicos para la protección de las encías. Además, para favorecer la regeneración de la encía durante la erupción dental se aconseja el uso de un gel que incorpore componentes específicos para el cuidado de la encía.

**«PARA ASEGURAR LA  
SALUD DE LOS DIENTES  
ES MUY IMPORTANTE  
REALIZAR UNA HIGIENE  
BUCAL ADAPTADA  
A LAS NECESIDADES  
DE CADA EDAD»**

El cepillado debe seguir siendo supervisado por los padres y repasado cuando sea necesario hasta aproximadamente los 8-9 años.

A partir de los seis años se estima que el niño puede controlar los reflejos de la deglución y de escupir. Por ello, siempre y cuando sea así, se puede introducir el uso del colutorio. El colutorio aportará, además de buen sabor en la boca, un extra de protección frente a la caries gracias al flúor, favorecerá el cuidado de las encías y ayudará a llegar a todas las zonas de la boca.

A partir de esa edad y, sobre todo, en la adolescencia por los cambios hormonales y de actitud, el acúmulo de biofilm en la zona interdental puede favorecer la aparición de gingivitis. Por ello, es recomendable introducir el hábito de la higiene interdental, ya sea con sedas y cintas dentales o con cepillos interproximales. Es importante vigilar que se haga con cuidado y con una técnica correcta para evitar daños que además puedan provocar que el niño rehuya la realización de la higiene interdental.

Por último, hay que mantener la visita al odontólogo u odontopediatra al menos una vez al año. En estas edades se pueden detectar posibles caries incipientes, caries establecidas que requieren tratamiento y la necesidad de aplicar selladores de fosas, y fisuras en las zonas de alto riesgo de caries. /

**Dr. Xavier Calvo**

Periodoncista y *Medical Advisor* de DENTAID

**BIBLIOGRAFÍA**

La salud bucodental en España 2015. Consejo General de Colegios de Dentistas de España; 2016.

Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A, Planells P. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. 1.ª ed. Ripano; 2012.

Protocolo para el uso del flúor en niños. Documento de consenso de la European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) y de la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP); 2009.

Wong MC, Clarkson J, Glenny AM, Lo EC, Marinho VC, Tsang BW, Walsh T, Worthington HV. Cochrane reviews on the benefits/risks of fluoride toothpastes. J Dent Res 2011; 90 (5): 573-579.

Marinho VC, Chong LY, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2016; 7: CD002284

# NUEVA GAMA DE HIGIENE BUCAL INFANTIL DE VITIS®

VITIS® lanza la gama para el cuidado de la boca de los más pequeños desde que nacen hasta que alcanzan la adolescencia con tres gamas: VITIS® baby, VITIS® kids y VITIS® junior.

Cada gama está adaptada a las necesidades de cada franja de edad de los niños con el objetivo de ofrecer un cuidado completo de la cavidad bucal y enfocada a conseguir una eliminación eficaz del biofilm dental, principal responsable de las patologías bucales:

• **0-2 años.** En esta franja de edad erupcionan los dientes temporales (dientes de leche) y las encías pueden presentar una ligera inflamación e irritación.

Desde la aparición del primer diente es necesario empezar a realizar el cepillado dental. La higiene bucal es realizada por un adulto.

• **2-6 años.** Los niños ya tienen todos los dientes de leche. El principal objetivo es eliminar el biofilm dental para prevenir la caries y, sobre todo, que los niños adquieran el hábito de la higiene bucal, que debe ser supervisado y repasado por un adulto.

• **6-12 años.** Se produce el recambio de la dentición y conviven los dientes de leche y los permanentes hasta los 12 años aproximadamente. La prevención de la caries mediante la eliminación eficaz del biofilm dental y el control de la ingesta de azúcares sigue siendo el objetivo primordial. Además, los niños pueden presentar inflamación de las encías debido a la erupción dental. Dado que ya suelen controlar el reflejo de la deglución, podrían incorporar el uso de colutorios. /



## 0-2 años



★ **Gel bálsamo para encías VITIS® baby.** Formulado específicamente para aliviar las molestias que pueden sentir los bebés durante la erupción de los primeros dientes.

★ **Cepillo VITIS® baby.** Diseñado para adaptarse a la boca del niño y el manejo por parte de un adulto, que es quien realizará el cepillado. Los filamentos son de Tynex® de alta calidad y ultrasuaves para un cepillado eficaz respetando las encías delicadas y los dientes del bebé.

### Gel bálsamo

#### COMPOSICIÓN

Extracto de manzanilla

Pantenol (provitamina B5)

Alantoína

Glicirricinato potásico

Xylitol

#### ACCIÓN

- Acción calmante
- Protege y cuida las encías
- Protege y refuerza las encías
- Protege la mucosa oral
- Proporciona frescor, calmando las molestias ocasionadas por la erupción dental

- SIN aromas
- SIN azúcares
- SIN derivados lácteos
- SIN gluten
- SIN flúor



★ **Tapón de apertura fácil**

★ **Dedal de silicona para una limpieza suave** de las encías del bebé. Adaptado a la mano del adulto

★ **sabor neutro**



★ **Filamentos ultrasuaves de Tynex®** de alta calidad



- ★ **Indicador de la cantidad de gel**
- ★ **Cabezal pequeño y redondo**
- ★ **Menor altura de los filamentos** para adaptarse a la boca del bebé



★ **Cuello estrecho** para alcanzar toda la cavidad bucal

★ **Estrias antideslizantes** para favorecer el agarre durante el cepillado

★ **Mango ergonómico** adaptado a la mano del adulto



★ **Agujero para pasar una cinta** en caso de necesitar mayor sujeción



2-6 años



Gel dentífrico COMPOSICIÓN

Fluoruro sódico 0,221%

Xylitol 2,5%

\*Sigue las recomendaciones de la EAPD (Academia Europea de Odontología Pediátrica) y la SEOP (Sociedad Española de Odontopediatría)  
Baja abrasividad: respeta el esmalte dental.

ACCIÓN

- Remineraliza el esmalte y previene la caries dental. (1.000 ppm de ion flúor)\*
- Proporciona frescor en la boca.

SIN azúcares SIN gluten SIN lactosa



★ sabor cereza

- ★ **Cepillo VITIS® kids.** Diseñado para el fácil manejo del niño, con un mango ergonómico grueso adaptado a su mano y un cabezal muy pequeño que se adapta al tamaño de su boca y con los filamentos suaves de Tynex® de alta calidad.
- ★ **Gel dentífrico VITIS® kids.** Formulado específicamente para prevenir la aparición de caries, con una concentración de flúor adaptada a esta edad según la EAPD, y de sabor cereza.



★ Filamentos suaves de Tynex®



★ Indicador de la cantidad de gel  
★ Cabezal muy pequeño



★ Cuello estrecho para alcanzar toda la cavidad bucal  
★ Estrías antideslizantes  
★ Mango ergonómico



★ Agujero para pasar una cinta en caso de necesitar mayor sujeción



★ Capuchón protector

6-12 años



Gel dentífrico COMPOSICIÓN

Fluoruro sódico 0,321%

Pantenol (provitamina B5) 1,00%

Xylitol 1,00%

Colutorio COMPOSICIÓN

Fluoruro sódico 0,05%

Pantenol (provitamina B5) 0,50%

Xylitol 1,00%

\*Sigue las recomendaciones de la EAPD (Academia Europea de Odontología Pediátrica) y la SEOP (Sociedad Española de Odontopediatría)  
Baja abrasividad: respeta el esmalte dental.

ACCIÓN

- Refuerza y remineraliza el esmalte y previene la caries dental. (1.450 ppm de ion flúor)\*
- Protege y cuida las encías.
- Proporciona frescor en la boca.

ACCIÓN

- Refuerza y remineraliza el esmalte y previene la caries dental. (226 ppm de ion flúor)\*
- Protege y cuida las encías.
- Proporciona frescor en la boca.

SIN azúcares SIN gluten SIN lactosa



★ sabor Tutti Frutti



★ Filamentos suaves de Tynex®



★ Cabezal pequeño  
★ Zona de ataque monotip



★ Mango ergonómico



★ Agujero para pasar una cinta en caso de necesitar mayor sujeción



★ Capuchón protector

## SIMPOSIO PERIO·AID®: «CIENCIA QUE CONECTA»



*Perio-Aid®, siempre vinculado a la Ciencia y con el afán de seguir profundizando en el conocimiento de la enfermedad periodontal y periimplantaria, llevó a cabo el pasado sábado 28 de octubre el Simposio Perio-Aid®: «Ciencia que conecta».*

El Simposio Perio-Aid®: «Ciencia que conecta» tuvo por objetivo hablar, debatir e informar sobre la **relación existente entre la Periodoncia y otras disciplinas odontológicas**, todo ello de la mano de profesionales internacionales expertos en la materia como el Dr. Marco Cune, el Dr. Michel de Cleen, el Dr. Kamy Malekian, la Dra. Kathrin Becker y la Dra. Ausra Ramanauskaite.

El encuentro, que se celebró en el Recinto Modernista Sant Pau de Barcelona, tuvo un **gran éxito de asistencia**. 200 profesionales del mundo de la odontología acudieron al Simposio, interesados en conocer las últimas novedades en el campo de la Periodoncia.

El Dr. Xavier Calvo y el Dr. Andrés Pascual, encargados de moderar el

evento, dieron la bienvenida a los asistentes, presentaron a los ponentes y agradecieron la iniciativa de Perio-Aid® como organizador del Simposio.



Dr. Marco Cune



La primera conferencia estuvo a cargo del **Dr. Marco Cune** que, en su charla titulada «El Blanco es el nuevo Gris: Zirconio en aplicaciones transmucosas», se centró en los usos de la **Odontología Restauradora sin metales**.

A grandes rasgos, el profesor explicó **los beneficios y las diferencias entre los pilares de implantes de titanio y los de zirconio**. El ponente afirmó que, en áreas transmucosas, las diferencias percibidas son óptimas. El zirconio y el titanio muestran la misma respuesta de los tejidos blandos, la misma microbiota bacteriana en cantidad y los mismos parámetros clínicos.

Además, el Dr. Cune también puso énfasis en que los pilares de implantes de zirconio no muestran signos de degradación después de un año de carga clínica, mientras que los pilares de implantes de titanio individualizados pueden ser demasiado lisos.



Dr. Michel de Cleen



En segundo lugar, el **Dr. Michel de Cleen** presentó su ponencia titulada «La relación Endo-Perio, conceptos actuales e implicaciones clínicas» en la que destacó **la importancia del uso de la sonda periodontal por parte de los endodoncistas**.

Además, también apuntó que los test pulpares deben formar parte del diagnóstico periodontal y, por último, que el seguimiento del tratamiento es tan importante como el tratamiento mismo.

Dr. Kamy Malekian



El **Dr. Kamy Malekian** abordó el mundo de la **técnica de alineadores**. En su charla titulada «Estrategias Orto-Perio en el tratamiento del paciente periodontal con la técnica de alineadores» y mediante la presentación de diferentes casos clínicos, demostró que **la técnica de alineadores permite hacer una planificación 3D individual para cada diente**.

Concretamente, mediante la aplicación de software 3D se puede medir la distancia total que debe recorrer cada diente y la cantidad exacta de movimientos de proclinación, extrusión, intrusión o torque.

Por último, el Dr. Malekian recomendó realizar el control periodontal del paciente cada 3-4 meses, aprovechando el mismo día de la revisión ortodóntica.

Dra. Kathrin Becker



Para terminar, la **Dra. Kathrin Becker** junto con la **Dra. Ausra Ramanauskaite** hablaron sobre «Tratamientos periimplantarios disponibles y sus indicaciones, según la evidencia científica disponible».

En la charla, las doctoras se centraron en **la terapia resectiva quirúrgica** y detallaron que era efectiva para casos de periimplantitis avanzada a largo plazo. Además, explicaron que los resultados clínicos pueden verse afectados por factores como las características de la superficie del implante o la configuración de defectos óseos.

Por último, señalaron la necesidad de que el intervalo de visitas sea de entre 5-6 meses aunque, siempre que sea posible, la frecuencia debe individualizarse en cada paciente.



Puedes ver el vídeo-resumen del Simposio en:  
[www.perioexpertise.es/es/simposio-perioaid-2017](http://www.perioexpertise.es/es/simposio-perioaid-2017)

**SI QUIERES ESTAR AL DÍA DE LAS ÚLTIMAS NOVEDADES EN PERIODONCIA, PUEDES SUSCRIBIRTE A LA NEWSLETTER DE LA WEB PERIO•EXPERTISE**

**[WWW.PERIOEXPERTISE.COM](http://WWW.PERIOEXPERTISE.COM)**

YA SON MÁS DE **4.500 PROFESIONALES** INSCRITOS.

**¡TE ESPERAMOS!**

## LLEGA EL IV SIMPOSIO SEPA-DENTAID. ¡TE ESPERAMOS!

«El dentista y el higienista bucodental: un equipo único» es la temática de la cuarta edición del Simposio.

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y DENTAID se unen de nuevo para organizar la cuarta edición del Simposio SEPA-DENTAID. La cuarta edición de este encuentro científico de referencia para los profesionales de la salud bucal está prevista para el próximo **sábado 17 de marzo de 2018** en el emblemático **teatro Capitol** de la Gran Vía madrileña. El eje central girará en torno a «El dentista y el higienista bucodental: un equipo único», un tándem que ha de remar de manera compensada y alineada a favor de la salud del paciente desde sólidos fundamentos científicos.

Con la moderación del Dr. Agustín Casas y el Dr. Xavier Calvo, se realizará un recorrido por las enfermedades periodontales y periimplantarias, desde un enfoque de mejora tanto en la prevención como en los tratamientos y una visión general de la repercusión de la salud periodontal en la salud general.

Los ponentes son expertos de reconocido prestigio capaces de transmitir la consistencia científica de una manera amena. Además, para esta ocasión se han buscado fórmulas más atractivas y dinámicas, como si de un programa de televisión se tratara, con vídeos que ayudarán a que la transmisión del conocimiento sea lo más sugerente posible.

Desde su puesta en marcha en 2012, el Simposio ha reflejado el carácter innovador de ambas entidades, que juntas aportan consistencia al desarrollo de la odontología y de la periodoncia bajo dos ejes: **la ciencia y la salud.** /



**IV SIMPOSIO SEPA-DENTAID**  
Madrid, sábado 17 de marzo de 2018

**CONSULTA TODOS LOS DETALLES DEL ENCUENTRO  
E INSCRÍBETE EN:**

<http://simposiosepadentaid.com/>

**¡PLAZAS LIMITADAS!**



## ACTUALIZACIÓN EN ODONTOPEDIATRÍA: CÓMO PREVENIR LA ENFERMEDAD BUCAL DESDE LA INFANCIA HASTA LA ADOLESCENCIA



Con la finalidad y el compromiso de hacer más accesible la actualización del conocimiento en materias relevantes del sector, Aula DENTAID ha centrado la temática del nuevo ciclo de cursos dirigidos a higienistas en el área de la salud bucal infantil. El curso dará a

conocer las características de la cavidad bucal en las diferentes etapas del crecimiento de los niños y los cuidados odontológicos que pueden necesitar en cada fase. Prevenir problemas en el desarrollo de la cavidad bucal desde que nacen hasta que han erupcionado todos los dientes permanentes será

uno de los temas que se abordarán durante la formación. También se explicarán algunas de las diferencias fundamentales y peculiaridades que existen en el tratamiento odontológico del paciente infantil con respecto al del adulto, con especial hincapié en el manejo del comportamiento. /

**CONSULTA LAS FECHAS Y CIUDADES DE CADA CURSO EN:**

<http://www.dentaid.es/es/pro/aula-dentaid>

**¡PLAZAS LIMITADAS!**



# TRATAMIENTO CON IMPLANTES EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO

*Un estudio ha evaluado la eficacia y el resultado a largo plazo del tratamiento con implantes dentales en pacientes con trasplante de hígado.*

Paredes V, López-Pintor RM, Torres J, de Vicente JC, Sanz M, Hernández G. Implant treatment in pharmacologically immunosuppressed liver transplant patients: A prospective-controlled study. *Clinic Oral Implants Research*, 2017; 00: 1-8.



## INTRODUCCIÓN

Los trasplantes de órganos dañados por órganos sanos son, sin duda, uno de los grandes avances de la medicina del siglo xx. Sin embargo, las personas trasplantadas reciben unas medicaciones complejas y que originan una importante inmunosupresión, lo que puede favorecer la aparición de infecciones. Se ha cuestionado el uso de implantes dentales en este tipo de pacientes por las complicaciones que podrían sufrir.

## OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio prospectivo fue valorar el resultado a largo plazo del tratamiento con implantes en pacientes con trasplante de hígado (PTH). El objetivo secundario fue evaluar diversas variables dependientes de los implantes y los pacientes, como la periimplantitis (PI), la mucositis periimplantaria (MPI), la pérdida ósea (PO) y las complicaciones postoperatorias inmediatas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Dos grupos, incluyendo 16 PTH inmunosuprimidos farmacológicamente y 16 controles similares, recibieron 52 y 54 implantes, respectivamente, entre 1999 y 2008. Después de la colocación de los implantes y durante cuatro semanas, realizaron enjuagues con clorhexidina al 0,12% más cloruro de cetilpiridinio al 0,05%. En ese momento, se evaluó la cicatrización postoperatoria y se realizó un seguimiento medio de más de ocho años durante los que se registraron parámetros radiográficos, clínicos y periodontales para valorar la supervivencia del implante y los resultados dependientes del implante y del paciente.

## RESULTADOS

Las complicaciones tempranas posquirúrgicas fueron similares en ambos grupos. La tasa de supervivencia del implante fue del 100% en el grupo PTH y del 98,15% en el grupo control (GC). La MPI se diagnosticó en el 35,42% de los im-

plantes y el 64,29% de los pacientes del grupo PTH, y en el 43,40% de los implantes y el 56,25% de los pacientes del GC.

Se detectó PI en el 4,17% de los implantes y el 7,10% de los pacientes del grupo PTH, y en el 9,43% de los implantes y el 18,80% de los pacientes del GC. /

## CONCLUSIÓN

La inmunosupresión farmacológica en pacientes con trasplante de hígado no fue un factor de riesgo para el fallo del implante ni para la incidencia de enfermedades periimplantarias. El trasplante de hígado no es una contraindicación para el tratamiento con implantes dentales, aunque estos pacientes deben controlarse cuidadosamente durante el seguimiento clínico posterior.



## DRA. PALOMA PLANELLS

EXPERTA EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

«ES NECESARIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ODONTOPEDIATRÍA COMO ESPECIALIDAD ODONTOLÓGICA»

*La doctora Paloma Planells es profesora titular de Odontopediatría de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y directora del título propio de la UCM «Especialista en atención odontológica integrada en el niño con necesidades especiales». También es miembro del comité editorial de revistas científicas de ámbito nacional e internacional y editora de la publicación Odontología pediátrica.*

### ¿Cuál es la situación de la salud bucodental de nuestros niños en España?

En nuestro país, las dos principales patologías que encontramos en la infancia son la caries y la traumatología dentaria. Con respecto a la primera, cabe señalar que, aunque los índices ofrecen una mejoría en los últimos años en la población general, los odontopediatras estamos

viendo resurgir patología de caries en niños de muy corta edad y con una gran extensión y repercusión a nivel general. Sería deseable conocer datos a nivel nacional de caries en edades tempranas con la finalidad de generar programas preventivos para beneficiar la calidad de vida de estos niños. Son hechos que nos producen una seria preocupación a los odontólogos infantiles.

En cuanto a la patología derivada del traumatismo dental, nuestras estadísticas señalan valores similares a los de los niños de países de nuestra área. En este sentido, para prevenir dicha patología hemos promovido campañas de divulgación dirigidas a profesionales, educadores y centros deportivos con el fin de dar a conocer la atención inmediata, sobre todo en el caso de la avulsión dentaria, verdadera urgencia en nuestra profesión odontológica.

Según los datos del *Libro blanco de la salud bucodental en España 2015*, se reducen los problemas dentales con respecto a las estadísticas de 2010, siendo las caries (18%) y, en menor medida, la malposición dentaria (11%) los problemas más mencionados. En este mismo estudio se señala que en la clínica dental los procedimientos más realizados en la población infantil son las obturaciones, la limpieza y la ortodoncia.

### ¿Cuándo sería deseable comenzar las visitas al odontopediatra?

Las guías internacionales de la Asociación Europea de Odontología Pediátrica (EAPD), la Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) y la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) señalan que la prevención adecuada de las patologías derivadas de la cavidad oral comienza durante el embarazo con los consejos previos al nacimiento del niño. Posteriormente es deseable que, antes del año de vida, el niño visite al odontólogo infantil. Según los datos del *Libro blanco de la salud bucodental en España 2015*, entre los dos y los seis años de edad solo 4 de cada 10 niños han visitado al dentista. A partir de los 10 años las visitas al odontólogo son generalizadas.

### ¿De quién es la responsabilidad de que los niños se laven los dientes?

Resulta curioso observar que muy a menudo los padres desconocen las pautas necesarias sobre la higiene bucal de sus hijos. Desde las primeras tomas, la madre debe preocuparse de eliminar los restos de leche que quedan en los rodetes gingivales en las primeras fases del crecimiento. El procedimiento es muy simple: con una simple gasa se arrastran esos restos. Posteriormente, para

cuando empiezan a hacer erupción los primeros dientes, existen en el mercado cepillos adaptados y dediles que facilitan realizar un masaje que es muy bien aceptado por los niños y que debe ser implementado después de cada comida. Son muchos los fabricantes que se han preocupado de desarrollar productos *ad hoc* adaptados a cada etapa de crecimiento y desarrollo de la dentición.

Lo fundamental es que tengamos en cuenta que la supervisión y responsabilidad de un buen cepillado dental debe recaer en los padres hasta que el niño adquiera una buena destreza manual, sobre los 8 a 10 años de edad. Los padres preguntan, asimismo, acerca del mejor tipo de cepillo para cada edad. Según los datos del *Libro blanco de la salud bucodental en España 2015*, los porcentajes sobre el tipo de cepillo utilizado según la edad son: entre los 2 y los 6 años: cepillo manual (69%), eléctrico (25%) y ambos (6%); de los 7 a 10 años: manual (61%), eléctrico (26%) y ambos (13%), y de los 11 a los 13 años: manual (75%), eléctrico (20%) y ambos (5%).

De estos datos se deduce que no existe una preferencia clara por el tipo de cepillo utilizado, eligiendo padres y niños según preferencias individuales. Nosotros apoyamos que el paciente debe utilizar el método que produzca un mejor resultado en la reducción de placa y, a su vez, motive al niño para realizar su higiene diaria. Según este mismo estudio, 7 de cada 10 niños se cepillan los dientes al menos dos veces al día.

### La figura del odontopediatra va adquiriendo cada vez mayor importancia dentro de la odontología. ¿Cree que debería ser una especialidad en el futuro?

La pediatría es a la medicina lo que la odontopediatría es a la odontología. Para las asociaciones nacionales e internacionales que se encuadran dentro del espectro de la edad infantil, está clara la necesidad de la implementación de esta especialidad odontológica. Desde los organismos encargados de las especialidades odontológicas en nuestro país, esta especialidad es una de las que con mayor importancia y necesidad

## «LA SUPERVISIÓN Y RESPONSABILIDAD DE UN BUEN CEPILLADO DENTAL DEBE RECAER EN LOS PADRES HASTA QUE EL NIÑO ADQUIERA UNA BUENA DESTREZA MANUAL, SOBRE LOS OCHO A DIEZ AÑOS DE EDAD»

se reclaman. La odontopediatría existe como especialidad en Europa, Estados Unidos y, en general, en los principales países de mayor nivel odontológico. La Asociación Internacional de Odontología Pediátrica (AIOP) lleva más de medio siglo constituida. En nuestro país, la Sociedad Española de Odontopediatría (SEOP) se desarrolló hace 43 años.

### ¿Cree que hay suficiente comunicación entre pediatras y odontopediatras?

En general, a nivel internacional, observamos que este es un punto pendiente de afianzar. Siendo el pediatra y el odontopediatra los profesionales encargados de la salud general y oral del niño, lo ideal es establecer estrategias conjuntas de formación e implementación de programas en aras de conseguir la salud integral en el paciente infantil.

A partir del año 2000, en que tuve el honor de presidir la SEOP, comenzamos desde esta sociedad a realizar congresos conjuntos de pediatras y odontopediatras. Los citados congresos se celebran anualmente y nuestra próxima reunión, las 18ª Jornadas de Encuentro Pediatría Odontopediatría, tendrá lugar el 16 de diciembre del presente año. Nuestra experiencia durante estos años de trabajo conjunto de la mano de los pediatras ha sido extraordinariamente provechosa.

Actualmente, en la SEOP existe un convenio por el cual se está realizando formación *via on-line* a los pediatras en nuestra área de conocimiento. Pensamos que la necesidad de unir estrategias

de salud debería ser institucionalizada y extenderse al resto de países de nuestro entorno.

### ¿Tienen los niños hoy en día más maloclusiones o es que antes no se diagnosticaban?

La búsqueda de patrones estéticos y funcionales ideales junto con la mejor calidad de vida del individuo nos lleva a buscar cánones de perfección como seres humanos. Todo esto ha supuesto la demanda, cada vez más elevada, de tratamientos de maloclusión dentaria. Por otro lado, conviene señalar que la herencia, los actuales patrones de alimentación y la presencia de ciertos hábitos orales muy frecuentes en la infancia generan patología maloclusiva.

### Sabemos que están realizando un trabajo fantástico de manejo de las complicaciones bucales en el tratamiento oncológico de niños con leucemia. ¿Nos puede avanzar algún hallazgo relevante?

Hemos conseguido, a través de un proyecto de investigación subvencionado, incluir a niños con problemas oncológicos en un estudio cuyo objetivo principal consiste en procurarles una mejor calidad de vida durante la realización de los protocolos de terapia oncológica. Nos ha supuesto un gran reto conseguir primero el acceso a los centros hospitalarios y, dentro de ellos, a las unidades de oncología, y motivar a pediatras, oncólogos, padres y personal de enfermería a colaborar en este proyecto.

Hemos evaluado las necesidades bucodentales que requieren estos pacientes durante las diversas etapas de la terapia oncológica y comenzado a implementar protocolos de higiene y control de la salud oral en estos niños. La Dra. Martínez, como principal protagonista de esta idea, y el Dr. Gómez, cuya tesis doctoral fue brillantemente defendida sobre este tema, forman parte del equipo odontológico que está llevando a cabo este estudio. Estamos profundamente agradecidos a todos los estamentos que han permitido y posibilitado nuestro trabajo y esperamos que sea el comienzo para el establecimiento de los protocolos en salud oral y la mejora en la calidad de vida de estos niños. /



## EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES PERIIMPLANTARIAS, UN DESAFÍO PARA LA PERIODONCIA



SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE PERIODONCIA  
Y OSTEINTEGRACIÓN

*La enfermedad periimplantaria es una de las principales amenazas para la terapia con implantes, por lo que es necesaria la implementación de medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de los pacientes que ayuden a evitar y reducir esta patología.*

Más del 50% de los portadores de implantes en España presentan periimplantitis y/o mucositis, lo que pone de manifiesto la creciente incidencia que tiene este problema de salud en nuestro medio, especialmente si se consideran sus consecuencias para la salud general y para el pronóstico del implante.

Todo ello plantea una necesaria implementación de medidas preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de los pacientes que ayuden a minimizar este problema. Desde la perspectiva diagnóstica, hay mucho por hacer, como pondrá de relieve el Dr. Jan Derks en una conferencia que pronunciará en el congreso de SEPA de 2018, que tendrá lugar en abril en Sevilla.

### UNA AMENAZA

La dimensión del problema es tal que algunos de los considerados «padres» de la periodoncia han mostrado su preocupación por las enfermedades periimplantarias.

Así, entre los desafíos de futuro que esperan a los expertos en periodoncia y terapia de implantes, el Dr. Robert J. Genco no duda en citar **el problema emergente que suponen las periimplantitis**. «He practicado la periodoncia durante 35 años y he llevado a cabo numerosos implantes. En los inicios, Buffalo era un punto de referencia para los implantes, así que he visto muchos fracasos en los implantes de aquella época, y muy diferentes a los que se realizan en la actualidad», indica.

En concreto, sobre el problema de la periimplantitis reconoce que «es realmente un fenómeno muy complicado en lo que se refiere al manejo clínico. Bajo mi punto de vista, es un gran problema»; con todo, Genco afirma que «es posible impedirlo». Lo principal es tratar de evitar que surja este problema, porque una vez que emerge la enfermedad es muy complicado atajarla. Además, «las consecuencias son muy duras emocional y quirúrgicamente hablando. Retirar estos implantes fallidos es un problema, ya que normalmente están fundidos con el hueso; por lo tanto, se tiene que eliminar el hueso que se ha fundido alrededor del implante. Es una cirugía importante y, por eso mismo, la prevención es fundamental. Las consecuencias de tener



que eliminar el implante en estas condiciones son temibles».

De igual forma, el profesor Niklaus Lang asegura que «la enfermedad periimplantaria es una de las principales amenazas que nublan el brillante presente y futuro de la terapéutica de implantes». De ahí que, a su juicio, «la prevención de la patología periimplantaria es básica» y, en su opinión, «debe sustentarse necesariamente en conseguir una situación de salud periodontal previa a la colocación de implantes, realizando un tratamiento completo de la periodontitis».

En definitiva, para el profesor Niklaus Lang «la mejor prevención de la periimplantitis pasa necesariamente por conseguir un estado de salud periodontal adecuado previo a la colocación de implantes, dar prioridad al manejo y cuidado de los tejidos blandos que rodean el implante e incluir a los pacientes en un programa de mantenimiento».

## PONIENDO EL FOCO EN EL DIAGNÓSTICO

Desde la perspectiva diagnóstica, **es posible también encontrar nuevas opciones para optimizar la detección precoz y, por lo tanto, el rápido y eficaz abordaje de las principales enfermedades periimplantarias**, tal y como destacará en el congreso de SEPA el Dr. Jan Derks. Tras la publicación de su tesis doctoral y de múltiples artículos de impacto en relación con la periimplantitis, este experto de la Universidad de Gotemburgo es actualmente un referente internacional en el diagnóstico y tratamiento de las patologías periimplantarias. Dentro de una sesión monográfica sobre periimplantitis, el 12 de abril de 2018 resaltarán la importancia y la manera de realizar un correcto diagnóstico de estas patologías de creciente prevalencia.

La conferencia incluirá datos del estudio observacional más grande realizado hasta la fecha sobre el tema y también resumirá las principales conclusiones del *workshop* mundial celebrado en Chicago en noviembre de 2017. «La información que presentaré es relevante para todos los médicos que se ocupan de la terapia restauradora en implantes y es útil en la práctica clínica», asegura el Dr. Derks.

Y es que la prevalencia de las enfermedades periimplantarias en los países desarrollados es un tema que preocupa especialmente a este experto. «En nuestros datos, observamos que aproximadamente **el 15% de todos los pacientes portadores de implantes presentaban signos muy evidentes de periimplantitis**. Estos pacientes deben ser atendidos, lo cual es un gran desafío para todos los que trabajamos como profesionales dentales. Esto explica el gran interés en los estudios sobre la prevención y el tratamiento de la periimplantitis», afirma.

Respecto al diagnóstico de enfermedades periimplantarias, el Dr. Jan Derks recuerda que «lo que necesitamos para hacer un diagnóstico adecuado es una sonda periodontal e ilustraciones radiográficas de los niveles óseos marginales. Estas herramientas ya las tenemos a nuestra disposición. En este contexto, los profesionales de la odontología que trabajan

con terapias restauradoras respaldadas por implantes deben ser conscientes de la importancia de una documentación de referencia adecuada».

Los estudios sobre la prevalencia de la periimplantitis generalmente funcionan con umbrales bien definidos, al identificar la pérdida ósea (por ejemplo, dos milímetros). Para el diagnóstico clínico cotidiano, señala el Dr. Derks, «los umbrales son menos relevantes» y, de hecho, recomienda que «ante la presencia de inflamación de los tejidos blandos, y si se detecta una pérdida ósea marginal, se diagnostique la existencia de una periimplantitis».

En cualquier caso, como subraya el Dr. Derks, «la clave del éxito en el manejo de las periimplantitis pasa, necesariamente, por un diagnóstico precoz y por un enfoque clínico muy práctico, basado en el cuidado adecuado del paciente». /

## SITUACIÓN EN ESPAÑA

Prácticamente uno de cada cuatro portadores de implantes dentales en España tiene periimplantitis, según se pone de relieve en un estudio pionero en nuestro país e impulsado por la SEPA. El primer estudio epidemiológico descriptivo transversal publicado en España, con una muestra aleatoria y no de conveniencia, arroja una prevalencia de periimplantitis del 24%, con un periodo de seguimiento medio de 8-9 años. Es sólo una de las muchas revelaciones de interés de un trabajo de referencia y próximo a su publicación en una revista científica de alto índice de impacto.

Este trabajo es fruto de la labor desempeñada desde hace más de cinco años por un equipo de profesionales designados por la SEPA para elaborar el protocolo de investigación del estudio epidemiológico sobre enfermedades periimplantarias más importante realizado en nuestro país y uno de los más relevantes a nivel mundial.

Hace más de dos años comenzó la recogida de datos, con la participación de más de 60 profesionales españoles, en una muestra equilibrada diseñada por el Dr. Juan Carlos Llodrá y con la determinación de más de 20 variables clínicas y radiográficas. Junto con el Dr. Llodrá, integran el equipo coordinador de este estudio los doctores Daniel Rodrigo, Elena Figuero e Ignacio Sanz Sánchez.

El objetivo era conocer la prevalencia de las enfermedades periimplantarias en nuestro país y sus posibles variables asociadas. Los coordinadores del estudio consideran que, desde un punto de vista metodológico, se encuentra entre los trabajos con más peso publicados hasta la fecha.

Según este experto, que presentó estos resultados en SEPA Málaga'17, «estamos ante un estudio pionero, multicéntrico y nacional realizado en el ámbito del ejercicio privado con una elevada representación del conjunto de dentistas que colocan implantes en España, aportando una imagen clara y fidedigna de la problemática».



# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA RECESIÓN GINGIVAL



Isidoro Cortell-Ballester, MD, DDS, MS, PhD. Director del Instituto CIMIV. Unidad de Odontología, Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial, Hospital Casa de Salud, Valencia. Socio titular de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB).

Raquel González-Martínez, DDS, MS, PhD. Coordinadora del Instituto CIMIV. Unidad de Odontología, Cirugía Bucal e Implantología Bucofacial, Hospital Casa de Salud, Valencia. Profesora responsable de Periodoncia, Universidad CEU-Cardenal Herrera, Valencia. Socia titular de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB).

*En este artículo se aborda la etiología de la recesión gingival, proceso por el que la encía se retrae dejando al descubierto partes del diente que antes estaban ocultas, así como los procedimientos más habituales de cirugía mucogingival para tratar este trastorno.*

La recesión gingival es el proceso por el cual los márgenes gingivales se desplazan apicalmente a la unión amelocementaria, dejando expuesta parte de la superficie radicular<sup>(1)</sup>.

## CAUSAS DE LA RECESIÓN GINGIVAL

Si bien hay autores que diferencian entre factores predisponentes y factores desencadenantes<sup>(1)</sup>, la etiología de la recesión gingival se puede considerar multifactorial y puede estar provocada por causas tan diferentes como la edad, un traumatismo causado por un incorrecto cepillado, restauraciones protésicas inadecuadas o una malposición de los dientes. En este último caso, un diente vestibularizado en un apiñamiento puede llegar a provocar que la cortical vestibular se reabsorba y que esta reabsorción ósea arrastre consigo la encía, provocando una recesión gingival. Estas malposiciones pueden ser naturales o estar causadas por complicaciones tras un tratamiento ortodóntico, ya que, en ocasiones, para alinear los dientes apiñados el movimiento de los dientes hacia delante desencadena el proceso de reabsorción del hueso vestibular y la consiguiente recesión gingival que acabamos de describir<sup>(2)</sup>.

También puede darse una retracción de las encías por pérdida de tejido causada por la enfermedad periodontal, como consecuencia de los frenillos labiales a nivel de los dientes anteriores (incisivos) o por cambios hormonales durante el embarazo y la menopausia o la pubertad<sup>(2,3)</sup>.

La evidencia científica apunta al cepillado traumático como causa principal de las recesiones en pacientes jóvenes y a la enfermedad periodontal como motivo más destacado en pacientes adultos<sup>(3)</sup>.

## TRATAMIENTO DE LA RECESIÓN GINGIVAL MEDIANTE CIRUGÍA MUCOGINGIVAL

En caso de que la recesión gingival esté en una fase avanzada, será necesario plantear el tratamiento a través de procedimientos quirúrgicos para corregir los defectos de la encía y los tejidos blandos que rodean el diente. Los procedimientos más frecuentes de cirugía mucogingival para tratar la retracción de las encías son<sup>(4-7)</sup>:

### Colgajos de avance

Para casos de recesiones gingivales leves, los tratamientos más frecuentes son los colgajos de avance, que pueden ser colgajos de reposición coronal, descritos por Zucchelli y de Sanctis<sup>(4)</sup>, colgajos de reposición lateral o la técnica de sobre descrita por Raetzke<sup>(7)</sup> entre otras. Este tipo de tratamientos son los más indicados para retracciones moderadas de la encía, ya que resultan menos traumáticos al no requerir injerto de tejido conectivo. El cirujano practica incisiones liberadoras laterales al defecto –sobrepasando o no la línea mucogingival en función del caso– para separar el colgajo con el que se cubre la zona expuesta. A continuación, se sutura en su nueva posición cubriendo la raíz dentaria.

### Injertos gingivales

Los tratamientos con injertos dependerán del tipo de recesión y de las características de ésta.

Desde los inicios de la odontología se han realizado diferentes clasificaciones de las recesiones gingivales<sup>(5,6)</sup>. En 1985, el Dr. Preston D. Miller<sup>(6)</sup> realizó una clasificación de las recesiones gingivales que, a día de hoy, sigue siendo la más utilizada clínicamente para describir la recesión gingival:

- Clase I: recesión de los tejidos marginales que no alcanza la línea mucogingival.
- Clase II: recesión de los tejidos marginales que se extiende o va más allá de la unión mucogingival sin pérdida de hueso o tejidos blandos en el área interdental.



Muestra de tejido conectivo tomada del paladar.



Preoperatorio. Recesión gingival de clase IV de Miller.



Intraoperatorio. Colgajo recesión gingival de clase IV de Miller.



Postoperatorio. Injerto en recesión gingival de clase IV de Miller.

- Clase III: recesión de los tejidos marginales que se extiende más allá de la unión mucogingival con pérdida de la inserción periodontal en el área interdental o mala posición dentaria.
- Clase IV: recesión de los tejidos marginales que se extiende más allá de la unión mucogingival. Presenta pérdida severa de hueso o tejido blando en el área interdental y/o grave malposición dentaria.

La toma del injerto se puede realizar del paladar o de la tuberosidad del maxilar y la elección de una localización u otra dependerá de la cantidad de tejido conectivo que necesitemos para realizar el injerto. Si no precisamos mucho tejido, podemos tomarlo de la tuberosidad del

maxilar. Cuando la cantidad de tejido que requiramos sea más grande, habrá que recurrir al paladar<sup>(4,5,7)</sup>.

Ambas zonas tienen ventajas e inconvenientes tanto para el paciente como para el odontólogo. Por ejemplo, la ventaja de extraer tejido del paladar es que el acceso a esta zona de la cavidad bucal es más sencillo y que podemos tomar mayor cantidad de tejido, pero tenemos como inconveniente un postoperatorio más molesto para el paciente<sup>(4,5,7)</sup>.

En el caso de la toma de tejido de la tuberosidad maxilar, la cantidad que podemos obtener es menor y se requiere una mayor habilidad del cirujano para acceder a la zona y realizar la obtención

del injerto con éxito. Por otra parte, se da la ventaja de que el posoperatorio es menos molesto para el paciente. Otro aspecto a tener en cuenta es la presencia de cordales que pueden dificultar la toma del injerto de esta zona<sup>(4,5,7)</sup>. /

• **«CUANDO LA RECESIÓN GINGIVAL ESTÁ EN UNA FASE AVANZADA, ES NECESARIO PLANTEAR EL TRATAMIENTO A TRAVÉS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS»**

## REFERENCIAS

- (1) Dorfman HS, Kennedy JE, Bird WC. Longitudinal evaluation of free autogenous gingival grafts. J Clin Periodontol 1982; 53: 349-352.
- (2) Wennström JL. Lack of association between width of attached gingiva and development of gingival recessions. A 5-year longitudinal study. J Clin Periodontol 1987; 14: 181-184.
- (3) Lindhe J. Clinical periodontology and implant dentistry. Blackwell, 2003.
- (4) Zucchelli y de Sanctis. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. J Periodontol 2000; 71: 1.506-1.514.
- (5) Sullivan HC, Atkins JH. Free autogenous gingival grafts. III. Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. Periodontics 1968; 6: 152-160.
- (6) Miller PD. A Classification of marginal tissue recession. Int J Periodont Rest Dent 1985; 2: 9-13.
- (7) Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. J Periodontol 1985; 56: 397-402.

# IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LA HALITOSIS



Un 30% de la población padece o ha padecido halitosis y el 90% de estos casos se originan en la cavidad oral. Además, en dos de cada tres pacientes que presentan halitosis por causa oral ésta va asociada a algún tipo de enfermedad periodontal. De ahí la importancia de su correcto diagnóstico y tratamiento.

Mar Romero Gómez  
Responsable de la Comisión de Periodoncia del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de la Comunidad de Madrid.

Se conoce por halitosis el conjunto de olores desagradables que emanan de la boca, un trastorno comúnmente denominado mal aliento. El aliento es aire que expulsamos por la boca o por la nariz al respirar y que contiene varios gases y compuestos volátiles que pueden proceder de la boca, las fosas nasales, los senos, la faringe, los bronquios, los pulmones e incluso del aparato digestivo.

El olor desagradable se debe principalmente a compuestos sulfurados volátiles (CSV) producidos por la degradación metabólica de bacterias (generalmente anaerobias Gram-) en superficies como la mucosa, las bolsas periodontales, las piezas dentales y, sobre todo, el dorso de la lengua. Es importante saber que pequeñas concentraciones de estos compuestos son muy tóxicas para los tejidos orales.

Los CSV más relevantes son el sulfuro de hidrógeno, el metilmercaptano y el dimetil-sulfuro. Los dos primeros son los que se

encuentran en mayor concentración en las halitosis provocadas por una causa oral, y el tercero, en las de causa extraoral. Para identificar la halitosis en un paciente se deben realizar las siguientes pruebas:

- Cuestionario de salud general, hábitos y alimentación.
- Exploración bucal completa.
- Evaluación organoléptica: el olfato humano es el método de referencia, con el inconveniente de ser muy subjetivo.
- Evaluación con detectores de gases: dentro de los más reconocidos se encuentran el monitor portátil de sulfuros Halimeter®, que cuantifica el conjunto de CSV dando un único resultado en ppb, y el cromatógrafo de gases Oral Chroma®, que ofrece la posibilidad de conocer la concentración de los tres principales CSV de forma individual.
- Análisis microbiológico.

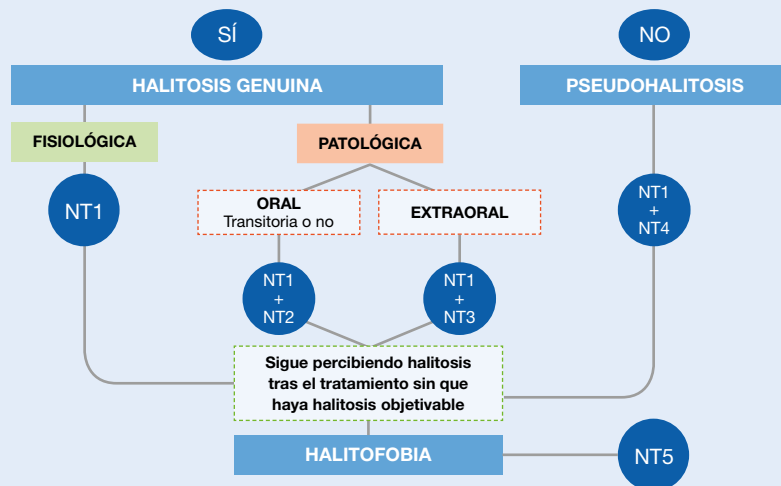
Una vez conocida la causa del mal aliento se procede al tratamiento del mismo y a la monitorización del paciente.

Se estima que un 30% de la población padece o ha padecido halitosis y que el 90% de estos casos se originan en la cavidad oral. También se puede afirmar que en dos de cada tres pacientes que presentan halitosis por causa oral ésta va asociada a algún tipo de enfermedad periodontal. De ahí la importancia de su correcto diagnóstico y tratamiento.

En los últimos años, el estudio y el control de la halitosis están siendo cada vez más demandados por parte de los pacientes, debido probablemente al aumento de la educación sanitaria y a la preocupación por su repercusión en su salud y en su vida cotidiana.

Gracias a todo esto, a la mejor accesibilidad a un diagnóstico y a la formación de los profesionales de forma específica, se está logrando una progresiva disminución de los casos de halitosis por causa oral en la actualidad. /

**HALITOSIS.** Clasificación de Miyazaki y colaboradores, 1999



## NECESIDAD DE TRATAMIENTO (NT)

- Explicación y posible evolución de la halitosis
- Limpieza profesional
- Instrucciones de higiene y consejos de hábitos
- Revisiones periódicas
- Tratamientos periodontales y odontológicos generales
- Derivar a especialistas en otras ramas de la medicina
- Explicación de la no existencia de halitosis objetivable
- Derivar a especialista en psicología o psiquiatría

## ¡DIENTES LIMPIOS. ¿LENGUA LIMPIA?



En la lengua se acumulan la mayor parte de bacterias de la boca. Según algunos estudios, en el 41% de los casos el mal aliento es de origen lingual; por eso es importante limpiar la lengua cada día con un limpiador lingual. De ese modo se evita la proliferación de bacterias anaerobias productoras de gases malolientes llamados compuestos volátiles de sulfuro (CVS), responsables del mal aliento.

Es importante realizar una **correcta limpieza de la lengua para evitar no sólo la halitosis de forma directa, sino también la caries y las enfermedades periodontales de forma indirecta.** Los principales beneficios son:

- ✓ Eliminar el cubrimiento lingual.
- ✓ Prevenir la formación de biofilm (placa bacteriana) sobre los dientes.
- ✓ Mejorar la capacidad del sentido del gusto.

De la mano de Halita®, DENTAID lanza una campaña para promover el uso del limpiador lingual, una herramienta que debería formar parte de la higiene bucal diaria de todas las personas, al igual que el cepillo dental.



## WATERPIK® INALÁMBRICO EXPRESS, AHORA EN COLORES

Tras el exitoso lanzamiento de los nuevos irrigadores bucales Waterpik® Traveler WP-300 en color, Waterpik® presenta el **irrigador Waterpik® Inalámbrico Express WP-02**, también en colores variados.

De esta manera, Waterpik® amplía la gama de irrigadores con el fin de que cada persona pueda encontrar el irrigador bucal que más encaje con sus necesidades. Modelos que permiten realizar una higiene bucodental en profundidad en cualquier sitio y lugar y, además, de una manera divertida, con colores atractivos en negro, rosa y azul que conectan con los gustos del consumidor.

El nuevo irrigador Waterpik® Inalámbrico Express WP-02 presenta un diseño ligero y portátil y, gracias a su uso a pilas, no necesita ser enchufado a la corriente, por lo que es ideal para baños con espacios reducidos o para su uso fuera de casa.

Waterpik®, ahora en colores; acerca la irrigación bucal a todos tus pacientes para que puedan realizar diariamente una higiene bucal completa.

waterpik®

TRAVELER™ WP-300



NUEVA GAMA EN COLOR

### IDEAL PARA VIAJAR

- 50% Más pequeño que los modelos de sobremesa anteriores
- Selección automática de voltaje

### Accesorios incluidos

- 1 boquilla estándar
- 1 boquilla ortodóntica
- 1 boquilla Plaque Seeker® para placa inaccesible
- 1 limpiador lingual
- Estuche para viaje
- Adaptador de corriente



waterpik®

INALÁMBRICO EXPRESS WP-02



NUEVA GAMA EN COLOR

### USO INALÁMBRICO A PILAS

- Portátil y ligero
- No necesita enchufe
- Puede usarse en la ducha

### Accesorios incluidos

- 2 boquillas estándar
- 3 pilas Waterpik®
- No necesita ser enchufado a la corriente



# DENTAID, EN EL VI CONGRESO IBEROAMERICANO DE PERIODONCIA



*DENTAID, Sponsor Platinum de la Sociedad de Periodoncia de Chile, participó en el VI Congreso Iberoamericano de Periodoncia de la FIPP 2017, celebrado en el Centro de Eventos Casapiedra de Vitacura, en Santiago de Chile.*

El congreso de la Federación Iberoamericana de Periodoncia (FIPP) es un encuentro científico que se produce cada tres años y en el que se reúnen los clínicos y científicos más importantes dentro del área de la periodoncia de Centroamérica, Sudamérica y España.

En esta edición inauguró el congreso el Dr. Rubén León, director del Área de Investigación de DENTAID, con un interesante trabajo sobre la prevalencia de nuevos candidatos a patógenos periodontales en poblaciones de personas sanas y con periodontitis crónica. La novedad del trabajo es que se han analizado las muestras de placa subgingival con técnicas moleculares de secuenciación masiva de ADN bacteriano. Aún con resultados preliminares, se destacó la presencia aumentada de *Filifactor Alocis* en muestras de pacientes con periodontitis crónica en España.

El segundo y el tercer día del congreso se abrieron con un conferenciante de reconocido prestigio en el campo de la periodoncia: el Dr. Mariano Sanz. El Dr. Sanz presentó un avance de lo que será la nueva clasificación de enfermedades periodontales que se ha discutido en un *workshop* reciente entre la European Federation of Periodontology (EFP) y la American Academy of Periodontology (AAP) en Chicago.

El último día de congreso tuvo como gran protagonista al Dr. Niklaus Lang, con una excelente conferencia sobre el estado de la cuestión de las enfermedades periimplantarias.

Asimismo, y dentro del concurso de comunicaciones científicas, se entregaron los premios ganadores auspiciados por



*Presidentes de las sociedades de Periodoncia de Perú, Ecuador, Venezuela, España y FIPP, junto al director general de la Sociedad de Periodoncia de España y el presidente de DENTAID.*

DENTAID a la Dra. Laura Weber Aracena, de la Universidad de los Andes, por el trabajo «Caracterización de vesículas extracelulares en fluidos orales según diagnóstico periodontal: Estudio piloto

descriptivo», y al Dr. Jaime Díaz-Zúñiga, de la Universidad de Chile, por el estudio «*Porphyromonas gingivalis* induce inflammation and morphological changes in rats brain»./

## LA PRESENCIA DE DENTAID



# ENTENDER LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL, LA CLAVE PARA EL PACIENTE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO

La **hipersensibilidad dental** es una condición bucodental que afecta a una de cada cuatro personas y constituye un motivo de consulta frecuente en la clínica dental. Puede resultar **muy molesta** para la persona que la sufre, pero se puede mejorar considerablemente su

calidad de vida tan sólo con tratamiento ambulatorio. Para que éste funcione, **es importante que el paciente entienda qué es la hipersensibilidad dental, cómo se produce y cómo se puede solucionar**. Si el paciente comprende el problema, la adherencia al tratamiento

ambulatorio y el cumplimiento de unos hábitos correctos serán más exitosos, y se podrá evitar así que la hipersensibilidad empeore y se tenga que recurrir a soluciones más invasivas, como la aplicación de resinas o la práctica de una endodoncia en última instancia. /

## ELEMENTOS BÁSICOS PARA QUE EL PACIENTE ENTIENDA LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL

1. Explicar la hipersensibilidad dental: exposición de los túbulos dentinales.
2. Explicar los objetivos del tratamiento ambulatorio:

### Combatir los síntomas:

- Uso de productos de higiene bucal específicos que actúen sellando los túbulos dentinales (para bloquear el paso del estímulo) e inhibiendo la transmisión del dolor.
- Evitar la exposición a factores desencadenantes (frío, calor, ácidos, etc.).

### Prevenir su progresión:

- Corrección de malos hábitos: evitar morder objetos duros o apretar los dientes.
- Uso de productos que ayuden a prevenir el desgaste del esmalte dental y cuiden las encías.
- Revisión odontológica para hacer un seguimiento de la situación.



**Desensin** repair

## LA SOLUCIÓN COMPLETA PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL



1. Acción **DESENSIBILIZANTE física**. **Nanopartículas de hidroxiapatita**: se depositan sobre los túbulos dentinales expuestos, sellándolos y formando una capa protectora resistente al lavado que evita el dolor.
2. Acción **DESENSIBILIZANTE química**. **Nitrato potásico**: inhibe la transmisión del estímulo en las terminaciones nerviosas.
3. Prevención de la **PÉRDIDA DE ESMALTE**. **Monofluorofosfato sódico**: remineraliza el esmalte, previniendo su pérdida. **Nanopartículas de hidroxiapatita**: se depositan sobre el esmalte dental, reparándolo y formando una capa protectora resistente a la erosión por ácidos.
4. Acción **ANTICARIES**. **Monofluorofosfato sódico**: refuerza el esmalte previniendo la caries. **Nanopartículas de hidroxiapatita**: se integran con el esmalte y se combinan con el flúor, formando fluorapatita, más resistente frente a la aparición de caries.
5. Protección de las **ENCÍAS**. **Pantenol (provitamina B5), alantoína y vitamina E**: protegen y ayudan a regenerar el tejido gingival, favoreciendo la prevención de la recesión gingival.



### ¿QUIERES SABER MÁS SOBRE LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL?

Entra en [www.desensin.es](http://www.desensin.es) y realiza el curso de formación *on-line* «Hipersensibilidad dental» impartido por el Dr. Gil Loscos en el congreso SEPA Málaga 2017.

## AVANCES EN EL GRUPO DE TRABAJO SEPA-SEC

En la última reunión de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC) se avanzó en diversos proyectos cuyo objetivo es fomentar la salud bucal desde el ámbito cardiológico y la prevención de las enfermedades cardiovasculares desde la clínica dental.



Reunión del grupo de trabajo SEPA-SEC, patrocinado por VITIS® encías y Perio-Aid®, en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

El pasado 3 de noviembre tuvo lugar en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla una reunión del grupo de trabajo formado por la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y la Sociedad Española de Cardiología (SEC). En esta reunión estuvieron presentes los doctores Gonzalo Barón y Juanjo Gómez Doblás por parte de la SEC, y Antonio Bujaldón y Elena Figueroa por parte de la SEPA, así como representantes de la gestión de la SEPA y de DENTAID.

Durante la sesión se determinó el balance positivo de la relación entre ambas sociedades, reconociendo el apoyo de

la empresa colaboradora DENTAID a través de sus marcas VITIS® encías y Perio-Aid®.

También se revisó el documento de consenso realizado por médicos especialistas en diversas disciplinas y odontólogos acerca del manejo perioperatorio y el periprocedimiento del tratamiento antitrombótico. Del mismo modo, se hizo balance del curso para odontólogos dentro del proyecto «Mimocardio», que tiene como objetivo promover la salud cardiovascular desde la clínica dental. Por último, se dio un impulso al proyecto de colaboración con unidades de rehabilitación en varios hospitales de referencia.

Todos los proyectos tienen el **objetivo común** de fomentar la salud bucal desde el ámbito cardiológico y la prevención de las enfermedades cardiovasculares desde la clínica dental. /



## DENTAID, AL LADO DE LAS PERSONAS

La implicación de DENTAID con la sociedad se traduce en un esfuerzo por cuidar de la salud bucal de las personas. Por ello, apostamos por la promoción de la importancia de la salud bucal, a la vez que llevamos a cabo acciones solidarias de colaboración con ONG, con el objetivo de concienciar sobre la necesidad de seguir una correcta higiene bucal como prevención de muchas enfermedades. /



Iniciativa solidaria promovida por el Dr. Miguel Ángel Coz en Juliaca, Perú.



# ENFERMEDAD PERIODONTAL: NUEVA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DE LA MANO DE VITIS® ENCÍAS

VITIS® encías lanza en 2018 una campaña para alertar sobre el sangrado de encías y las consecuencias que puede ocasionar en la salud bucodental de las personas.

La enfermedad periodontal es, después de la caries, la patología más prevalente de la cavidad bucal.

Además de ser una enfermedad muy extendida en la población, cabe destacar las graves consecuencias que puede acarrear ya sea a nivel bucal, con la pérdida de dientes o trastornos como la halitosis, o a nivel del impacto que puede tener en la salud general. En sus formas más severas se relaciona con el desarrollo y la evolución desfavorable de enfermedades como la diabetes, sobre toda la de tipo II, la enfermedad cardiovascular aterosclerótica o posibles efectos adversos en el embarazo.

VITIS®, de la mano de sus productos para la prevención y la ayuda al tratamiento de la gingivitis, VITIS® encías, lanza este 2018 una campaña de concienciación sobre la importancia de no pasar por alto el sangrado de las encías, un sangrado que puede estar indicando el inicio de enfermedad periodontal con las consecuencias que ello conlleva. /



Tu boca te  
está hablando  
cuando tus  
encías sangran

Escúchala, es el primer  
síntoma de la gingivitis

«EN SUS FORMAS MÁS SEVERAS, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SE RELACIONA CON EL DESARROLLO Y LA EVOLUCIÓN DESFAVORABLE DE PATOLOGÍAS COMO LA DIABETES, SOBRE TODO LA DE TIPO II, Y OTRAS ENFERMEDADES, AFECTANDO A LA SALUD GENERAL»



encías

Previene y ayuda a tratar la inflamación y el sangrado de encías por gingivitis



# ¿QUÉ ES LA XEROSTOMÍA?

La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad bucal que normalmente se debe a la disminución o ausencia de saliva provocada por una alteración en el funcionamiento de las glándulas salivales. Las glándulas salivales son las responsables de la secreción de saliva. La saliva es necesaria para el correcto funcionamiento de la cavidad bucal.

## IMPORTANCIA DE LA SALIVA

### FUNCIONES QUE REALIZA LA SALIVA

SALIVA (95% agua; 5% minerales, enzimas, Ig, etc.)



## COMPLICACIONES BUCALES

La xerostomía favorece la aparición de complicaciones bucales:

- Caries.
- Mayor riesgo de infecciones como candidiasis y herpes.
- Disgeusia, alteración del gusto.
- Disfagia, dificultad para tragar.
- Glosodinia, sensación de ardor en la cavidad bucal.
- Halitosis.
- Dificultad en el habla.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS

### SÍNTOMAS

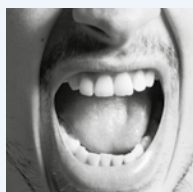
- Boca seca e irritada.
- Halitosis (mal aliento).
- Lengua ardiente y quemazón.
- Sequedad nocturna y dificultad para dormir.
- Dificultad para masticar, deglutir y hablar.
- Alteraciones gustativas que conducen a la apreciación de un sabor metálico.
- Sensibilidad dental.

### SIGNOS

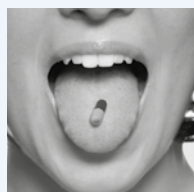
- Pérdida de brillo y palidez de la mucosa bucal.
- Fisuras en labios y lengua.
- Inflamación y posible infección por *Candida sp.*
- Labios resecos.
- Queilitis angular (fisuras en los ángulos de la boca).
- Aumento del número de caries.
- Saliva espesa o filamentosa.

## PRINCIPALES CAUSAS

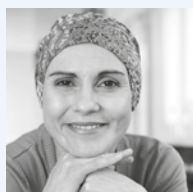
### Estrés



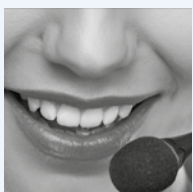
### Medicación



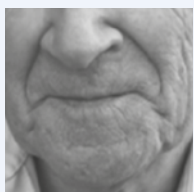
### Tratamientos oncológicos



### Hablar mucho



### Edad avanzada



### Otras causas

- Dieta desequilibrada
- Tabaco y alcohol
- Enfermedades sistémicas
- Ausencia de dientes
- Síndrome de Sjögren

La prevalencia de la xerostomía es del 20-40%, siendo mayor en **mujeres, personas de edad avanzada y pacientes polimedicados**. Todas estas personas pueden padecer problemas de boca seca y muchas no saben que hay una solución. Por ello es importante que se recomienden soluciones, como **Xeros dentaid®**, para poder **mejorar la calidad de vida** del paciente que padece este trastorno.

## SOLUCIONES DENTAID

**xeros**  
dentaid  
máxima hidratación y cuidado de la boca seca

Xeros dentaid® ofrece una gama completa para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen boca seca, según su necesidad.



GAMA HIDRATANTE



GAMA ESTIMULANTE

# DENTAID PRESENTA SUS ÚLTIMAS NOVEDADES EN DIFERENTES ENCUENTROS CIENTÍFICOS

DENTAID ha participado recientemente en diversos congresos odontológicos compartiendo sus últimos avances en esta materia. Los eventos científicos son un punto de encuentro clave con la comunidad científica para una puesta al día, así como una oportunidad de compartir y dar a conocer los últimos lanzamientos.

## DENTAID, POR PRIMERA VEZ EN EL CONGRESO SEMERGEN

DENTAID participó en la 39ª edición del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). La compañía fue el único laboratorio de salud bucal presente en el encuentro, registrando un alto índice de interés y visitas por parte de este sector médico. Más de 4.500 médicos de atención primaria se dieron cita en la ciudad andaluza, según la organización.

Durante los días de congreso, DENTAID formó parte de una **mesa redonda** donde el tema a debatir fue «La salud bucal también importa: consejos al paciente desde la consulta del médico de familia».

## Congreso SEMERGEN - Granada



## JUNTO A LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

DENTAID es patrocinador de sociedades científicas nacionales e internacionales, como la Sociedad de Periodoncia de Chile (SPCH), la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética (SE-PES), la SEPA, la Sociedad Española de

Cirugía Bucal (SECIB) o la Federación Española de Higienistas Bucodentales (HIDES). La compañía participó en cada uno de los encuentros organizados por cada sociedad en los últimos meses bajo un mismo denominador común: compartir con la comunidad odontológica los últimos avances en salud bucal:

## Congreso de la HIDES - Santiago de Compostela



## Congreso EAO-SEPES - Madrid



## Congreso de la FDI - Madrid



## Congreso SEPA JOVEN - Valladolid



## Congreso de la SECIB - Valencia



### ¡ANOTA LAS FECHAS EN TU AGENDA!

Estaremos presentes en los siguientes encuentros científicos de 2018

15-17 de marzo - Madrid

✓ *Expodental*

12-14 de abril - Sevilla

✓ *Reunión Anual de la SEPA*

20-23 de junio - Ámsterdam

✓ *Europeo 9*

17 de marzo - Madrid

✓ *IV Simposio SEPA-DENTAID*

9 de junio - Madrid

✓ *I Congreso Multidisciplinar de Salud Bucodental*

# juntos

(adv) m. Unidos por la responsabilidad de hacer bien las cosas.

En DENTAID entendemos la salud bucal como un compromiso de todos. Una responsabilidad y una ilusión que compartimos con los odontólogos e higienistas dentales. Porque sabemos que sólo avanzando juntos podemos ofrecer las soluciones más adecuadas a cada persona.

**NUEVOS SIGNIFICADOS.**

**NUEVAS POSIBILIDADES EN SALUD BUCAL.**



interprox.  
xeros dentaid

Desensin  
waterpik



**DENTAID**  
Expertos en Salud Bucal  
[www.dentaid.com](http://www.dentaid.com)