

PROTOCOLO DE SENSIBILIDAD DENTAL

Guía para Higienistas Dentales

Detección · Actuación Clínica · Recomendaciones Domiciliarias · Seguimiento



HALEON



1. DETECCIÓN

1.1 Introducción y definición

La hipersensibilidad dentinaria (HD) se define como un dolor breve, agudo y localizado en respuesta a estímulos térmicos, táctiles, osmóticos o químicos, en ausencia de otra patología dental que lo justifique. Su base fisiopatológica es la Teoría hidrodinámica de Brännström: los estímulos externos generan movimiento del fluido en los túbulos dentinarios expuestos, activando las terminaciones nerviosas pulpares.

1.2 Factores etiológicos y de riesgo

Antes de la exploración clínica, el higienista debe identificar los factores predisponentes presentes en el paciente:

Factores principales:	Recesión gingival · Exposición dentinaria
Factores contribuyentes:	Erosión ácida · Abrasión por cepillado · Bruxismo · Defectos del esmalte
Factores conductuales:	Dieta ácida · Reflujo gastroesofágico · Vómitos frecuentes · Estrés
Factores clínicos:	Tratamiento periodontal reciente · Blanqueamiento dental · Ortodoncia
Epidemiología:	Mayor prevalencia en adultos jóvenes y mujeres. Dientes más afectados: caninos y primeros premolares

1.3 Entrevista clínica

⚠ La entrevista debe realizarse ANTES de cualquier estímulo diagnóstico para evitar condicionar las respuestas del paciente.

Orden recomendado:

- Anamnesis general
- Entrevista específica de sensibilidad
- Exploración visual
- Aplicación de estímulos diagnósticos

Preguntas clave

Área de valoración	Preguntas orientativas
Localización	¿En qué zona nota la molestia? ¿Es un diente concreto o varios?
Tipo de dolor	¿Es agudo y breve o continuo? ¿Desaparece al retirar el estímulo?

Estímulos	¿Le molesta el frío? ¿El calor? ¿Alimentos dulces/ácidos? ¿Al cepillarse?
Evolución	¿Desde cuándo lo nota? ¿Ha ido a más, a menos o se mantiene?
Hábitos y riesgo	Técnica y fuerza de cepillado, tipo de cepillo, dieta ácida, bruxismo, tratamientos recientes

☒ Señales de alerta — Valorar derivación si el paciente refiere:

- ▶ Dolor espontáneo sin estímulo → posible afectación pulpar
- ▶ Dolor prolongado tras frío o calor → posible pulpitis
- ▶ Dolor al masticar o presionar → posible fisura o patología periapical

1.4 Valoración del impacto de la hipersensibilidad dentinaria – DHEQ-15

Además de valorar la intensidad de la hipersensibilidad dentinaria mediante escalas clínicas, se recomienda evaluar la repercusión que esta produce en la vida cotidiana del paciente.

Para ello se utilizará la versión abreviada de 15 ítems del Dentine Hypersensitivity Experience Questionnaire (DHEQ-15).

El cuestionario permitirá valorar de forma estructurada la experiencia del paciente y las limitaciones relacionadas con la hipersensibilidad dentinaria, complementando la información obtenida durante la anamnesis y la exploración clínica.

Momento de administración

El DHEQ-15 se realizará:

- En la valoración inicial, antes de aplicar estímulos.
- En las revisiones establecidas en el protocolo cuando se quiera valorar la evolución del paciente y la respuesta al tratamiento.

Registro

El resultado del DHEQ-15 deberá quedar registrado en la historia clínica junto con:

- Localización de la sensibilidad.
- EVA/VAS.
- Escala de Schiff.
- Factores etiológicos o de riesgo identificados.
- Tratamiento e instrucciones indicadas.

La utilización conjunta de DHEQ-15 + EVA/VAS + escala de Schiff permitirá realizar una valoración más completa, combinando la percepción e impacto de las intensidad y respuesta a los estímulos

1.5 Exploración clínica (previa a los estímulos)

Antes de provocar estímulos, examinar visualmente:

- Recesión gingival y exposición radicular
- Lesiones cervicales no cariosas: abrasión, erosión, abfracción
- Restauraciones defectuosas o filtradas
- Signos de desgaste dental (atrición, erosión)
- Presencia de placa o cálculo

1.6 Métodos de detección y registro del dolor

Estímulo principal: aire de jeringa triple

- Aplicación: 1 cm de distancia · duración 1 segundo · con aislamiento
- Fundamento: basado en la Teoría hidrodinámica; es el método de elección en la práctica clínica
- Confirmación: repetir 2-3 veces para comprobar reproducibilidad (no más de 2 por diente)

Registro subjetivo: Escala EVA/VAS (0-10)

Se realiza ANTES de estimular el diente. Presentar al paciente la escala y preguntar:

"Del 0 al 10, ¿qué intensidad tiene esa molestia?"

- Registrar por pieza dental si está localizado
- Registrar por cuadrantes si es generalizado

Registro objetivo: Escala de Schiff (0-3)

Aplicar inmediatamente tras el estímulo de aire:

Grado Schiff	Respuesta clínica	Interpretación
0	Sin reacción	Sin sensibilidad
1	Reacciona, pero tolera	Sensibilidad leve
2	Reacciona y se aparta	Sensibilidad moderada
3	Dolor claro, solicita parar	Sensibilidad severa

1.7 Clasificación clínica de la sensibilidad

Grado clínico	EVA/VAS (0-10)	Schiff (0-3)	Actuación
Sin sensibilidad	0	0	Sin intervención activa. Registro y prevención
Leve	1 – 3	1	Instrucciones domiciliarias. Seguimiento a 4 semanas
Moderada	4 – 6	2	Tratamiento domiciliario +

			intervención en consulta
Severa	7 – 10	3	Tratamiento intensivo. Valorar derivación

1.8 Valoración diferencial

La hipersensibilidad dentinaria es un diagnóstico de exclusión. Deben descartarse:

Patología a descartar	Hallazgo clínico orientativo
Caries dental	Exploración visual + táctil con sonda. Cavitación evidente
Síndrome del diente fisurado	Dolor localizado al morder. Puede ser difícil de reproducir
Pulpitis reversible/irreversible	Dolor prolongado o espontáneo tras frío/calor
Restauraciones defectuosas	Filtración marginal, fractura o descementación
Sensibilidad postoperatoria	Antecedente de tratamiento reciente (tartrectomía, obturación)
Patología periapical	Dolor a la percusión, inflamación o fístula

Criterios diagnósticos para confirmar HD:

- ▶ Dolor rápido, agudo y localizado al estímulo
- ▶ Desaparece inmediatamente al retirar el estímulo
- ▶ Existencia de exposición dentinaria verificable
- ▶ Ausencia de otra patología que justifique el dolor

1.9 Criterios de derivación al odontólogo

Derivar cuando se detecte alguno de los siguientes:

- ▶ Dolor espontáneo, pulsátil o prolongado → sospecha pulpar
- ▶ Dolor a la percusión, inflamación o fístula → sospecha periapical
- ▶ Dolor localizado al morder → sospecha de fisura o fractura
- ▶ Bolsas periodontales profundas, sangrado, movilidad o recesiones avanzadas
- ▶ Lesiones cervicales profundas, desgaste severo o restauraciones filtradas extensas
- ▶ Sin mejoría tras 2-4 semanas de tratamiento adecuado (EVA $\geq$ 4 o Schiff $\geq$ 2)

2. ACTUACIÓN CLÍNICA

El manejo de la hipersensibilidad dentinaria debe ser integral, individualizado y escalonado, comenzando siempre por el control etiológico y ascendiendo en complejidad según la respuesta del paciente.

2.1 Control etiológico (primer paso siempre)

- Tratamiento periodontal si existe enfermedad periodontal activa
- Instrucción en técnica de cepillado atraumática
- Control de factores erosivos (dieta, reflujo)
- Manejo del bruxismo: informar y derivar para valoración de férula de descarga
- Tratamiento de lesiones cervicales no cariosas cuando sea necesario

2.2 Tratamiento en consulta — Enfoque escalonado

Nivel de tratamiento	Opciones disponibles
1ª Línea (primera elección):	Barnices de flúor · Oxalatos · Glutaraldehído/HEMA
2ª Línea (si no hay respuesta):	Remineralizantes: CPP-ACP, hidroxiapatita · Adhesivos dentinarios
Casos persistentes:	Restauraciones directas · Terapia láser · Derivación para opciones avanzadas

Aplicación de barnices de flúor profesional

- Indicación: sensibilidad moderada-severa o falta de respuesta al tratamiento domiciliario
- Pauta: 1 aplicación por semana durante 4 semanas en consulta
- Aislamiento previo del campo operatorio
- Registrar los dientes tratados y la respuesta en cada cita

2.3 Tratamiento domiciliario (indicar en la misma visita)

El tratamiento domiciliario es complementario y debe iniciarse de forma simultánea. Ver sección 3 para instrucciones detalladas al paciente.

2.4 Registro clínico de la actuación

- Anotar la fecha, los dientes afectados, el grado EVA/VAS y Schiff antes y después del tratamiento
- Registrar el tratamiento realizado en consulta y las instrucciones facilitadas
- Programar la revisión a 2-4 semanas

3. RECOMENDACIONES DOMICILIARIAS Y EDUCACIÓN AL PACIENTE

Las instrucciones domiciliarias son imprescindibles para el éxito del tratamiento. Deben explicarse de forma individualizada según la etiología de cada paciente y verificarse en cada revisión.

3.1 Higiene oral

Técnica de cepillado recomendada

- ▶ Usar cepillo de cabezal pequeño con filamentos suaves
- ▶ Técnica de Bass modificada: **El cepillo se coloca en ángulo de 45° respecto al eje dental. Los filamentos se introducen en el surco gingival sin producir compresión. Se realizan movimientos vibratorios durante 15 segundos cada dos dientes y después se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal. En el grupo anterior las caras linguopalatinas se coloca el cepillo en sentido vertical.**
- ▶ Cepillado mínimo 2 veces al día. El más importante: el de la noche
- ▶ EVITAR: cepillado horizontal agresivo y cepillos de dureza media o dura

3.2 Productos de higiene oral

▶ Dentífricos desnsibilizantes

Se recomienda utilizar dentífricos formulados específicamente para la HD. Según su composición, pueden actuar mediante diferentes mecanismos:

- **Nitrato potásico:** ayuda a disminuir la respuesta de las terminaciones nerviosas frente a los estímulos que producen la sensibilidad.
- **Fluoruro de estaño:** contribuye a formar una barrera protectora sobre la dentina expuesta y reduce el movimiento del fluido en los túbulos dentinarios.
- **Fosfosilicato (Novamin) de sodio y calcio y Arginina:** favorece la formación de una capa mineral sobre la dentina expuesta, ayudando a ocluir los túbulos dentinarios y disminuir la sensibilidad.

Situación clínica	Mecanismo/recomendación
Hipersensibilidad habitual/ mantenimiento	Nitrato potásico 5% (desensibiliza progresivamente el nervio)
Dentina expuesta/túbulos abiertos	Fosfosilicato (Novamin) de sodio y calcio y Arginina (ocluye túbulos dentinarios)
Necesidad de alivio rápido	Fluoruro de estaño + polímero bioadhesivo. (oclusión acelerada)
Blanqueamiento en pacientes con antecedentes o presencia de sensibilidad	Dentífrico para la sensibilidad antes, durante y después del tratamiento.

La aplicación tópica consiste en colocar una pequeña cantidad sobre el diente sensible y mantenerla el tiempo necesario según las indicaciones del producto.

Los colutorios de flúor pueden utilizarse como complemento de la higiene oral, especialmente en pacientes con riesgo de caries o exposición dentinaria.

No abusar de blanqueamientos dentales, especialmente los no profesionales

Evitar palillos de madera y cepillos interdentes de tamaño inadecuado. Usar seda dental

3.3 Control dietético

Alimentos y bebidas a evitar (potencian la erosión)

- ▶ Cítricos: limón, pomelo, naranja, piña
- ▶ Bebidas carbonatadas, bebidas energéticas
- ▶ Vinagre, alimentos encurtidos, tomate
- ▶ Café y alcohol
- ▶ No cepillarse tras ingesta ácida: esperar mínimo 30-60 minutos (hasta 2 h según bibliografía)

Alimentos recomendados (protegen el esmalte)

- ▶ Lácteos: efecto tampón que neutraliza ácidos
- ▶ Queso: aporta calcio y favorece la remineralización
- ▶ Nueces, avena, manzanas, huevos, verduras y cereales integrales

3.4 Hábitos generales

- ▶ Evitar cambios bruscos de temperatura en las bebidas
- ▶ Controlar el bruxismo: si existe, derivar al odontólogo para valorar férula de descarga
- ▶ Evitar el consumo de tabaco (factor de riesgo periodontal y de recesión)
- ▶ Mantener la salud periodontal con un control meticuloso de la placa bacteriana

3.5 Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es fundamental para conseguir una mejoría de la HD. El paciente debe comprender cómo utilizar correctamente los productos recomendados y mantener su uso de forma continuada ya que los efectos no son inmediatos, con el Nitrato Potásico los efectos aparecen entre las 2-4 semanas y con los agentes oclusivos entre 2-4 días.

Para favorecer la adherencia el profesional debe.

- Explicar al paciente que producto debe utilizar y cómo hacerlo.
- Recordar la importancia de mantener una adecuada técnica de cepillado.
- Identificar posibles hábitos que puedan favorecer la sensibilidad y aconsejar como modificarlos.
- Resolver las dudas del paciente y comprobar que ha entendido las recomendaciones.

4. SEGUIMIENTO Y CONTROL

4.1 Primera revisión: a las 4 semanas

- ▶ Reevaluar con EVA/VAS y escala de Schiff. Comparar con los valores basales
- ▶ Verificar que se han seguido correctamente las instrucciones domiciliarias
- ▶ Comprobar la técnica de cepillado e identificar factores no controlados
- ▶ Revisar la dieta y los hábitos de riesgo

4.2 Árbol de decisión según respuesta

Resultado de la revisión	Actuación recomendada
✓ HAY MEJORÍA (reducción EVA ≥ 2 puntos o Schiff ≥ 1)	Mantener el tratamiento domiciliario. Programar revisiones cada 3-6 meses
△ MEJORÍA PARCIAL	Reforzar instrucciones. Añadir barnices de flúor profesionales si no se habían iniciado. Reevaluar en 4 semanas
✗ SIN MEJORÍA (EVA ≥ 4 o Schiff ≥ 2 persistentes)	Reevaluar el diagnóstico diferencial. Aplicar tratamiento en consulta de 2ª línea. Valorar derivación al odontólogo

4.3 Pauta de revisiones periódicas

- ▶ Pacientes con mejoría: revisión cada 3-6 meses
- ▶ Pacientes de alta sensibilidad o con factores de riesgo persistentes: revisión cada 3 meses
- ▶ Siempre registrar EVA/VAS y Schiff en cada visita para monitorizar la evolución

4.4 Indicadores de éxito del tratamiento

- ▶ Disminución del dolor medido por EVA/VAS
- ▶ Menor respuesta objetiva a estímulos (escala de Schiff)
- ▶ Mejora en la técnica de higiene oral
- ▶ Estabilidad clínica mantenida en revisiones
- ▶ Ausencia de nuevas lesiones cervicales o progresión de la recesión

4.5 Criterios de derivación desde seguimiento

Derivar al odontólogo cuando en el seguimiento se detecte:

- ▶ Sin mejoría tras 4-8 semanas de tratamiento correcto
- ▶ EVA ≥ 4 o Schiff ≥ 2 que persisten a pesar del tratamiento
- ▶ Dolor que interfiere con la calidad de vida del paciente
- ▶ Aparición de nuevos síntomas compatibles con afectación pulpar o periapical
- ▶ Progresión de la recesión gingival o nuevas lesiones cervicales

BIBLIOGRAFÍA

Clark D, Levin L. Non-surgical management of tooth hypersensitivity. *Int Dent J*. 2016;66(5):249-56.

Liu XX, Tenenbaum HC, et al. Pathogenesis, diagnosis and management of dentin hypersensitivity. *BMC Oral Health*. 2020;20(1):220.

Kaur A, et al. Dentin hypersensitivity, an enigma revisited. *J Conserv Dent Endod*. 2026;29(4):339-347.

Holland GR, Narhi MN, Addy M, et al. Guidelines for the design and conduct of clinical trials on dentine hypersensitivity. *PubMed*. 1997.

Canadian Advisory Board on Dentin Hypersensitivity. Consensus-based recommendations for the diagnosis and management of dentin hypersensitivity. *J Can Dent Assoc*. 2003;69(4):221-226.

European Federation of Periodontology. Guidelines for the management of dentine hypersensitivity. *J Clin Periodontol*. 2020.