

Cap. 17. CONTROLUL PLĂCII ÎN TERAPIA PARODONTALĂ

Controlul plăcii constituie baza profilaxiei și tratamentului majorității afecțiunilor inflamatorii de la nivelul țesuturilor parodontale. El se referă la toate măsurile luate de către pacient și medicul dentist pentru a împiedica acumularea plăcii bacteriene și a altor depozite de la nivelul dinților și suprafețelor gingivale, prevenind astfel apariția, dezvoltarea și progresia bolii parodontale.

Formarea continuă a plăcii dentare, asociată cu aspectul cronic al bolii parodontale, conduce la concluzia că doar un control eficient al plăcii, pe o lungă perioadă de timp, menține statusul parodontal sănătos, boala parodontală nefiind vindecată ci doar controlată.

Controlul plăcii se realizează prin:

1. Controlul mecanic al plăcii
2. Controlul chimic al plăcii

Obiectivele controlului plăcii

Controlul regulat al plăcii are două efecte asupra țesuturilor:

- Îndepărtarea depozitelor moi de la nivelul dinților și țesuturilor gingivale (placă, materia albă, resturi alimentare);
- Realizarea unui masaj gingival, care crește tonusul gingival, stimulează cheratinizarea și circulația gingivală.

Secvențialitatea măsurilor de igienă bucală în cadrul terapiei parodontale

Instrucția pacientului în ceea ce privește controlul plăcii și evaluarea rezultatelor trebuie să fie continuă, atâta timp cât pacientul este tratat. Pe toată perioada tratamentului, în funcție de fiecare etapă, se urmăresc anumite aspecte.

Terapia inițială

Prima formă a terapiei parodontale active este reprezentată de instruirea pacientului în ceea ce privește măsurile de igienă bucală. Dacă acest lucru se face înaintea detartrajului, pacientul va remarca reducerea tendinței de gingivoragie datorită efortului propriu. Această metodă este foarte eficientă pentru a demonstra importanța cooperării între pacient și medic, în reușita tratamentului parodontal.

Dacă depozitele de tartru sau restaurările dentare împiedică controlul plăcii prin metodele obișnuite, se face detartrajul profesional anterior instrucției asupra controlului plăcii. Controlul maxim al plăcii nu este posibil în timpul terapiei inițiale dacă sunt prezente pungile parodontale; cu toate acestea, tratamentul chirurgical nu se începe până când pacientul nu a deprins o tehnică corectă de periaj, care va controla placa în mod eficient după îndepărtarea chirurgicală a pungilor.

Terapia corectoare

După terapia chirurgicală, măsurile de igienă bucală se reiau după îndepărtarea pansamentului parodontal, fiind îmbunătățite continuu în timpul vizitelor de control. Reducerea completă a pungilor și hiperestezia dentară minimă după chirurgia parodontală este corelată direct cu eficiența controlului plăcii în timpul vindecării inițiale.

Dacă se efectuează lucrări protetice, conținți fixe sau mobile, este important ca și aceste piese protetice să fie controlate din punct de vedere al plăcii.

Terapia de menținere

Chiar dacă în timpul fazelor active de tratament s-a obținut un control maxim al plăcii, controlul periodic care să evalueze progresele pacientului este esențial din punct de vedere al eficienței de durată; pornind de la natura cronică a bolii parodontale, această fază de menținere este cea mai importantă a tratamentului parodontal.

1. CONTROLUL MECANIC AL PLĂCII

PERIAJUL DENTAR

Periajul dentar constituie mijlocul fundamental de îndepărtare mecanică a plăcii și celorlalte depozite. El se efectuează cu periuțe manuale sau periuțe electrice. Nu s-a demonstrat superioritate periuțelor acționate electric față de cele manuale.

Periile de dinți se prezintă sub o varietate de forme, mărimi, textură a perilor, lungime, aranjament, pentru a fi corelate cu nevoile individuale ale fiecărui pacient. Nu există o periuță universală adecvată oricărui pacient.

Periuța trebuie să aibă acces optim în toate zonele cavității bucale, cele cu cap mic sunt cele mai eficiente din acest punct de vedere. Capul periuței prezintă smocuri de peri, grupați în 3-4 rânduri. Se recomandă periuțe de nylon, cu peri rotunjiți, care nu traumatizează gingia. Duritatea periuțelor este soft, medium sau hard, în funcție de diametrul perilor (0,2 mm pentru periuțele soft, 0,3 mm pentru periuțele medium și 0,4 mm pentru periuțele hard). Cele mai puțin nocive sunt periuțele soft, recomandate în tehnica de periaj Bass.

Presiunea mare aplicată în timpul periajului determină apariția retracției gingivale, a ulcerărilor gingivale sau a leziunilor de smalț sau cement, mai ales dacă este asociată cu o periuță dură. Se recomandă folosirea concomitentă a două periuțe, care vor fi schimbate atunci când perii sunt îndoiiți sau rupti. În general, periuțele de dinți se schimbă odată la 3 luni.

Metode de periaj

Nu există o metodă universală, valabilă care să fie adecvată tuturor pacienților. Alegerea periuței de dinți cât și a tehnicii de periaj depinde de situația individuală bazată pe anumite indicații și contraindicații.

Tehnicile de periaj au fost clasificate în funcție de tipul mișcărilor folosite. Au fost descrise tehnici de periaj orizontal, vertical, circular, vibrator, marea majoritate fiind de domeniul istoric. Astăzi se folosesc în special metodele vibratorii (Stillmann, Charters și Bass).

Periajul trebuie să cuprindă toate zonele arcadelor dentare. Se recomandă pacientului să înceapă cu regiunea molară a unei arcade și să facă periajul pe fețele vestibulare sau orale, înconjurând arcada dentară până la punctul începerii periajului. Același procedeu se aplică pe arcada antagonistă până sunt periate toate zonele accesibile. Ultima suprafață periată va fi suprafața ocluzală. În funcție de necesitățile individuale de periaj și tehnica utilizată, se consideră necesare 10 mișcări pentru fiecare zonă sau în timp de 10" pentru fiecare zonă.

Metoda Bass (periajul intrasulcular)

Este cea mai recomandată metodă de periaj care, efectuată corect, îndepărtează placa de pe 1/3 cervicală a dinților și din șanțul gingival. Capul periutei se plasează paralel cu suprafața ocluzală, sub un unghi de 45 de grade față de axul dintelui (Fig. 55). Capetele rotunjite ale perilor pătrund la nivelul șanțului gingival, aplicându-se mici mișcări vibrator-rotatorii, asociate cu presiuni blânde în direcție apicală. Capătul perilor stă pe loc iar periajul nu trebuie să fie viguros. Pe fețele orale ale dinților anteriori se recomandă plasarea periei în direcție verticală, paralelă cu axul lung al dinților.



Fig. 55 – Metoda Bass

Metoda Bass modificată

Prima parte a acestei metode este identică cu tehnica Bass. Modificarea constă în asocierea unor mișcări verticale spre suprafața ocluzală, după efectuarea mișcării vibratorii din șanțul gingival.

Metoda Stillmann

Perii se plasează în unghi de 45 de grade în direcție apicală, parțial pe gingie și parțial pe zona cervicală a dinților. Se aplică presiuni blânde, asociate cu mișcări vibrator - rotatorii, păstrând poziția perilor neschimbată.

Metoda Stillmann modificată

Prima parte a metodei este identică cu tehnica Stillmann. Modificarea constă în efectuarea unor mișcări verticale spre suprafața ocluzală, după efectuarea mișcărilor vibratorii.

Ambele tehnici produc stimularea țesuturilor gingivale și îndepărtează depozitele moi din 1/3 cervicală ale dinților (Fig. 56).

Cele 4 tehnici descrise se indică la parodonțiul cu spații proximale ocupate de gingie interdentară.

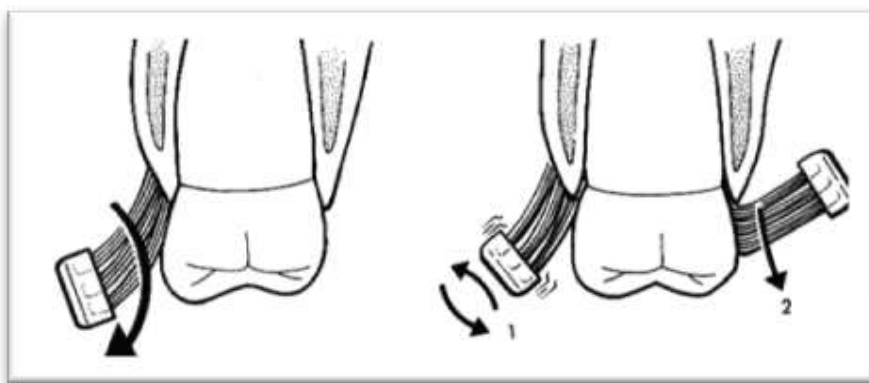


Fig. 56 – Metoda Stillman/Stillman modificată

Metoda Charters

Se indică atunci când gingia interdentară nu umple ambrazurile. Această tehnică curăță foarte bine suprafețele proximale dentare, dacă spațiile interproximale ale ambrazurilor sunt libere. Cercetările au demonstrat că nici tehnica circulară, nici tehnica Bass, nu sunt eficiente în îndepărtarea plăcii de pe suprafețele proximale ale dinților.

Perii se plasează invers față de tehnica Bass și Stillmann, în unghi de 45 de grade spre suprafața ocluzală, vârful perilor pătrunde în spațiile interproximale (Fig. 57). Din această poziție se aplică mișcări rotator-vibratorii.



Fig. 57 – Metoda Charters

Periajul suprafețelor ocluzale

O eroare comună în periajul suprafețelor ocluzale este folosirea unor mișcări orizontale lungi pe toată suprafața ocluzală a dinților unei hemiarcade. Pentru o bună curățire a acestor suprafețe, se recomandă plasarea perilor în unghi drept pe suprafața ocluzală, cu vârful perilor adânc la nivelul șanțurilor, fosetelor, fisurilor. Se indică folosirea a 2 tipuri de mișcări:

- mișcări circular – vibratorii, cu perii plasați în poziția indicată;
- mișcare scurtă dar energetică de ridicare a perilor din fosete și șanțuri pentru îndepărtarea depozitelor de la acest nivel.

Periajul limbii

Periajul limbii îndepărtează microorganismelor, depozitelor moi și celulele epiteliale descuamate de pe suprafața dorsală a limbii. Periuța se plasează în unghi drept pe suprafața linguală și se aplică presiuni asociate cu mișcări dinainte-înapoi, pe suprafața limbii.

Periajul traumatic

Periajul traumatic se referă la efectele negative ale acestui tip intempestiv de periaj, care pot afecta atât țesuturile moi cât și țesuturile dentare. Cauzele cele mai frecvente sunt reprezentate de :

1. Presiuni excesive;
2. Angulație incorectă;
3. Duritate exagerată a perilor;
4. Direcție incorectă de periaj (periaj orizontal);
5. Folosirea de perii uzate, care traumatizează gingia prin înțepare.

MIJLOACE SUPLIMENTARE ALE IGIENEI BUCALE

Periajul nu poate curăța complet suprafețele dentare; pentru un control fidel al plăcii; el este suplimentat prin mijloace care curăță spațiile proximale sau celelalte zone care nu sunt atinse de periaj. În același timp este necesar și masajul gingival. Mijloacele suplimentare de igienă orală nu înlocuiesc periajul, ci îi potențează acțiunea de curățire dentară.

Metode de curățire proximală

Necesitatea îndepărtării regulate a plăcii de pe suprafețele proximale ale dinților rezultă din faptul că, locul de elecție unde debutează boala parodontală îl constituie țesuturile proximale parodontale. Este necesară folosirea unor mijloace suplimentare de igienă orală pentru curățirea spațiilor proximale, alegerea lor depinzând de caracteristicile clinice ale ambrazurilor, starea țesutului gingival și necesitățile individuale ale pacientului.

Pentru curățirea proximală se folosesc:

- mătasea dentară;
- stimulatoarele;
- periute interdente (Fig. 58).

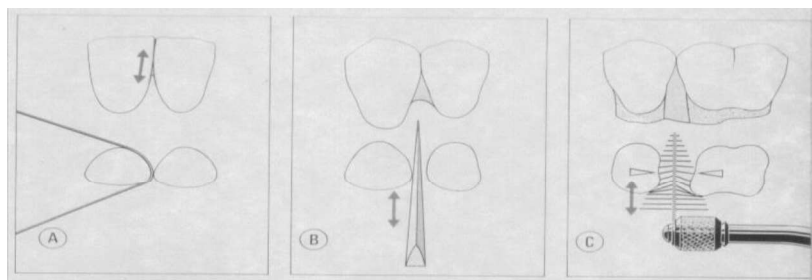


Fig. 58 – Metodele de curățire proximală. A. mătasea dentară. B. stimulatorul. C. Periuța interdentală

Mătasea dentară se recomandă la pacienții cu parodonțiu sănătos, fără re tracție gingivală proximală, cu suprafețele dentare proximale orizontale sau convexe . Se recomandă și la pacienții cu atrofie gingivală interdentală, dar nu este eficace în cazul suprafețelor proximale radiculare concave. Există mai multe tipuri de mătase dentară (cerată, necerată), cercetările indicând superioritatea firului de mătase cerat. În folosirea firului de mătase trebuie respectate următoarele principii:

- firul de mătase trebuie fixat cu siguranță de câte un deget al fiecărei mâini, lăsând liberă o mică lungime de fir între cele două degete (Fig. 59);

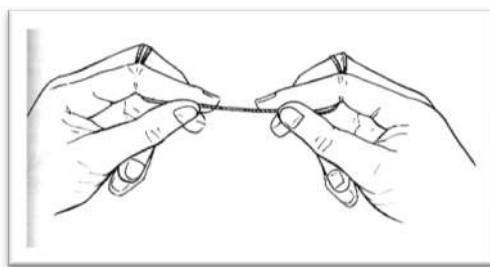


Fig. 59 – Folosirea firului de mătase

- se folosește o porțiune de fir curat la nivelul fiecărei zone;
- firul nu trebuie forțat prin punctul de contact spre șanțul gingival sau gingie, deoarece poate traumatiza țesăturile moi. El trebuie insinuat blând la nivelul punctului de contact;
- firul trebuie plasat inițial la nivel bazei șanțului gingival și apoi se imprimă mișcări de du-te-vino dinspre șanț spre punctul de contact;
- firul se deplasează de-a lungul suprafeței dentare, nu de-a lungul suprafeței gingivale. El se curbează împrejurul dintelui a ambrazurilor dentare, nu se manipulează drept, deoarece poate leza gingia (Fig. 60);

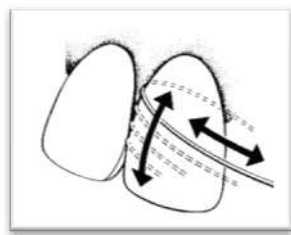


Fig. 60 – Folosirea atraumatică a firului de mătase

- folosirea firului de mătase se face lent, cu grija, pentru a preveni traumatizarea parodonțiului marginal;
- dacă pacientul nu prezintă suficientă dexteritate în tehnica folosirii firului pe degete, se recomandă folosirea unui dispozitiv special (Fig. 61)

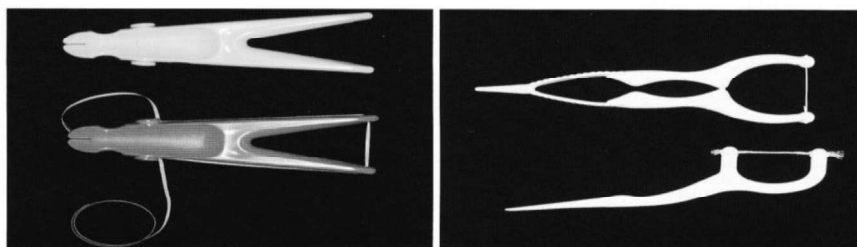


Fig. 61 – Dispozitive pentru mătase dentară

- există și dispozitive speciale pentru întrebuințarea firului de mătase sub corpurile de punte;
- tehnica folosirii firului de mătase trebuie verificată periodic de către medic, pentru a se asigura corectitudinea și eficiența folosirii ei

Stimulatoarele (Fig. 62) pot fi confecționate din lemn, din cauciuc sau din plastic.

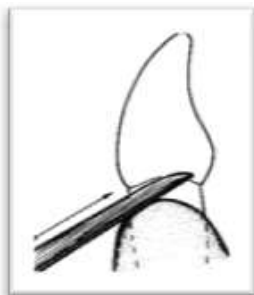


Fig. 62 – Stimulatorul

Stimulatoarele de lemn sunt confecționate din lemn moale de Balsa, triunghiulare pe secțiune, corespunzător spațiilor interdentare. Stimulatoarele se contraindică în zonele în care gingia umple ambrazurile; folosirea lor în aceste cazuri ar produce leziuni gingivale. Ele sunt utile în îndepărtarea plăcii proximale, stimularea gingiei și reconturarea ei la nivelul acestor zone. Pacientul trebuie instruit că aceste stimulatoare nu sunt același lucru cu scobitorile simple, acestea din urmă putând genera traumatizarea gingiei.

Înainte de întrebuințare, stimulatorul se umezește în gură pentru înmuiere, apoi se plasează proximal cu baza triunghiului spre gingie într-un unghi înclinat ușor spre coroana dentară. Se presează spre fața proximală a vecinului și se execută mișcări dinainte-înapoi și de sus în jos, în funcție de mărimea spațiului interdentar. Procedul se repetă de mai multe ori în fiecare zonă. Una din limitele folosirii stimulatorului este inaccesibilitatea dinspre fața linguală.

Stimulatoarele din plastic au aceeași formă și tehnică de folosire.

Stimulatoare de cauciuc sunt de formă conică fiind puse de obicei pe mânerul periuței de dinți sau pe mânere separate. Ele se contraindică când ambrazurile sunt umplute de gingia interdentară.

Există stimulatoare montate în menținătoare speciale, care sunt mici, rotunde, netede, un exemplu fiind Perio-Aid-ul. Acesta permite o manipulare mai ușoară a stimulatorului în zonele linguale și în alte zone mai greu accesibile. Cu ajutorul lor pacienții își pot curăța furcațiile expuse și alte suprafețe concave ale dinților.

Periuțele interdentare sunt folosite în îndepărtarea plăcii de la nivelul ambrazurilor largi și a furcațiilor, adaptându-se acestor zone mai dificile și curățând eficient suprafețele dentare neregulate sau concave (Fig. 63). Ele se inseră în spațiul interdentar și se imprimă mișcări dinainte-înapoi în direcție vestibulo-linguală. Dacă periuța este puțin mai mare decât spațiul ambrazurii, eficiența ei este crescută.

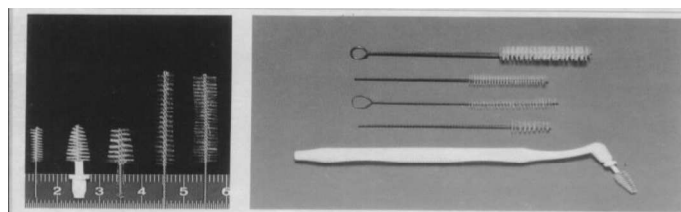


Fig. 63 – Periuțe interdentare

2. CONTROLUL CHIMIC AL PLĂCII

În ultimii ani, folosirea agenților chimici a fost reevaluată atât în ceea ce privește controlul plăcii, cât și în profilaxia și tratamentul inflamației gingivale. Există foarte multe substanțe chimice folosite în controlul plăcii, unele căzând în dizgrație pe măsura apariției celor noi.

Este demonstrat faptul că placa supragingivală este necesară pentru colonizarea plăcii subgingivale și pentru apariția și dezvoltarea gingivitei. Eficiența substanțelor antimicrobiene, atât în profilaxia, cât și în tratamentul bolii parodontale, depinde de acțiunea exercitată asupra plăcii subgingivale, mai puțin asupra plăcii supragingivale. Chiar dacă un agent terapeutic este capabil să reducă 30-40% din placa supragingivală, valoarea lui terapeutică este minimă dacă nu se asociază cu alte metode de control ale plăcii.

Spălăturile bucale cu diferite substanțe antimicrobiene nu penetrează la nivelul pungilor parodontale. Dificultățile legate de metoda de aplicare, cât și de remanența unui agent antimicrobian la nivelul pungilor parodontale, sunt direct corelate cu acțiunea lui asupra microorganismelor din boala parodontală. Necesitatea ca substanța chimică să realizeze un contact prelungit, de o anumită concentrație cu microorganismele plăcii subgingivale, i-a determinat pe cercetători să insere la nivelul pungilor parodontale fibre cu antibiotice sau benzi acrilice impregnate cu agenți chemoterapeutici.

O serie de agenți chimici au proprietăți bactericide in vitro. In vivo, eficiența poate să difere. O mare importanță o prezintă durata contactului cu microorganismele localizate la nivelul șanțului gingival sau pungii parodontale. Substanțele nutritive externe, cum ar fi glucidele, protidele de la nivelul cavității bucale, pot influența negativ acțiunea agenților chimici asupra bacteriilor, fie prin legarea acestora de agent, fie de bacterii.

Valoarea unui agent chemoterapeutic poate fi determinată prin microscopie electronică, determinând modificările de la nivelul florei subgingivale, sau prin metode clinice cum ar fi indicii de placă, de gingivită, sângerarea la sondaj, măsurarea adâncimii de sondaj a pungilor, secreția fluidului sulcular. Aceste metode însă nu sunt suficient de sensibile pentru a detecta acele modificări minime care apar în perioadele de activitate a bolii parodontale.

Chiar și cei mai meticuloși pacienți nu-și vor îndepărta întotdeauna placa. Pentru a potența acțiunea mecanică a periajului și a celorlalte metode fizice de control a plăcii, s-au folosit o serie de agenți chimici antiplacă.

Cea mai importantă caracteristică a agenților antiplacă o constituie **substantivitatea**, care este capacitatea agenților chimici de a fi absorbiți la nivelul unei suprafețe și apoi eliberați lent, în concentrații terapeutice efective.

S-a propus ca substanțele topice antiplacă să fie clasificate în funcție de substantivitatea lor. Substantivitatea este legată de trei caracteristici ale agentului topic:

- Localizarea agentului topic la nivelul cavității bucale, agenții cu substantivitate crescută legându-se prin forțe nespecifice de diferite zone orale.
- Eliberarea lentă a agentului topic care menține un nivel terapeutic optim.
- Menținerea agentului eliberat sub forma activă, substantivitatea reducând fluctuația concentrațională care rezultă din aplicarea intermitentă prin irigații și spălături bucale.

Kornman a clasificat substanțele topice antimicrobiene, în funcție de substantivitatea lor, în două categorii:

1. substanțe care distrug bacteriile orale, fără a avea însă substantivitate, fiind deci mai puțin eficiente;
2. substanțe care posedă substantivitate și nu numai că distrug bacteriile dar aderă la dinți fiind eficiente în controlul dezvoltării plăcii bacteriene.

Scopul terapiei antiplacă nu îl constituie doar reducerea plăcii, ci și impactul clinic cu boala parodontala. De aceea, metodele mecanice și chimice folosite în tratamentul gingivitelor și profilaxia parodontitelor sunt eficiente dacă: (1) împiedică apariția plăcii supragingivale; (2) alterează maturarea plăcii, și ceea ce este mai important, (3) previn apariția inflamației clinice.

Reducerea cantitativă a plăcii prin ea însăși, nu demonstrează eficiența terapeutică a metodei folosite. Metodele antimicrobiene folosite în profilaxia și tratamentul gingivitei, respectiv profilaxia parodontitelor, se bazează pe agenți topici care reduc sau elimină placa în mod specific.

Chiar dacă o serie de produși topici inhibă sau distrug bacteriile orale in vivo, ei nu previn sau tratează gingivita. Acești agenți au fost denumiți *agenți de primă generație*. Ei demonstrează că au proprietăți antibacteriene in vitro, dar substantivitatea lor este minimă. Au fost folosiți mai ales sub forma antibioticelor topice și a apelor de gură. Folosiți în combinație cu terapia convențională, agenții topici de primă generație pot da impresia falsă de eficiență. Studiile clinice au demonstrat însă valoarea lor terapeutică minimă.

Agenții topici de generația a doua au proprietăți antibacteriene și substantivitate. Singurul compus care dă satisfacție din acest punct de vedere este clorhexidina. Eficiența unică a clorhexidinei constă în proprietatea ei de a fi reținută în cavitatea bucală și apoi eliberată lent, proprietate pe care nu o au alți agenți topici.

Agenții topici de generația a treia sunt acei compuși care au efect selectiv asupra unor bacterii specifice, interferând cu aderența acestora la nivelul cavității bucale. Avantajul teoretic al acestor compuși stă în faptul că ei nu trebuie să inhibe toate bacteriile plăcii. Clorhexidina are și calități de agent de generația a treia, inhibând în mod preferențial *A. viscosus*, un organism cheie implicat în maturația plăcii. Se pare că enzimele care alterează polizaharidele extracelulare implicate în formarea plăcii, explică proprietățile și acțiunea acestor agenți de generația a treia. S-a crezut că aprofundarea cunoștințelor cu privire la aderența bacteriană va permite dezvoltarea acestor agenți de generația a treia, fapt rămas însă doar în etapa teoretică.

Agenții topici de primă generație

Antibioticele. Au fost folosite de mult timp în terapia parodontală, sub formă sistemică sau topică. Cele mai uzuale antibiotice folosite sunt reprezentate de: peniciline (amoxicilina, augmentin), tetraciclone (minociclina, doxyciclina, tetraciclina) quinolonele (ciprofloxacin), macrolidele (azitromycina, spiramicina), derivații de lincomicină (clindamicina) și metronidazolul.

În general este foarte eficientă asociația dintre două antibiotice, al doilea fiind metronidazolul. În nici un caz însă nu se asociază un antibiotic bacteriostatic (tetraciclina) cu unul bactericid (amoxicilina).

Posibilitatea apariției rezistenței bacteriene față de antibiotice, cât și a reacțiilor de hipersensibilitate, a limitat folosirea sistemică a acestora.

Indicația de elecție a antibioterapiei sistemice în asociere cu terapia mecanică, o reprezintă formele agresive de boală parodontală și boala ulceronecrozantă. Agentul microbial față de care antibioterapia sistemică este cea mai eficientă este *A.actinomycetemcomitans*

Cea mai utilizată formă de administrare a antibioticelor este administrarea topică, fie sub forma de soluții, geluri sau prin procedee de eliberare subgingivală controlată la nivelul pungilor . Agentul terapeutic topic trebuie să îndeplinească anumite condiții:

- să acționeze specific în anumite zone
- să mențină o concentrație optimă o lungă perioadă de timp
- să posede efectele secundare minime sau absente

Au fost lansate o serie de produse cu acțiune topică, cele mai cunoscute fiind următoarele:

- fibre cu tetraciclină
- gel cu doxiciclină (Atridox)
- gel cu minociclină (Arestin)
- gel cu metronidazol

Compușii de amoniu cuaternar. Sunt agenți cationici de suprafață care pot reduce tensiunea de suprafață, absorbindu-se la nivelul suprafețelor încărcate negativ și producând ruptura membranelor. Au însă o substantivitate mică comparativ cu clorhexidina. Ca agenți antiplacă, au o eficiență moderată, fiind rapid absorbiți la nivelul suprafețelor dentare, dar la fel de rapid eliberați. Efectele secundare de tipul ulcerărilor, cât și substantivitatea lor redusă, le limitează eficiența clinică. Un reprezentant al acestor produși este clorura de cetilpiridinium, care se găsește în Cepacol și Scope.

Compușii fenolici. Se folosesc de mult timp sub forma apelor de gură, fiind eficiente doar în combinație cu periajul dentar. Eficiența lor clinică este însă limitată ca la toți compușii de primă generație. Folosiți pe perioade mai scurte sau mai lungi au relevat reducerea cu 25-30% a formării plăcii și a dezvoltării gingivitei.

Produsul cel mai utilizat, Listerine, este format din 3 uleiuri esențiale derivate ale fenolului (timol, mentol, eucaliptol) combinate cu metil salicilat, într-un vehicul alcoolic 26,9%, având un pH egal cu 5. Produsul alterează peretele celular bacterian, prezintă substantivitate scăzută dar o limită mare de siguranță.

Sanguinarina. Este un derivat alcaloid vegetal din rădăcina plantei sanguinaria canadensis, cu substantivitate mică, având un efect minor asupra reducerii plăcii și profilaxiei gingivitei.

Se folosește în apele de gură și dentifrice, având substantivitate scăzută, pH=3 în apele de gură și pH=4 în dentifrice. Apele de gură conțin sanguinarină și clorură de zinc într-un vehicul alcoolic. Sanguinarina acționează prin alterarea suprafeței celulare bacteriene, reducând fenomenele de agregare și atașare ale bacteriilor. Studiile pe perioadă scurtă cu privire la folosire în apele de gură și dentifrice de 4 ori/zi, arată reducerea formării plăcii și a gingivitei; studiile pe termen lung nu demonstrează însă aceeași eficiență.

Fluorurile stanoase au fost folosite timp îndelungat în odontoparodontologie, atât pentru carioprofilaxie, cât și pentru controlul plăcii și al gingivitei. În concentrație de 0.3% au eficiență moderată în controlul plăcii, având un potențial antibacterian scăzut.

Peroxizii. Au fost folosiți în controlul plăcii de mult timp, fără însă a prezenta avantaje deosebite. Ca efect secundar s-a înregistrat apariția ulcerărilor bucale.

Agenți topici de generația a doua

Clorhexidina. În prezent, singurul agent topic de generația a doua, cu efect antiplacă și antigingivită, este clorhexidina și derivații ei. Clorhexidina prezintă pe lângă proprietățile antimicrobiene și o puternică substantivitate.

Derivatul cel mai utilizat în stomatologie este digluconatul de clorhexidină, fiind foarte eficient și cu toxicitate scăzută în aplicații topice. Studiile pe termen scurt și lung au relevat o reducere cu 45% a gingivitei și cu 55% a formării plăcii. Modul de acțiune constă în reducerea formării peliculare, alterarea capacității bacteriene de a adera la dinți și alterarea peretelui celular bacterian.

Clorhexidina se prezintă sub formă de:

- soluții 0,12 % sau 0,20 % pentru spălături, irigații
- geluri de clorhexidină
- cipuri de clorhexidină 2,5 mg, în aplicații subgingivale în punți < 5 mm

Studiile in vivo au demonstrat că în absența controlului mecanic al plăcii, utilizarea de două ori pe zi, timp de un minut, a 10 ml de gluconat de clorhexidină 0.2% inhibă complet formarea plăcii, producând reducerea cu 85-90% a bacteriilor aderente de la nivelul cavității bucale. Alte studii au demonstrat că aproximativ 30% din agentul topic este reținut la nivelul cavității bucale după terminarea spălăturii, inhibând absorbția și dezvoltarea bacteriană.

Clorhexidina este eliberată lent la nivelul cavității bucale, astfel că activitatea antibacteriană persistă la nivelul salivei mult timp după clătirea gurii. Mai mult de jumătate din clorhexidina reținută în cavitatea bucală mai este prezentă la două ore după efectuarea spălăturii. Clearance-ul clorhexidinei a demonstrat menținerea unei concentrații antibacteriene în timpul somnului, atunci când fluxul salivar este încetinit, pe o perioadă de 12 ore.

Studiile pe termen lung arată că placa poate să reapară la interval de câteva luni după folosirea regulată a clorhexidinei. Deoarece anumite specii bacteriene sunt relativ rezistente față de clorhexidină, se recomandă obligatoriu asocierea cu controlul mecanic al plăcii prin periajul dentar. Se contraindică folosirea soluțiilor de CHX mai mult de 3 săptămâni.

Clorhexidina are și efecte secundare, reprezentate de reacții mucoase de hipersensibilitate, alterări ale gustului, colorarea mucoasei linguale, a dinților și a restaurărilor fizionomice. Se folosește în:

- Controlul plăcii supragingivale în gingivite, după chirurgia parodontală, după preparări de bonturi, sau la pacienții handicapați fizic sau mental.
- Tratamentul și controlul infecțiilor bucale.
- Gingivoparodontita HIV.
- Profilaxia și controlul candidozei bucale la pacienții imunodeficienți.
- Ulcerații aftoase.
- Controlul recolonizării bacteriene, în asociere cu tratamentul parodontitei sau cu tratamentul antibiotic sistemic al bacteriilor subgingivale.

Se recomandă folosirea clorhexidinei timp de 2-3 săptămâni după terapia activă.

Tablete și soluții revelatoare ale plăcii

În general, placa este invizibilă și trebuie colorată, pentru evidențierea prezenței ei. În același timp colorarea ei ajută pacientul să facă deosebirea între resturile alimentare și placă.

Pacienții știu că prin periaj trebuie să îndepărteze resturile de mâncare, resturi care de obicei sunt văzute și simțite de ei, dar nu știu să îndepărteze și placa invizibilă depusă la nivelul dinților. Această evidențiere prin colorarea plăcii este de cea mai mare importanță pentru educarea pacientului, motivația lui și aplicarea unei igiene bucale corecte. Pacientul poate să verifice singur eficiența periajului. Inițial se recomandă folosirea zilnică a revelatorilor de placă. Ulterior, odată cu perfecționarea tehnicii de periaj se recomandă folosirea periodică.

Revelatori de placă se prezintă sub forma tabletelor sau a soluțiilor colorate. Ele sunt hidrosolubile și colorează placa în roșu, albastru, purpuriu, în funcție de colorantul utilizat, ca de exemplu eritrozina, soluții pe bază de iod, fluoresceina sodică. Se contraindică folosirea revelatorilor de placă la pacienții cu multe obturații fizionomice.

Dentifricele

Dentifricele sunt folosite în special sub forma pastelor de dinți, ajutând la curățarea și lustruirea dinților în timpul periajului. Ele conțin substanțe abrazive, detergenți și aromatizanți. Substanțele detergente și abrazive lustruiesc dinții și îndepărtează resturile alimentare. Aromatizanzii conferă confort olfactiv și gustativ în timpul periajului.

Dentifricele sunt folosite și pentru eliberarea unor agenți terapeutici la nivelul dinților și gingiei, cum ar fi fluorurile, clorhexidina sau pirofosfații. Cu toate substanțele active antiplacă, antitartru și fluoruri, care intră în compoziția dentifricelor, efectul lor chimic este mai redus față de efectul periajului mecanic, în ceea ce privește îndepărtarea plăcii. Dentifricele folosite ca adjuvante în igiena bucală reduc incidența și severitatea formării tartrului, mai ales dacă conțin pirofosfați.

Spălăturile și irigațiile bucale

După periaj sau după folosirea adjuvantelor, este foarte importantă clătirea energetică a cavității bucale pentru îndepărtarea resturilor de la acest nivel, fie cu apă, fie cu apă de gură.

De asemenea se pot face irigații sub presiune între dinți și în jurul dinților, pentru îndepărtarea resturilor rezultate din procedeele expuse anterior. Ele nu substituie periajul, deoarece nu pot îndepărta placa bacteriană atașată. Irigațiile supra și subgingivale sunt mai eficiente dacă se folosesc diluții de clorhexidină 1/3, datorită proprietăților antimicrobiene.

S-a demonstrat că irigațiile bucale reduc gingivitele, îndepărtează resturile alimentare și bacteriile neaderente, dar la presiuni mari și aplicări incorecte produc leziuni ale țesuturilor moi. De aceea este contraindicată folosirea lor în cazul pungilor parodontale foarte adânci, existând pericolul împingerii bacteriilor spre țesuturile profunde. În schimb, irigațiile bucale sunt foarte utile în cazul restaurărilor protetice fixe și a aparatelor ortodontice fixe.

Frecvența controlului plăcii

Deși o serie de cercetări indică că este suficientă îndepărtarea plăcii odată la 24 h sau 48 h, marea majoritate a cercetătorilor recomandă controlul plăcii de 2 ori/zi.