



# EPB

EXAMEN  
PERIODONTAL  
BÁSICO

**EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO  
(EPB)**

<b>INDICE</b>	Pág.05	1. PREÁMBULO
	Pág.05	2. LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL
	Pág.06	3. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
	Pág.06	4. REGISTRO Y DIAGNÓSTICO
	Pág.07	5. EL EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO (EPB)
	Pág.10	6. NOTAS SOBRE EL USO DEL EPB
	Pág.10	7. GUÍA CLÍNICA DEL CUIDADO PERIODONTAL EN LA PRÁCTICA DENTAL GENERAL
	Pág.11	8. NOTAS SOBRE EL USO DE RADIOGRAFÍAS EN EL SISTEMA PROPUESTO
	Pág.11	9. RECONOCIMIENTO DE PACIENTES DE RIESGO
	Pág.12	10. CONCLUSIONES
	Pág.12	BIBLIOGRAFÍA
	Pág.15	APÉNDICE 1. EL GRÁFICO DE DISTRIBUCIÓN DE PLACA
	Pág.15	APÉNDICE 2. EL GRÁFICO DE DISTRIBUCIÓN DE SANGRADO
	Pág.16	APÉNDICE 3. PERIODONTOGRAMA

## EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO (EPB)

Este documento está basado en el publicado por la Sociedad Británica de Periodoncia en el año 2001 (Periodontology in General Dental Practice in the United Kingdom. A Policy Statement)

El sistema EPB de exploración periodontal, con las radiografías apropiadas, debería ser utilizado en la práctica de odontología general. Además, el EPB no pretende ser un sustituto del examen completo periodontal en pacientes especialmente susceptibles.



## 1 PREÁMBULO

Como el concepto del cuidado periodontal ha cambiado con el creciente conocimiento de la historia natural de las enfermedades periodontales, la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA), basándose en las propuestas de la Sociedad Británica de Periodoncia, ha considerado establecer una guía clínica de detección de pacientes con enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis), para que pueda ser el mejor consejo actual en la práctica de la periodoncia dentro de la práctica general odontológica. Se hace énfasis especialmente en la evaluación periodontal minuciosa como un pre-requisito esencial en la planificación y ejecución de todo cuidado dental.

## 2 LA NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

**2.1.** El concepto tradicional de las enfermedades periodontales en general, y de la periodontitis (actualmente considerada como un compendio de varias enfermedades pero colectivamente nombrada por convenio en singular), era que el periodonto se veía uniformemente afectado por placa dental microbiana. Esto derivaba en gingivitis en estadios tempranos y después el periodonto era destruido en mayor o menor medida (periodontitis) lo que causaba una pérdida ósea avanzada, y finalmente provocaba la pérdida del diente. Se consideraba que la mayoría de los individuos eran susceptibles de padecer enfermedades periodontales y que la presencia de placa provocaba una progresión gradual de pérdida ósea.

**2.2.** Un examen minucioso de los datos epidemiológicos muestran que, incluso en las fases tempranas, la periodontitis puede ser mucho más activa en algunos dientes que en otros (Socransky et al. 1983, Haffajee et al. 1983). Además, la actividad de la enfermedad localizada no es directamente proporcional a la presencia local de placa. Y se ha mostrado que en muchos casos la periodontitis

es episódica con periodos de remisión y actividad (Selikowitz et al. 1981, Goodson et al. 1982).

**2.3.** En este patrón de diversidad, en el que el componente tiempo es tan importante, se hace necesaria una técnica especial de detección de la enfermedad, incluso en sus etapas tempranas. En el caso del dentista o el higienista dental, es necesario registrar la distribución y progreso de la enfermedad para permitir tratarla y aconsejar al paciente. Ciertos aspectos han de ser presentados al paciente de manera que puedan ser fácilmente asimilados por éste para aplicar técnicas preventivas de higiene diaria adecuadas a su caso (Glavind et al. 1985).

**2.4.** Los datos epidemiológicos en la Encuesta de Salud Oral del 2005 en España muestran que las enfermedades periodontales son muy prevalentes en la población española, con resultados similares al de los países desarrollados. Así, en el grupo poblacional de 15 años, un 25% presentaba cálculo; en el grupo de 35-44 años, un 25% presentaban bolsas moderadas o severas, y el porcentaje de las mismas en el grupo 65-74 años subía a un 38%. En cuanto a la pérdida de inserción, se observó que en el grupo de 35-44 años, más de un 7% tienen pérdida de inserción > 6 mm, mientras que en el grupo de 65-74 años este porcentaje subía al 31% (Bravo-Pérez et al. 2006).

**2.5.** Las enfermedades periodontales no solo implican la pérdida de los tejidos de soporte de los dientes, con un riesgo mayor de pérdida dentaria, sino que pueden tener repercusiones sistémicas. Así, se ha establecido recientemente su asociación con el aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, partos prematuros en embarazadas o modificar el estado metabólico de pacientes diabéticos (Bahekar et al. 2007, Khader & Ta'ani 2005, Taylor 2001).

### 3 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

**3.1.** Ha sido mostrado que bajo condiciones óptimas, la eliminación cuidadosa de la placa dental puede prevenir la aparición y progresión de la periodontitis inicial (Axelsson & Lindhe 1977, Axelsson & Lindhe 1978, Badersten et al. 1975, Agerbaek et al. 1977, Hamp et al. 1978). Además, se ha visto que las técnicas de control de placa pueden prevenir la aparición de la enfermedad tras un tratamiento exitoso, y también se ha mostrado que el control de placa es una parte importante del mismo tratamiento periodontal (Suomi et al. 1971, Axelsson & Lindhe 1981, Ramfjörð et al. 1982, Nyman et al. 1975, Lindhe & Nyman 1975, Badersten et al. 1981).

**3.2.** En un primer momento, la interpretación de estos resultados fue que una breve instrucción a los pacientes en el control de placa, y en su importancia en la enfermedad periodontal, constituiría una adecuada técnica preventiva para la mayoría de los pacientes que no padecieran la enfermedad de forma avanzada.

**3.3.** Los estudios anteriormente citados, y otros, sugieren que dicha perspectiva constituye una excesiva simplificación de la situación actual. La realidad es que los dentistas e higienistas deben emplear estas técnicas, que llevan su tiempo, y que se necesitan frecuentes repeticiones si se desea que resulten exitosas (Bellini & Gjermo 1973, Johansen et al. 1973,

Ekanayaka & Sheiham 1979).

**3.4.** El conflicto entre el enfoque simplificado y la realidad observada surge de dos supuestos acerca de la naturaleza del proceso de la enfermedad y su prevención. En primer lugar, se asumió que un examen rápido es todo lo que se requiere para permitir al dentista evaluar la extensión de la enfermedad y la distribución de la placa dental en pacientes con niveles leves de enfermedad. En segundo lugar, y de una manera relacionada, se asumió que una breve explicación de la situación periodontal es suficiente para permitir al paciente practicar un control de placa con éxito.

### 4 REGISTRO Y DIAGNÓSTICO

**4.1.** Desde hace tiempo se ha reconocido por parte de los periodoncistas que la llave hacia el tratamiento exitoso de la periodontitis se basa en la cuidadosa valoración y diagnóstico de varias características de la enfermedad periodontal. Se revisan los datos relacionados con la cantidad y distribución de la placa dental e inflamación gingival, y se unen a las mediciones de profundidad de las bolsas y pérdida de inserción clínica. Se registran también la movilidad dental y situaciones especiales, como proximidad radicular, concavidades radiculares y surcos o afectación de furca. Las radiografías son necesarias, generalmente, para complementar el diagnóstico y la planificación del tratamiento.

**4.2.** Deben realizarse registros de los mismos datos cuando haya concluido el tratamiento. Estos sirven para determinar el grado de mejoría logrado y posteriormente, durante un largo período de tiempo determinarán si la mejoría se mantiene.

**4.3.** Sólo a un porcentaje de la población (aproximadamente 7-15%) que acude a la consulta odontológica se le considera como susceptible de padecer periodontitis avanzada. Sin embargo, no existen indica-

dores fiables de pronóstico previo al comienzo de la enfermedad. Por lo tanto, es necesaria la exploración de todos los pacientes al menos una vez al año, para detectar la enfermedad en un estadio temprano del proceso. El número de pacientes afectados y la frecuencia con que las exploraciones son necesarias sugiere que esto sólo se puede conseguir en el marco de la práctica general. Por esta razón, la Sociedad Británica de Periodoncia desarrolló la Exploración Básica Periodontal (EPB) en 1986 y luego ha sido actualizada para investigar a todos los pacientes y determinar el nivel de exploración necesario en pacientes con diferentes niveles de enfermedad.

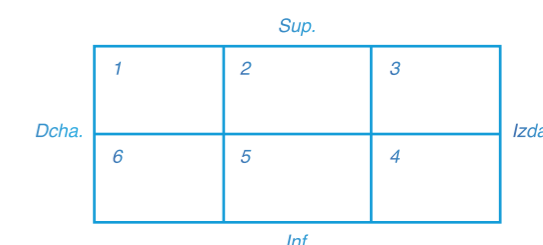
**4.4.** La acumulación de datos clínicos y radiográficos completos que se requiere para pacientes con periodontitis complejas no debería ser necesario para muchos de los pacientes vistos en la práctica diaria dental. Se necesita un método de exploración simple y rápido para que no se empleen indebidamente el tiempo y otros recursos. El sistema de exploración indicaría qué datos clínicos y radiográficos se requieren para cada nivel de enfermedad.

**4.5.** El método de examen conocido como EPB aporta una base para una exploración sencilla y rápida. Aunque ha sido desarrollado para valorar las necesidades de tratamiento, tiene la ventaja de resumir la situación periodontal de una manera útil para comunicarse con el público, incluidos los mismos pacientes.

**4.6.** Debe subrayarse que el índice puede que tenga que ser acompañado por información adicional, por ejemplo, en el caso de distribución irregular de la enfermedad, donde haya una recesión avanzada de tejido blando, o donde haya otros factores en la boca que influyan en el tratamiento periodontal. Además, en la mayoría de los casos en la práctica odontológica, el índice puede indicar que se requiere más información clínica y radiográfica.

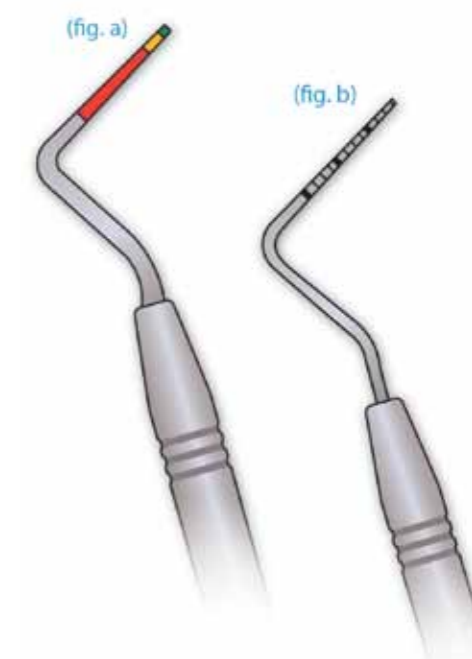
### 5 EL EXAMEN PERIODONTAL BÁSICO (EPB)

**5.1.** La EPB divide la dentición completa en sextantes. Los seis sextantes incluyen, por un lado, cuatro grupos de dientes con los dientes molares (excluyendo el tercer molar) y premolares de cada lado en cada maxilar, y por otro lado, dos grupos de dientes con los caninos e incisivos de cada maxilar. Se examinan todos los dientes de cada sextante. El resultado se introduce en un gráfico como este:

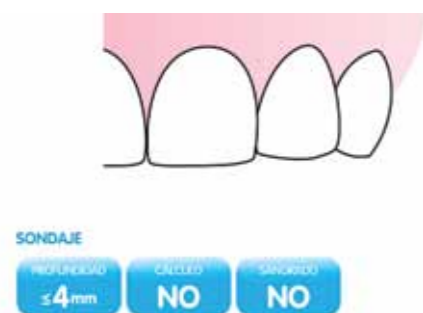


**5.2.** Un sextante cualificado para el registro deberá contener al menos dos dientes. Las observaciones realizadas en un solo diente se incluyen en el registro del sextante adyacente.

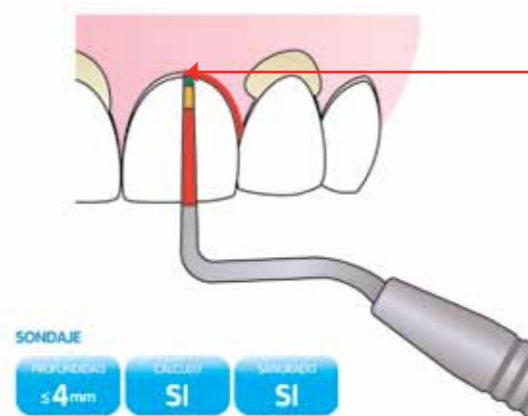
**5.3.** Se recomienda el uso de una sonda periodontal SEPA-EPB (fig.a) o una sonda UNC 15 (fig.b). La fuerza utilizada en el sondaje no debería exceder de los 20-25 g.



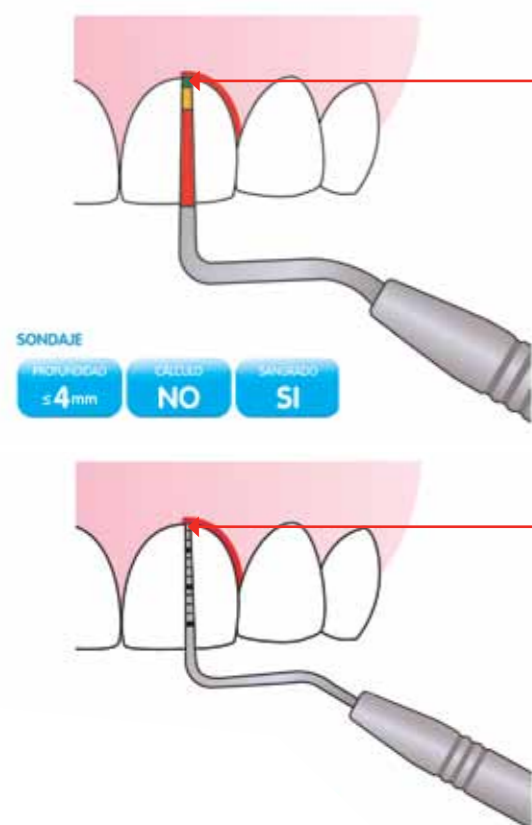
5.4. **Código 0** se da al sextante cuando no hay bolsas de 4 mm o más de profundidad, no hay cálculo, o obturaciones desbordantes y no hay sangrado tras el sondaje.



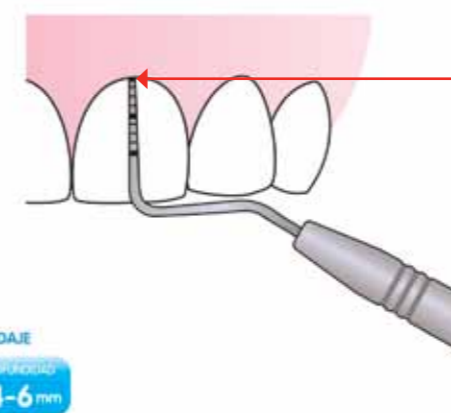
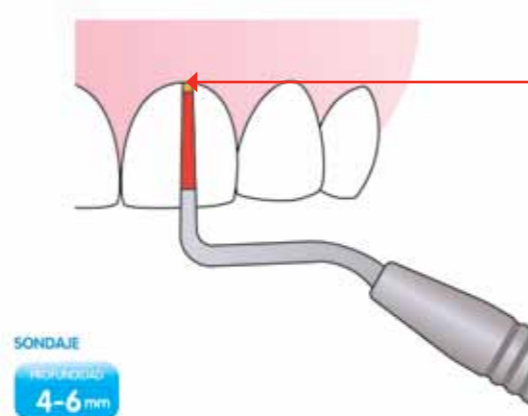
5.6. **Código 2** se da al sextante cuando no hay bolsas de 4 mm o más de profundidad. Además, se aprecia cálculo dental u otros factores de retención de placa como obturaciones desbordantes.



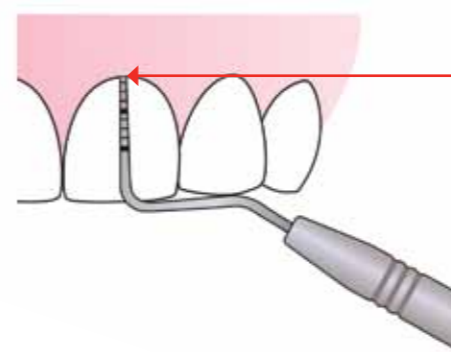
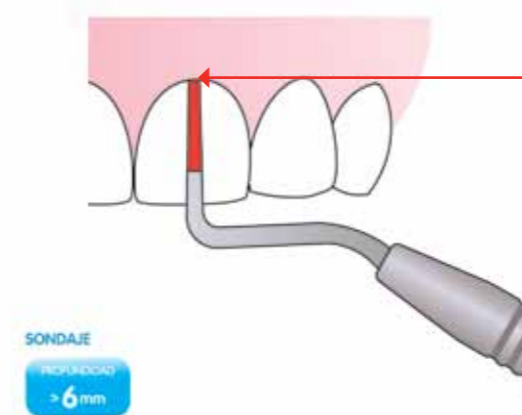
5.5. **Código 1** se da al sextante cuando no hay bolsas de 4 mm o más de profundidad y no hay cálculo o obturaciones desbordantes pero aparece sangrado tras el sondaje.



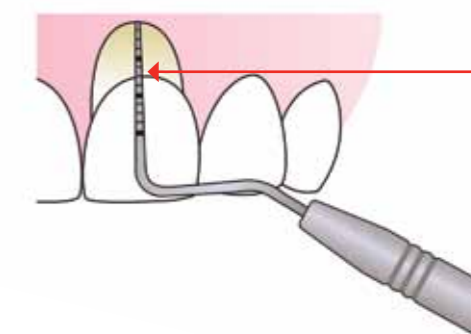
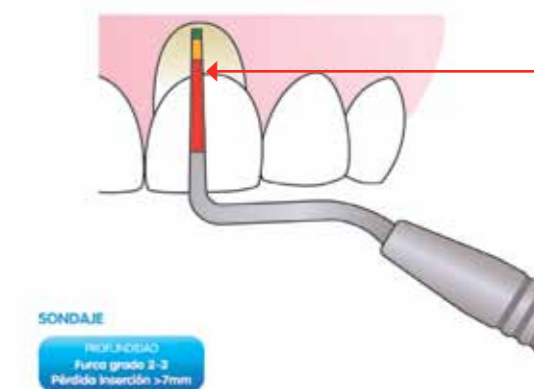
5.7. **Código 3** se da al sextante en el que la máxima profundidad de sondaje en uno o más es entre 4-6 mm.



5.8. **El código 4** se da al sextante en el que uno o más dientes tienen una profundidad de sondaje de 6 mm ó más.



5.9. **El código \*** se le da al sextante en que haya una pérdida de inserción de 7 mm o más, o si existe afectación de furca grado 2 ó 3. El asterisco denota que se requiere un examen periodontal completo, independientemente de la evaluación EPB



5.10. Tan pronto como se registre el código 4 o \* en un diente de un sextante, el examinador pasa el siguiente sextante. Si no se detecta código 4, entonces es necesario examinar todos los dientes para asegurarse de que el código más alto es registrado antes de pasar al siguiente sextante.

5.11. El registro de los códigos EPB debería realizarse en cada exploración rutinaria. El método es, junto con las radiografías, práctico para la valoración adicional durante el examen del estado de salud oral del paciente.

## 6 NOTAS SOBRE EL USO DEL EPB

**6.1.** Como sistema de detección y exploración preliminar, el EPB puede tener ciertas carencias. Se pueden detectar problemas con falsas bolsas en individuos jóvenes, y con recesiones gingivales y afectación de furca en pacientes mayores. Se recomienda aplicar las siguientes variantes:

**6.2.** En los individuos jóvenes el margen gingival puede estar situado coronal a la unión amelocementaria en varios milímetros. Esto se tomará en cuenta al proponer tratamiento para sextantes con puntuación 3 y 4.

## 7 GUÍA CLÍNICA DEL CUIDADO PERIODONTAL EN LA PRÁCTICA DENTAL GENERAL

**7.1.** A todo nuevo paciente que acuda al dentista por primera vez debería aplicársele el EPB. Los códigos para cada sextante deben ser registrados. Se deberá dar una breve explicación de la importancia de los hallazgos en términos entendibles por el paciente.

**7.2.** El manejo de los sextantes con códigos 0, 1 y 2 es tal y como sigue:

- (a) Los sextantes de la boca para los que se ha registrado Código 0, no requieren tratamiento;
- (b) Los sextantes con Código 1 pueden ser tratados mediante instrucciones de higiene oral y profilaxis supragingival;
- (c) Los sextantes con Código 2 pueden ser tratados como los sextantes con Código 1 añadiendo profilaxis subgingival en los lugares seleccionados y eliminación de las obturaciones desbordantes.

Los pacientes cuyas puntuaciones EPB para todos los sextantes sean los Códigos 0, 1 y 2 deberían ser explorados anualmente.

**7.3.** Cuando los pacientes tengan sextantes con puntuación Código 3, se deben de recopilar más datos. Se realizará un examen periodontal completo (periodontograma, índice de placa, índice gingival, movilidad y radiografía panorámica). Se realizarán radiografías intraorales con la técnica paralela de cono largo en los sextantes con puntuación Código 3. Se procederá a realizar un análisis de riesgo del paciente según los datos recopilados. Los pacientes con riesgo elevado se etiquetarán como complejos.

Ante la existencia de un código 3, se deberá realizar una profilaxis de la dentición completa del paciente y raspado y alisado radicular en los sextantes con código 3. Los sextantes con código 3 deberán ser revalados aproximadamente 3 meses después de su tratamiento, esto es, un nuevo periodontograma para valorar el resultado de la terapia aplicada. Se debería repetir el EPB en un plazo mínimo de seis meses y máximo de un año.

**7.4.** Los pacientes con sextantes de puntuación Código 4 ó \* requerirán un examen periodontal exhaustivo (periodontograma, índice de placa, índice gingival, movilidad y radiografía panorámica) tanto al inicio como tras el tratamiento. Se requieren periodontogramas completos de profundidad bolsa para todos los sextantes junto con los otros parámetros periodontales como afectación de furca, movilidad, fisuras radiculares... Además, se deberían realizar series radiográficas completas. Se deberá realizar un análisis del riesgo del paciente según los datos recopilados. Si el paciente tiene un riesgo elevado, el caso se etiquetará como complejo y será necesario un seguimiento más cercano. El tratamiento puede incluir profilaxis supra y subgingival, raspado y alisado radicular y cirugía periodontal, mientras se mantiene el énfasis en el control de la placa.

**7.5.** Muchos dentistas pueden considerar el remitir a los pacientes con sextantes de puntuación Código 4 ó \* al cuidado de expertos, principalmente en casos de Periodontitis Agresiva, Periodontitis Crónicas Avanzadas, y Periodontitis Asociadas a Enfermedades Sistémicas. El dentista generalista puede, sin embargo, responsabilizarse del mantenimiento inicial y a largo plazo de los pacientes remitidos, una vez finalizado el tratamiento activo. El tratamiento de mantenimiento consistiría inicialmente en citas en intervalos de tres meses para refuerzo de la higiene oral, profilaxis supragingival y subgingival. Se deben recoger los índices de placa y sangrado junto a las mediciones de profundidad de bolsa y nivel de inserción, y éstos deberán ser comparados con las evaluaciones pre-tratamiento. Las zonas que muestren deterioro deben ser identificadas y re-tratadas si es necesario.

**7.6.** Se sugiere que, junto con la exploración rutinaria, los datos de la exploración EPB deberían incluir una evaluación de todos los detalles de restauración avanzada o tratamiento ortodóntico. La razón fundamental de esta sugerencia es el reconocimiento de que el fracaso de dichos tratamientos es comúnmente asociada a la presencia de periodontitis crónica. En los Apéndices 1, 2 y 3 se describen métodos posibles para recoger y registrar los datos periodontales descritos anteriormente, y adicionales al EPB.

## 8 NOTAS SOBRE EL USO DE RADIOGRAFÍAS EN EL SISTEMA PROPUESTO

**8.1.** Se realizarán radiografías intraorales con la técnica paralela de cono largo en los sextantes con puntuación Código 3.

**8.2.** A los pacientes que tengan algún sextante con código 4 ó \* se les realizará una serie periapical completa de toda la dentición.

## 9 RECONOCIMIENTO DE PACIENTES DE RIESGO

**9.1.** Los dentistas deberán ser conscientes de que una combinación de ciertos factores hacen a determinados pacientes susceptibles a la periodontitis avanzada y podrían remitir a dichos pacientes a un experto en Periodoncia. Estas observaciones pueden incluir:

- (a) Puntuaciones EPB de 3, 4 ó \* en pacientes menores de 35 años;
- (b) Fumadores de más de 10 cigarrillos al día;
- (c) Un factor médico concurrente que afecte directamente al tejido periodontal, tal como la diabetes, períodos de mayor estrés y el uso de ciertos medicamentos;
- (d) Morfología radicular que afecta desfavorablemente al pronóstico;
- (e) Destrucción periodontal rápida; más de 2 mm de pérdida de inserción en un año;
- (f) Un alto porcentaje de sangrado al sondaje con un índice de placa bajo;
- (g) Historia previa de tratamiento de enfermedad periodontal;
- (h) Antecedentes familiares de pérdida dental temprana debido a periodontitis;
- (i) Observación de pérdida ósea en radiografías secuenciales.

## 10 CONCLUSIONES

**10.1.** La concepción moderna de la periodontitis requiere que todos los pacientes precisen de una evaluación periódica de esta patología.

**10.2.** El examen EPB, junto con las radiografías adecuadas, forma la base de una adecuada exploración periodontal para la práctica dental general.

**10.3.** El sistema de exploración propuesto no es un sustituto del examen periodontal completo requerido para un diagnóstico adecuado y planificación del tratamiento en pacientes susceptibles.

Axelsson, P. and Lindhe, J. (1981). The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J. Clin. Perio.* 8: 281-295.

Badersten, A., Egelberg, J and Koch, G. (1975). Effect of monthly prophylaxis on caries and gingivitis in school children. *Comm. Dent. Oral Epidemiol.* 3: 1-4

Badersten, A., Nilveus, R. And Egelberg, J. (1981). Effect of non-surgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. *J. Clin. Perio.* 8: 57-72.

Bahekar A.A., Singh S., Saha S., Molnar J. and Aro-ra R. (2007). The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: a meta-analysis. *Am Heart J.*;154(5): 830-837.

Bellini, H.T. and Gjermo, P. (1973). Application of the Periodontal Treatment Need System (PTNS) in a group of Norwegian industrial employees. *Comm. Dent. and Oral Epidemiol.* 1: 22-29.

Bravo-Pérez, M., Casals-Peidro, E., Cortés-Martínicorena, F.J. and Llodra-Calvo, J.C. (2006). Encuesta de Salud Oral en España 2005. *RCOE* 11(4): 409-456.

Croxson, L. J. (1984). A simplified periodontal screening examination: the Community Periodontal Index of Treatment Needs (WHO) in general practice. *Int. Dent. J.* 34: 28-34.

Ekanayaka, A.N.I. and Sheiham, A. (1979). Assessing the periodontal treatment needs of a population. *J. Clin. Perio* 6: 150-159.

Emslie, R.D. (1980). The 621 periodontal probe. *Int. Dent. J.* 30: 287.

Glavind, L., Christensen, H., Pedersen, E., Rosendahl, H. and Attström, R. (1985). Oral hygiene instruction in general dental practice by means of self-teaching manuals. *J. Clin. Perio.* 12: 27-34.

Goodson, J.M., Tanner, A.C.R., Haffajee, A.D., Somberger, G.C. and Socransky, S.S. (1982). Patterns of progression and regression of advanced destructive periodontal disease. *J. Clin. Perio* 9: 472-481.

Haffajee, A.D., Socransky, S.S. and Goodson, J.M. (1983). Comparison of different data analyses for detecting changes in attachment level. *J. Clin. Perio.* 10: 513-521.

Hamp, S.E., Lindhe, J., Farrell, J., Johansson, L.A. and Karlsson, R. (1978). Effect of a field programme based on systematic plaque control on caries and gingivitis in school children after three years. *Comm. Dent. Oral Epidemiol* 6: 17-23

Johansen, J.R., Germsø, P. and Bellini, H. T. (1973). A system to classify the need for periodontal treatment. *Acta Odont. Scand.* 31: 297-305.

Khader Y.S & Ta'ani Q. (2005). Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. *J. Perio.* 76(2):161-165.

Lindhe, J. and Nyman S. (1975). Effect of professional tooth-cleaning after periodontal surgery. *J. Clin. Perio* 2: 67-79.

Nyman, S., Rosling, B. and Lindhe, J. (1975). Effect of professional tooth-cleaning after periodontal surgery. *J. Clin. Perio.* 2: 80-86.

Ramfjörd, S.P., Morrison, E.C., Bergett, F.G., Nissle, R.R., Shick, R.A., Zann, G.J. and Knowles, J.W. (1982). Oral hygiene and maintenance of periodontal support. *J. Perio.* 53: 26-30.

Selikowitz, H-S, Sheiham, A., Albert, D. and Williams, G.M. (1981). Retrospective longitudinal study of the rate of alveolar bone loss in humans using bitewing radiographs. *J. Clin. Perio.* 8: 431-438.

Socransky, S.S., Haffajee, A.D., Goodson, J.M. and Lindhe J. (1983). Changing concepts of destructive periodontal disease. *J. Clin. Perio.* 11:21-32.

Suomi, J.D., Greene, J.C., Vermillion, J.R., Doyle, J., Change, J.J. and Leatherwood, E.C. (1971). The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults. Results after third and final year. *J. Clin. Perio.* 42: 152-160.

Taylor G.W. (2001). Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. *Ann Periodontol.*;6(1):99-112.

## BIBLIOGRAFÍA

Agerbaek, N., Paulsen, S., Nelson, B. and Glavind L. (1977). Effect of professional tooth-cleaning every third week on gingivitis and dental caries in children. *Comm. Dent. Oral Epidemiol.* 6: 40-41

Ainamo, J., Barmes, D., Beagrie, G., Cutress, T., Norton, J. and Sardo-Infirri, J. (1982). Development of the World Health Organization (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). *Int. Dent. J.* 32: 281-291

Ashley, F.P. and Sainsbury, R.H. (1981). The effect of a school-based plaque control programme on caries and gingivitis – a three-year study in 11-14 year old girls. *Brit. Dent. J.* 150: 41-45.

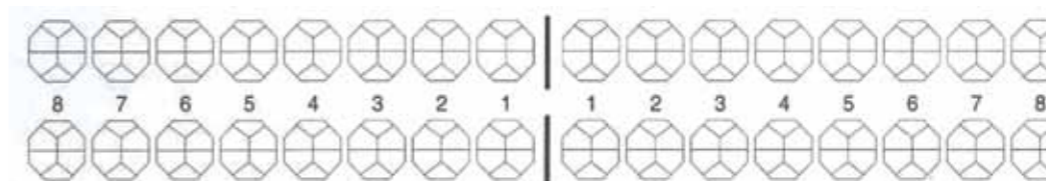
Axelsson, P. and Lindhe, J. (1977). The effect of a plaque control programme on gingivitis and dental caries in school children. *J. Dent. Res. Special Issue C:* 142-148.

Axelsson, P. and Lindhe, J. (1978). Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J. Clin. Perio* 5: 133-151.

### APÉNDICE 1 EL GRÁFICO DE DISTRIBUCIÓN DE PLACA

1. El gráfico que muestra la distribución de placa dental adyacente al margen gingival es un método utilizado en la planificación del tratamiento y monitorización periodontal. También es usado en el proceso de motivación del paciente.
2. Emplea el principio de puntuación dicotómica, presencia o ausencia de placa en seis zonas de cada diente siendo registradas por completo en una cuadrícula (fig. 1). Se deberá utilizar un revelador de placa para que todas las áreas dentales con placa puedan ser detectadas.
3. El exceso de tinte se limpia convenientemente con una jeringa 3 en 1. La presencia de una franja continua de placa dental adyacente al margen gingival se registra como positivo.
4. La puntuación de placa se calcula expresando en porcentaje el número de superficies que presentan placa, relativa al número total de superficies dentales.

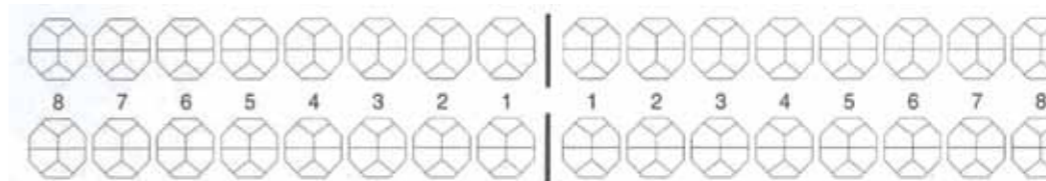
Fig.1 Plantilla donde se registra la presencia de la placa dental y se calcula su índice.



### APÉNDICE 2 EL GRÁFICO DE DISTRIBUCIÓN DE SANGRADO

1. Está aceptado que la inflamación gingival se debe calcular mediante el sangrado gingival, pues los cambios de color e hinchazón son difíciles de evaluar con el principio dicotómico de puntuación.
2. Así pues, la presencia o ausencia de sangrado al sondaje de la encía asociada con cada superficie del diente se registra al completo en una cuadrícula del tipo que se utiliza para medir la distribución de la placa.
3. Se introduce una sonda periodontal hasta el fondo de la bolsa. Se recomienda hacer una fuerza que no exceda los 20-25 g. El sangrado que aparezca dentro de los primeros 30 segundos se registra como positivo.
4. La puntuación del sangrado se calcula expresando mediante el porcentaje del número de localizaciones con sangrado al sondaje, relativas al número total de localizaciones (fig. 2).

Fig.2. Plantilla donde se registra la presencia de las localizaciones con sangrado al sondaje



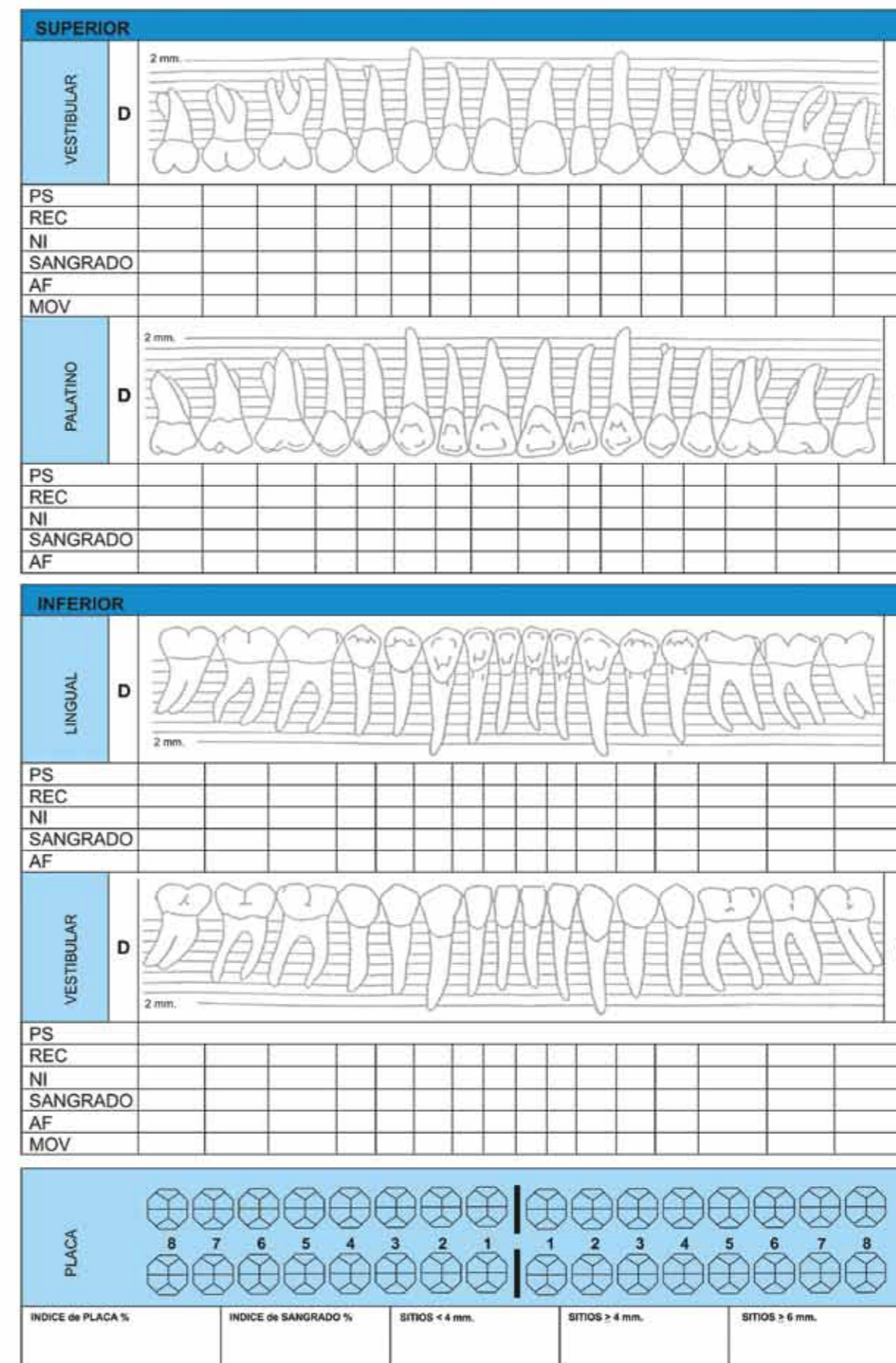
**APÉNDICE 3 PERIODONTOGRAMA**

1. La profundidad del sondaje se define como la profundidad a la que la sonda periodontal puede ser introducida entre el diente y el tejido gingival, utilizando una fuerza no superior a 20-25 g. en dirección paralela al eje largo del diente. Es la distancia entre el margen de la encía y el fondo de la bolsa.

2. La medición se toma normalmente en seis puntos de la superficie dental, para completar un gráfico que incluya una representación de la condición periodontal (fig. 3). La representación es de utilidad en la orientación y motivación del paciente.

Fig. 3. Ejemplo de un periodontograma donde se recoge la profundidad de bolsa y nivel de inserción

Fig. 3.



PS: Profundidad de Sondaje AF: Afectación de furca (1,2,3)  
 REC: Recesión MOV: Movilidad (1,2,3)  
 NI: Nivel de inserción





[www.sepa.es](http://www.sepa.es)  
[www.cuidatusencias.com](http://www.cuidatusencias.com)  
[www.consejodentistas.es](http://www.consejodentistas.es)  
[www.saludencias.es](http://www.saludencias.es)

**LISTERINE®**