

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“Dr. José Apolo Pineda”**

**“INCIDENCIA DE LA EVIDENCIA CLINICA DEL
DESGASTE PROGRESIVO A NIVEL DEL TERCIO
CERVICAL EN EL PRIMER PREMOLAR Y SU
RELACION CON LA RECESION GINGIVAL EN
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE CUARTO AÑO (2014)
INDICANDO LA MEDIDA DE DESGASTE”**

Dr. Diego Loza Jarama.

2014

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“Dr. José Apolo Pineda”**

**Trabajo de investigación como requisito para optar por el
Titulo de: Especialista en Rehabilitación Oral**

**“INCIDENCIA DE LA EVIDENCIA CLINICA DEL
DESGASTE PROGRESIVO A NIVEL DEL TERCIO
CERVICAL EN EL PRIMER PREMOLAR Y SU
RELACION CON LA RECESION GINGIVAL EN
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE CUARTO AÑO (2014)
INDICANDO LA MEDIDA DE DESGASTE”**

Dr. Diego Loza Jarama.

2014

Editorial de Ciencias Odontológicas U. de G.

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de Tutores

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el TRABAJO DE INVESTIGACIÓN como requisito previo para optar por el Título de **Especialista en Rehabilitación Oral**

El tema se refiere a:

**“INCIDENCIA DE LA EVIDENCIA CLINICA DEL
DESGASTE PROGRESIVO A NIVEL DEL TERCIO
CERVICAL EN EL PRIMER PREMOLAR Y SU
RELACION CON LA RECESION GINGIVAL EN
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE CUARTO AÑO (2014) INDICANDO LA MEDIDA DE
DESGASTE”**

Presentado por:

CC: 0909818320

Dr. Diego Loza Jarama.

TUTORES

Dr. William Córdova MS.c

Dra. Elisa Llanos R. MS.c

Tutor Científico

Tutor Metodológico

Guayaquil, octubre del 2014

AUTORIA

Las opiniones, criterios conceptos y análisis vertidos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad del Autor

Dr. Diego Loza Jarama

INDICE

Contenidos	Pag.
Caratula	
Contracaratula	
Certificacion de Tutores	
Autoria	
Resumen	
Abstract	
Introducción	1
1. Planteamiento del problema	2
1.1 Determinación del problema	2
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Delimitación del problema	5
1.4 Preguntas de investigación	5
1.5 Objetivos de la investigación	7
1.5.1Objetivo general	7
1.5.2 Objetivos específicos	7
1.6 Justificación e importancia	7
2. Marco teórico	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Fundamentos teóricos	20
2.2.1 Desgaste cervical y su relación con la retracción Gingival en premolares y molares	20
2.2.2 Teoría Abrasiva	25
2.2.3 Teoría Flexural	27
2.2.4 Inconsistencias de la teoría flexural	29
2.2.5 Desgaste cervical y su relación con la retracción Gingival	31
2.2.6 Lesiones cervicales	33
2.2.7 Abfracción	34
2.2.8 Erosión	35
2.2.9 Abrasión	35

INDICE

Contenidos	Pag.
2.3 Hipótesis	39
2.4 Variables de investigación	39
2.4.1 Variables independiente	39
2.4.2 Variable dependiente	39
2.4.3 Variable intervinientes	39
3. Metodología	41
3.1 Tipo de estudio	41
3.2 Población y muestra	41
3.3 Materiales de instrumentos	41
3.4 Presentación de casos clínicos	43
3.5 Encuesta de higiene oral	59
4. Discusión de resultados	64
5. Conclusión	65
6. Recomendaciones	67
Bibliografía	68
Anexos	74

RESUMEN

La lesión cervical representa en la actualidad un problema que debe ser tomado muy en consideración ya que su diagnóstico dental no es sencillo, y detrás de ella está ligado a una serie de factores y signos clínicos que encubren verdaderas patológicas dentales.

El propósito de la presente propuesta consiste en considerar la incidencia de dicho desgaste en una encuesta en la que la muestra consistió en pacientes jóvenes de la facultad de odontología.

Determinar también sus variables: el desgaste progresivo y la recesión gingival en el primer premolar y principalmente crear una cultura en los jóvenes de manera que estos ejerzan un mayor control y preocupación ante la aparición de dicho desgastes en estadios tempranos.

El problema de la lesión cervical se constituye en la actualidad como la lesión del futuro el cual debe ser tratado con sumo interés por parte del profesional rehabilitador y no tomarlo como un caso aislado.

Palabras claves: Desgaste cervical y Recesión gingival

ABSTRACT

The neck injury is now a problem that must be taken into consideration so as dental diagnosis is not easy, and behind it is linked to a series of factors and clinical signs that cover dental pathological true.

The purpose of this proposal is to consider the impact of such wear on a survey in which the sample consisted of young patients in dental school.

Also determine its variables: the progressive wear and gingival recession in the first premolar and foremost create a culture where young people so that they have greater control and concern about the appearance of the wear in the early stages.

The problem of cervical lesion is today as future injury which must be treated with great interest by the rehabilitation professional and not take it as an isolated case.

Keywords: Cervical wear and gingival recession

INTRODUCCION

El desgaste progresivo a nivel del tercio cervical es la pérdida patológica de la estructura dentaria localizado en el límite amelocementario, no respondiendo a una etiología bacteriana; se clasifican en abrasión, erosión y abfracción pudiendo presentarse solas o combinadas. Si bien el esmalte es resistente a los abrasivos de las pastas en condiciones normales, muy distinta será su situación cuando se conjuga con la presencia de ácidos.

Estos producirían una alteración superficial de su textura y un debilitamiento general del tejido. Naturalmente ésta situación es más grave en el tejido dentinario, por tanto esto supone observar un espacio de latencia de por lo menos una hora entre la ingestión de alimentos de bajo pH y el cepillado. Por lo mismo algunos autores sostienen que debería reexaminarse el mensaje: “cepillarse inmediatamente después de las comidas”. (Ochoa García L, 2008)

En consecuencia otro dato importante será el pH de las crema dentales, el cual en algunos casos suele ser ácido (entre 5.1 y 4.3) con el riesgo que ello puede suponer (Ranjitkar S, 2012, vol 2012: 479850)

Vale resaltar que las lesiones cervicales no cariosas son resultado de causas, tales como: abrasión (pérdida anormal de estructura dentaria debido a repetidos contactos mecánicos, principalmente por cepillo dental y/o dentífricos abrasivos. (Osborne K, 1999.)

El propósito de este trabajo es evidenciar clínicamente la recesión gingival en el primer premolar a nivel del tercio cervical de los alumnos del cuarto año durante el periodo 2014 en la facultad de odontología la evaluación incluye un cuestionario, historia clínica, fotos y examinación clínica.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Las lesiones cervicales no cariosas son defectos resultantes de la pérdida de tejido dental duro en la región de la unión cemento esmalte, un área vulnerable del esmalte dental la cual se encuentra sometida a estrés y torque en ciertos momentos de la función oclusal, adicionalmente a esto se debe considerar que interactúan los hábitos de parafunción, dieta e higiene bucal. A diferencia de las caries no son de origen bacteriano (Ponce de Leon , 2008)

Los defectos del cuello del diente suelen agruparse enérgicamente en tres categorías:

Planas o playas, que se ubican generalmente en el 1/3 gingival y avanzan hacia el esmalte coronario. Redondeadas, cóncavas o en cuchara, ubicadas en el 1/3 cervical y avanzan hacia los tejidos radiculares. Angulares o en cuña, ubicadas a nivel del Límite Amelo Cementario.

Las primeras se adjudican a procesos de disolución químico-erosivos, las segundas a procesos mecánico-abrasivos, por cepillado traumático o abusivo y las terceras son atribuidas a fuerzas oclusales parafuncionales concentradas en la zona del límite amelo-cementario. Éstas últimas se denominan a partir de (Grippio J. O., 1995), Abfracciones, (etimología: ab = hacia fuera, fracción = ruptura). Esta división que relaciona morfología y agente causal ha ido perdiendo vigencia, reconociéndose que el fenómeno es mucho más complejo e intricado y que al realizar inferencias a partir de la morfología puede llevar a confusión

Por otra parte el papel de la erosión ha ido incrementándose en los últimos tiempos de acuerdo a la asimilación popular de

“hábitos saludables” (Shaw L., 1994.) Que favorecen las situaciones de riesgo. Se considera que juega un papel fundamental en la llamada Pérdida de Superficie Dentaria (Davies S. J., 2002) en donde se investigan todas las pérdidas estructurales que no sean de carácter traumático o bacteriano. Deberá sospecharse de erosión ácida cuando aparezcan caras oclusales redondeadas, romas, con desgastes fuera del área de contacto antagonista, con hoyuelos, bordes afilados de esmalte translucido, pérdida masiva de tejido, o en localizaciones atípicas alejadas del papel protector de la saliva (Khan F., 1999) Asociada a la atricción tendría efectos dramáticos en el sistema estomatognático, causando el colapso de la mordida y maloclusiones severas. En el tema que nos atañe muchos autores señalan el sinergismo con factores abrasivos (Davis W. B., 1980) y otros con los tensoflexurales que actúan sobre el cuello del diente. (Grippio J. O. S. M., 2004).

No existen muchos estudios antropológicos sobre las LCNC, pero según el estudio de (Aubry M, 2003) en muestras arqueológicas de dientes de la Era Eneolítica y en la Edad Media, en las que se estudiaron más de 3927 dientes, no se encontraron LCNC, lo que sugiere que estas lesiones están relacionadas con el estilo de vida, la dieta, y condiciones dentales.

Cuando esta lesión se combina con los ácidos no bacterianos, se denomina corrosión por estrés. Se habla de abrasión química cuando se combina la abrasión y el ácido. (Cuniberti de Rossi, 2009:)

Sobre los dientes puede actuar más de uno de estos procesos simultáneamente, con una intensidad y una duración variables. Por consiguiente, no es posible establecer un diagnóstico basándose únicamente en el aspecto superficial. Los bordes de las facetas pueden no ser muy marcados, y si se ha producido

una disolución superficial excesiva, las facetas pueden haber desaparecido completamente. La erosión puede suprimir todos los detalles y enmascarar los signos de la abrasión. El bruxismo, unido a la abrasión de una superficie erosionada, puede eliminar más sustancia dental de lo normal debido a la debilidad de la superficie del esmalte. (W.R.Hume., 1999) Esta confusión e interacción de fuerzas puede complicar el diagnóstico clínico. No obstante, si se comprende bien los diferentes mecanismos de éstos procesos y se obtiene una historia médica y dental completa, podremos encontrar las causas.

Dentro del proceso normal de la anamnesis se debe preguntar a los pacientes acerca de los desgastes dentales que presentan. En el diagnóstico y la planificación del tratamiento se deben tener en cuenta factores como: dieta y estilo de vida, edad, oclusión, hábitos, técnicas de higiene oral.

Es preciso hacer también una prevención, siendo necesario conocer la etiología y las características del problema. Estas lesiones han sido estudiadas con mayor interés ya que la pérdida excesiva de tejido dentario puede ocurrir en dientes sanos, en dientes restaurados, dientes que son pilares de prótesis fija o removibles. La abrasión, erosión, abfracción y sus interacciones son las principales causas de las lesiones cervicales en los dientes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evidencia clínica de la recesión gingival en el primer premolar por desgaste progresivo del esmalte a nivel del tercio cervical de los alumnos del cuarto año durante el periodo 2014 en la Facultad de Odontología?

1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: “Incidencia de la evidencia clínica del desgaste progresivo a nivel del tercio cervical en el primer premolar y su relación con la recesión gingival en estudiantes de la facultad de odontología de cuarto año (2014) indicando la medida de desgaste”

Objeto de Estudio: evidencia clínica del desgaste progresivo a nivel del tercio cervical.

Campo de acción: Recesión gingival en el primer premolar

Lugar: Facultad Piloto de Odontología.

Área: Postgrado

Espacio: Especialidad Rehabilitación Oral

Tiempo: 2012-2014

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué importancia tiene demostrar la evidencia clínica de la recesión gingival en el primer premolar por desgaste progresivo del esmalte?

Es de suma importancia demostrar dicha evidencia clínica ya que factores asociadas a estas lesiones cervicales no cariosas son cada vez más habituales en pacientes jóvenes y no solamente en pacientes de tercera edad, presumiblemente podemos asociarlos a factores de estrés y de oclusión .

¿Cuáles son las causas que producen la retracción gingival?

Asociar las causas que producen retracción gingival en pacientes jóvenes comparándolos con pacientes adultos mayores en donde se atribuye que factores como el cambio del pH salival, estrés emocional, parafunciones, pérdida dentarias, fuerzas ortodónticas excesivas.

¿Cuáles son los Problemas que causa la retracción gingival?

Tomando en cuenta su aparición prematura cada vez en pacientes más jóvenes es de suponer que dichas piezas dentarias tendrán más tendencia y riesgo de pérdida dentaria a una edad más temprana produciendo un desequilibrio oclusal en todo el sistema estomatognático.

¿Cuál es la etiología del desgaste cervical?

Por ser multifactorial su etiología es muy variada asociándolo a pacientes jóvenes debemos de tener en cuenta factores como edad, sexo, dieta, oclusión, hábitos de higiene bucal y hábitos parafuncionales para encontrar factores de riesgo habituales en ellos.

¿Qué características presentan estas lesiones cervicales no cariosas?

Es importante saber determinar la evidencia clínica de dicho desgaste y saberlo identificar y diferenciar uno del otro ya que nos encontraremos con desgastes que tienen una evidencia característica ejemplo: uno que sea por abrasión es diferente a otro que sea por erosión, la abrasión se observa como una superficie lisa y la erosión como una superficie rugosa debido a

que es producida por ácidos y su diagnóstico clínico será importante para el tratamiento final.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar, la evidencia clínica de la recesión gingival en el primer molar por desgaste progresivo del esmalte a nivel del tercio cervical de los alumnos del cuarto año durante el periodo 2014 en la Facultad de Odontología.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir, la etiología del desgaste cervical

Describir, las causas del desgaste progresivo a nivel del tercio cervical en el primer premolar

Determinar, las causas de la relación del desgaste cervical con la recesión gingival.

1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La presente justificación responde **al porqué**, del trabajo en estudio y la utilidad o importancia de su realización. La justificación en la investigación (según Méndez) puede ser de carácter teórico, práctico o metodológico. Existen tres tipos de justificación: teórica, práctica y metodológica.

“Incidencia de la evidencia clínica del desgaste progresivo a nivel del tercio cervical en el primer premolar y su relación con la recesión gingival en estudiantes de la Facultad de

Odontología de cuarto año (2014) indicando la medida de desgaste” se relacionan con la **Justificación Práctica**. La misma que se ayuda a resolver un problema y propone estrategias que al aplicarlas contribuye a resolverlo.

La existencia de las lesiones cervicales no cariosas se ha visto en aumento en los últimos años, las mismas requieren de una solución inmediata ya que si no son tratadas en su debido tiempo pueden terminar con problemas que afectan la función, la estética, y que requieren tratamientos más invasivos. Motivar e incentivar conocimientos sobre la frecuencia de estos casos clínicos, para su prevención y para establecer un protocolo de tratamiento es algo importante.

Además se hace necesario describir los factores asociados a estas lesiones cervicales no cariosas presentes en los estudiantes de la Facultad de Odontología de cuarto año (2014); factores como edad, sexo, dieta, oclusión, hábitos de higiene bucal y hábitos parafuncionales, para poder encontrar los factores de riesgo que puedan provocar, potencializar y agravar el desgaste cervical en premolares y poder identificar sujetos susceptibles de sufrir desgastes a nivel cervical de estas piezas dentarias.

El conocimiento de las características clínicas y los factores asociados a estos desgastes, permitirá obtener información que nos lleve a fortalecer el conocimiento de esta condición y de los aspectos etiológicos; proponer medidas preventivas para disminuir la incidencia de estos desgastes, implementar planes de tratamiento efectivos enfocados en eliminar las causas que los producen.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

La recesión del tejido marginal gingival es definida como el desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte con la exposición de la superficie radicular al ambiente oral. (Glossary, 2009)

Carranza afirma que la recesión consiste en la exposición de la superficie radicular por una desviación apical en la posición de la encía. (Carranza, 2001)

La recesión se localiza en ocasiones en un diente en una sola superficie, en un grupo de dientes o puede generalizarse a través de la boca. (Woofter, 1969)

Hunter, quien le da nombre a la atrición, define y clasifica los términos de "erosión" y "abrasión" que aún hoy son motivo de confusión por su origen y ubicación asimismo. En 1932 Kornfeld determinó que las facetas de desgaste en las superficies oclusales de los dientes estaban involucradas con "erosiones cervicales".

Estas lesiones son de avance lento, pausado, progresivo, sistemático y en la mayoría de los casos el órgano pulpar forma dentina y logra un aislamiento con el medio externo. Los hábitos lesivos pueden ser controlados y pueden corregirse los daños que ellas generan, la operatoria dental y la prevención desempeñan un papel protagónico.

Las lesiones cervicales no cariosas entonces se clasificarían en abrasión, erosión-corrosión, abfracción y sus múltiples combinaciones. Abrasión es el desgaste patológico de la estructura dentaria causada por procesos mecánicos anormales provenientes de objetos extraños o sustancias introducidas en la

boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementario (LAC) mediante mecanismos como pulido, frotado o raspado (Rossi., 2009)

La recesión gingival es un problema que afecta a la generalidad de la población adulta con enfermedad periodontal incipiente o avanzada e igualmente se ha diagnosticado en personas sanas periodontalmente. Muchos factores, han sido considerados como causa de su aparición y evolución pero el trauma producido por la fuerza excesiva aplicada al cepillarse y las lesiones gingivales asociadas con la placa bacteriana se han considerado los antecedentes más importantes.

(Isabelle, 2011) El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de los tipos de lesiones cervicales no cariosas, y analizar los factores etiológicos asociados a ellos en gestantes. La muestra incluyó 20 pacientes, de las cuales se analizaron 254 dientes que tenían algún tipo de lesión cervical. Mediante un examen clínico reveló la presencia de lesiones cervicales no cariosas y sus características, sus tipos, las regiones más afectadas, la profundidad, forma, extensión, grado de sensibilidad y pH oral de los pacientes. Entre los 254 dientes examinados, 47,06% tenía erosión, la cual es la más prevalente. Los dientes más afectados por lesiones cervicales no cariosas fueron los incisivos (42,91%), seguido por premolares (35,04%), caninos (17,32%) y molares (4,72%). La región más afectada fue la cervical vestibular, la mayoría mostró profundidad leve, y sensibilidad a la estimulación mecánica fue mayor que a los estímulos de vapor.

(M, 2002) Se ha demostrado en estudios in vitro e in situ detallados que el proceso mecánico de cepillado con cepillo de dientes únicamente no produce efectos medibles en el esmalte, y que el cepillado con crema dental contribuye muy poco, o nada, con la pérdida del esmalte después del uso durante toda la vida.

En contraposición, el proceso químico de erosión por alimentos y bebidas ácidos puede producir un desgaste dentario significativo y exposición de la dentina en cualquier cara de la superficie dentaria. Cabe destacar que se cree que la exposición dentinaria producida por la pérdida del esmalte en zonas propensas a sufrir hipersensibilidad dentinaria, es decir en la zona cervical, es el resultado de la erosión ácida dietaria en combinación con el cepillado. Se ha demostrado a partir de estudios in vitro sobre mecánica que la exposición del esmalte a ácidos extrínsecos produce una pérdida directa de los minerales de la superficie, así como un ablandamiento de la superficie del esmalte, y que este frágil tejido de superficie ablandada puede eliminarse fácilmente con niveles bajos de fuerza física. La experiencia clínica sugiere que la recesión gingival, y no la pérdida del esmalte cervical, es la principal causa de exposición dentinaria y, por lo tanto, es el factor predisponente clave de la hipersensibilidad dentinaria.

(Borčić J, 2004) El objetivo de este estudio fue determinar el predominio y la severidad de las lesiones cervicales no cariosas. Se examinaron 18,555 piezas dentarias permanentes en una población de la ciudad de Rijeka, Croacia. Los sujetos han sido divididos en seis categorías de edad, y las lesiones examinadas han sido divididas en patológico y aceptable. Las piezas dentarias con mayor predominio de lesiones cervicales fueron los premolares inferiores, indicando que la severidad de las lesiones aumentaba con la edad.

(M A. , 2003) Las lesiones cervicales fueron estudiadas en un contexto antropológico, el propósito de este estudio era de comparar el predominio de las lesiones no cariosas en tres muestras arqueológicas de la Edad De cobre y la Edad Media con un grupo de estudio que realizaban prácticas dentales; realizadas en el sur de Francia. En el grupo de la muestra, no se encontró lesiones dentales no cariosas de 3,927 piezas dentarias en 259 individuos. En el grupo de práctica dental, el predominio

eran de acuerdo con los datos epidemiológicos estudiados. Los datos también sugirieron que el predominio de lesiones aumentaba con la edad y esta fue de mayor porcentaje en las mujeres. Los premolares eran el tipo de diente más afectado. La presencia de lesiones cervicales no cariosas ha sido atribuida a la limpieza dental y a la erosión por ácidos intrínsecos y extrínsecos. Los motivos que se presentan por la ausencia total de lesiones cervicales en muestras arqueológicas son hablados. Las explicaciones probables implican diferencias del modo de vivir, la dieta, y la condición dental.

(Cendoya, 2007) Se presenta un modelo tridimensional de elementos finitos para investigar el efecto producido por las fuerzas de oclusión en la distribución y magnitud del campo tensional sobre un premolar superior. De esta forma, se busca definir cuál es la situación de carga de oclusión más crítica desde el punto de vista tensional sobre el esmalte dental en la zona cervical que pudiese dar origen a una lesión del tipo no cariosa. Se definen siete estados de carga asociados a una fuerza de oclusión de 170 N sobre el premolar. Los resultados numéricos permiten concluir que las tensiones máximas sobre el premolar tienden a concentrarse en la zona cervical alcanzando sus valores máximos cuando la carga de 170 N actúa de forma inclinada a 45° con respecto a la vertical. Numéricamente se demuestra que los campos tensionales tienden a concentrarse y alcanzar sus valores máximos coinciden con las zonas del diente en donde clínicamente se observan lesiones no cariosas.

(J. BORCIC, 2005) Modelo de elementos finitos en 3D y formación de la lesión cervical en normo-oclusión y en malo-oclusión; el objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo tridimensional (3D) de los elementos finitos del primer premolar superior con el fin de comparar los perfiles de esfuerzos en las regiones cervicales vestibulares y palatinas. La geometría 3D del

diente fue reconstruido en un modelo sólido que se transfirió a finito en el programa de elementos donde fue creada una malla 3D, y el análisis de distribución de la tensión. Dos casos típicos se han considerado: el diente debajo de la oclusión normal (caso I) y el diente bajo maloclusión (caso II). En donde las mayores tensiones compresivas fueron encontradas en la region cervical del esmalte y la dentina. Las tensiones de tracción se encontraron en el sistema de fisura, área adyacente, y en la superficie vestibular de la cúspide bucal. Los valores máximos de la tensión principal variaron de 259 a + 2.25 MPa en las áreas cervicales. En el caso II, las tensiones más compresivas fueron encontrados en el esmalte palato-cervical y la dentina. Las tensiones de tracción eran encontradas en el esmalte en el sistema de fisura, adyacente, en la superficie vestibular de la cúspide vestibular. Los valores máximos de la tensión principal oscilaron entre 501.947 MPa región palatina a + 82.4 MPa en la región bucal Este estudio implica un papel de las fuerzas oclusales en desarrollar lesiones no cariosas. En el caso de malo-oclusión, las tensiones de tracción generadas en las areas cervicales fueron más altos en comparación con las tensiones generadas en el caso de la oclusión normal y es probable que sea capaz de producir lesiones no cariosas.

(James W. Curtis Jr, 2003) Puesto que durante la masticación y la parafunción se generan fuerzas oclusales larterales, la flexión del diente se produce en el fulcro cervical dicha flexión concentra cargas de tensiones que alteran la estructura produciendo fracturas, los desprendimienmtos que han sido restaurados cuando a habido lesión cervical a nivel posterior en premolares y molares presentan elevados índices de residiva si no se corrigen los problemas oclusales, algunos clínicos sospechan que los desprendimientos en las coronas de metal cerámica en estas piezas se deben a las mismas tensiones de las lesiones originales. Esto se da cuando en la corona se coloca el

margen vestibular a la misma altura del desprendimiento, la clave para restaurar con éxito el desprendimiento es el control de las fuerzas oclusales destructivas que causan inicialmente las lesiones.

(Romero, 2012) Dzakovich J. et al (2008), mencionan que la abfracción dental es conocida con otro nombre como una lesión dental cervical no cariosa, cuya etiología en la actualidad no está sustentada científicamente, por lo cual se asume que es producida por el proceso de erosión ácida o de abrasión por sílica de la pasta dental, incluyendo la fuerza tensil (interferencia oclusal), fuerzas comprensivas; por lo que en un todo es multifactorial.

La frecuencia de recesión gingival en la población de países no industrializados fue reportada alta en estudios realizados por Løe y col (1978) y Baelum (1987). Los investigadores identificaron más recesión gingival en obreros de empresas metalúrgicas que en individuos con nivel educativo superior.

Miller y col (1987) en estudio nacional realizado en los Estados Unidos, encontraron que el 50 y 88% de la población entre 18 y 64 años y más de 65 años, respectivamente, tenían por lo menos un sitio con recesión gingival.

Khocht y col (1993), reportan como resultado de investigación en un total de 182 personas de edades entre 18 y 65 años, un 63% de recesión gingival para todos los grupos de edad y sin diferencias significativas para hombres y mujeres.

Lembariti (1994) encontró recesión gingival en más de un 65% de individuos entre 45 y 64 años. No obstante, sólo el 4% de los sujetos tenían bolsa periodontal.

Con relación a las causas de recesión gingival, Baelum y col (1986, 1987), Anerud y col (1991), señalan que una de las

características periodontales de los habitantes de países no industrializados es la prevalencia elevada de cantidades abundantes de cálculo, lo que permite considerar la posible relación cálculo y recesión gingival en estas poblaciones.

Løe y col (1992) en investigaciones efectuadas en grupos humanos de ambos sexos y edades entre 15 y 50 años; informan en los resultados que la recesión gingival es una alteración que se observa por igual en las personas que han recibido asistencia dental por profesionales como en el grupo de pacientes que han practicado, diariamente, higiene bucal en su hogar.

Rustogi y col (1991), en estudio efectuado en escolares de Tailandia, verificaron correlación positiva entre la cantidad total de cálculo supragingival y recesión gingival en los seis dientes frontales anteriores.

Van Palenstein y col (1998), determinaron la prevalencia y severidad de recesión gingival en 743 adultos de Tanzania entre 20 y 64 años y relacionaron el grado de recesión gingival con la presencia y cantidad de cálculo. Los autores comprobaron correlación entre cálculo y recesión y concluyen que este es una causa importante en la aparición de esta patología.

Sangnes (1976), Seichter (1987) y Vehkalanti (1989), reportaron relación entre el desgaste de la superficie radicular y la fuerza que se aplica durante el cepillado dental. En estos estudios se reseñan correlaciones positivas para el grado de desgaste, su extensión y los procedimientos para la higiene bucal; lo que apoya supuestamente la conexión entre desgaste y fuerza excesiva aplicada al cepillarse los dientes.

Khocht y col (1993) en un estudio retrospectivo, examinaron en dos poblaciones adultas de los Estados Unidos, el efecto en el desarrollo de recesión gingival de la fuerza aplicada al cepillarse

los dientes. Los resultados mostraron que la alteración puede presentarse en hombres y mujeres, se incrementa con la edad y está asociada a la lesión traumática consecuencia del cepillado dental excesivamente fuerte. Los autores señalan que los sujetos con antecedentes de aplicación incorrecta de la técnica de cepillado dental, evidencian más superficies dentales con recesión que los que se cepillan aplicando menos fuerza aun cuando se cepillen con más frecuencia.

(Rossi, 2009) Es importante que el odontólogo las diagnostique y las busque porque cuanto más pequeñas son, más fácil es frenar el desgaste", explicó la doctora Nélida Cuniberti, profesora adjunta de la Escuela de Odontología de la Universidad del Salvador (USAL) y la Asociación Odontológica Argentina (AOA).

Además, el diagnóstico temprano de ese tipo de lesiones evita que lleguen al tejido blando del diente (dentina) y se acelere su avance. "No es que el paciente va perder el diente o los dientes lesionados en un año, pero si no recibe tratamiento, las lesiones empiezan a combinarse", agregó. Desde hace quince años, junto con su esposo, estudia cómo estas lesiones cervicales (en el cuello del diente) no cariosas y sus combinaciones. Las investigaciones las realizaron tanto en pacientes actuales como en cráneos de aborígenes prehispánicos almacenados en el Museo Etnográfico Nacional Juan B. Ambrosetti. Los resultados revelaron que estas lesiones recién están apareciendo.

Joshiyura y col (1994) estudiaron en 298 personas entre 42 y 67 años con exposición de una superficie radicular o más; la higiene bucal deficiente y la fuerza del cepillado como factores que precipitan la recesión gingival. Los hallazgos de la investigación sugirieron que la recesión está positivamente asociada con el porcentaje de desgaste de las superficies radiculares (reflejo de la fuerza aplicada al cepillarse) e higiene bucal deficiente.

En las personas sin enfermedad periodontal, la recesión de los tejidos blandos, originada por la aplicación inadecuada de la técnica de cepillado, se identifica, a menudo, sobre la superficie dental vestibular donde la raíz expuesta tiene un defecto en forma de cuña en la zona del surco gingival y el área es limpia, lisa y pulida. En individuos con enfermedad periodontal la recesión se localiza, generalmente, en las superficies interproximales y linguopalatinas, donde el tejido gingival es delicado y el hueso alveolar es delgado o está ausente, es decir, donde existe dehiscencia ósea. Las recesiones vestibulares parecen ser más comunes y avanzadas en dientes unirradiculares que en molares.

Al respecto, Loe y col (1978) reportan como resultado de sus estudios en grupos humanos de Noruega y Sri Lanka, que: la recesión se presenta antes de los 20 años de edad, pero las lesiones iniciales en los individuos noruegos se desarrolló en las superficies vestibulares de molares y premolares superiores y en los de Sri Lanka en las caras vestibulares de incisivos inferiores y primeros molares superiores.

Joshiyura y col (1994), realizaron mediciones clínicas de la superficie lingual y vestibular, y señalan mayor porcentaje de raíces expuestas en la superficie vestibular, mayor puntuación en la media de recesión y menos puntuación de placa y cálculo comparado con la superficie lingual. Los espacios proximales tuvieron porcentaje bajo de raíces expuestas y no había desgaste. En las áreas proximales no se observó placa y cálculo.

Van Palenstein y col (1998), relacionaron el grado de recesión gingival con la edad e indican que en el grupo entre 20 y 24 años, la recesión ocurrió en la superficie vestibular, lingual y proximal en más o menos un 32%, 25% y 13% de individuos, respectivamente. Porcentajes que aumentaron a más o menos 64%, 52% y 48% en el grupo entre 45 y 64 años. En el primer

grupo, las superficies linguales y vestibulares de incisivos mandibulares y caninos fueron las más afectadas. Con el incremento de la edad todas las áreas fueron severamente perjudicadas, particularmente la vestibular y lingual de los primeros molares maxilar. En las zonas linguales de los incisivos mandibulares se determinó un promedio de 1.3 mm, 2.4 mm y 3.2 mm de recesión para los grupos de edad: 20 a 34, 35 a 44 y 45 a 64 años.

(WANNENMACHER E., 1927) Al evaluar por grupo dentario el grupo premolar fue el más afectado con un 70.16% el grupo canino y molar afectados con un 11.05% y 11.06% siendo el grupo incisivo el menos afectado con un 7.73%. A la evaluación de la sensibilidad térmica observo que en un 61.03% de los pacientes examinados presentan sensibilidad positiva. El 93.55% de pacientes 12 presentaban facetas de desgaste.

(Oliveira RL, 2011) Las lesiones cervicales no cariosas presentan diversos factores etiológicos, siendo su origen relacionado muchas veces a la presencia de interferencias oclusales. Este trabajo evaluó la presencia y severidad de lesiones no cariosas en dientes permanentes de estudiantes de los cuales fueron seleccionados 50 alumnos por sorteo. Se les aplicó un test con temas relacionados a hábitos parafuncionales. La edad media fue de 22,3 años. El total de dientes examinados fue de 1442 (11,3%) presentaron lesiones cervicales no cariosas, con una media de 4 lesiones por individuo. Los contactos exagerados fueron encontrados en el 27,6% de dientes con lesiones cervicales no cariosas. 35,1% de éstos presentaron sensibilidad alta sólo al ser estimulados mientras que aquellos sin lesiones no tenían ninguna sensibilidad 58,3% presentan sensibilidad dentinaria grado 1. Con el test preciso de Fisher ($P < 0,007$) se mostró una relación significativa entre sensibilidad y alta hipersensibilidad. La conclusión es que la hipersensibilidad dental está mucho más

relacionada a la presencia de lesiones cervicales no cariosas y no hay diferencia en el número de dientes afectados entre aquellos que presentan contactos exagerados y aquellos que no los tienen.

(Telles D, 2000) Realizó un estudio en cuarenta y ocho estudiantes de odontología (28 varones, 20 mujeres) entre las edades de 16 y 24 años, fueron investigados para verificar la presencia de lesiones cervicales sin caries. La evaluación consistió en un cuestionario, exámenes clínicos y análisis de modelos. Los resultados indicaron que los primeros molares inferiores (21,3%), los primeros molares superiores (16,0%), los primeros premolares superiores (12,8%), los primeros premolares inferiores (11,7%) y los segundos premolares inferiores (11,7%) fueron los dientes más afectados por las lesiones. La edad fue un factor significativo en relación con la presencia de lesiones, los estudiantes con lesiones cervicales sin caries eran mayores que los estudiantes que no presentaban lesiones. Entre los 79 dientes que exhiben las lesiones, 62 (78,5%) mostraron desgaste facetas. En el grupo con lesiones, la media, por materia, fue de 15,0 dientes con facetas de desgaste, mientras que en el grupo sin lesiones de la media fue de 10,8 dientes con facetas de desgaste por materia, lo que sugiere que el estrés oclusal tiene algún efecto sobre el desarrollo de la lesión

Ahora bien, la exposición de la raíz de los dientes suscita en el paciente molestias y preocupaciones. La retracción de la encía puede originar sensibilidad de la raíz, sensibilidad gingival y coincide con un aumento de la corona clínica que puede ir contra las exigencias estéticas del individuo. Además, la pérdida de los dientes comprometidos suele intranquilizarlos. Con relación a salud bucal y sin desvalorizar las inquietudes del paciente, la recesión gingival es un estado indeseable por cuanto aumenta el área radicular expuesta y posiblemente las posibilidades de caries radiculares y aunque no se ha comprobado su intervención en las

lesiones endodónticas, se ha sugerido que la hiperemia pulpar podría ser consecuencia de la retracción de la encía.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1 DESGASTE CERVICAL Y SU RELACIÓN CON LA RETRACION GINGIVAL EN PREMOLARES Y MOLARES

Desde que Black en 1870 utilizó la terminología Erosión para las lesiones de cuello, muchas denominaciones y términos confusos se manejaron en la literatura: Lesiones de Abrasión, Lesiones Idiopáticas de Cuello, Lesiones en Cuña, Defectos Angulares y más recientemente Abfracciones.

Se confundía así tempranamente nomenclatura con etiología y por esta razón otros autores prefieren denominarlas Lesiones Cervicales No Cariosas o, Pérdida Dentaria Cervical No Cariosa, (PDCNC)

Se enmarcan en el más amplio estudio de la pérdida de tejidos duros por causa no bacteriana o traumática, incluyendo mecanismos de erosión, abrasión y atricción.

Abrasión es el fenómeno de desgaste o pérdida de tejido dentario provocado por el rozamiento con sustancias extrañas, ya sea en el acto de la masticación, o en hábitos de diversa índole, (ej. ejecución de instrumentos de viento, masticación primitiva) y también en la higiene dental, (ej. cepillado abusivo). Atricción es el fenómeno registrado por el choque directo, diente a diente, tanto en funciones fisiológicas (masticación – deglución - fonación), como patológicas (bruxismo).

Erosión es el fenómeno de disolución química por causas no bacterianas, incluyendo la acción de sustancias ácidas, tanto endógenas como exógenas.

Últimamente se ha incorporado el término Abfracción para un tipo de lesión específica que resultaría de la acción de fuerzas oclusales patológicas.

Las LCNC se ubican típicamente en el tercio gingival de la corona y pueden ser el resultado simple o combinado de las tres anteriores. Su etiología condicionará estrechamente las acciones clínicas en prevención y tratamiento. En los últimos años han surgido nuevas corrientes que desafían los postulados clásicos y han resultado un revulsivo en el abordaje de este tema.

Definición. - Es una lesión ubicada en el cuello del diente, de origen no microbiano, de marcha lenta e insidiosa progresivamente destructiva y que aumenta su frecuencia con la edad del paciente.

Prevalencia.- Bergström y Eliasson. Hallaron lesiones manifiestas (de 1mm o más) en 20% de adultos jóvenes, y en 87% de adultos mayores de 49 años.

Los estudios son dispares por la diferente manera de seleccionar los grupos de estudio y por el tipo de examen diagnóstico utilizado. Se puede afirmar que:

- Es una lesión que aumenta su frecuencia y gravedad con la edad.
- Se ubica preferentemente en caras vestibulares y con mucha menor frecuencia en las linguales.
- Afecta preferentemente a premolares y primeros molares y luego a incisivos y caninos.

Clasificación.- Los defectos del cuello del diente suelen agruparse genéricamente en tres categorías:

Planas o playas, que se ubican generalmente en el 1/3 gingival y avanzan hacia el esmalte coronario.

Redondeadas, cóncavas o en cuchara, ubicadas en el 1/3 cervical y avanzan hacia los tejidos radiculares

Angulares o en cuña, ubicadas a nivel del Límite Amelo Cementario (LAC).

Las primeras se adjudican a procesos de disolución químico-erosivos, las segundas a procesos mecánico-abrasivos, por cepillado traumático o abusivo y las terceras son atribuidas a fuerzas oclusales para funcionales concentradas en la zona del límite amelo-cementario. Éstas últimas se denominan a partir de Grippo, Abfracciones, (etimología: ab = hacia fuera, fracción = ruptura).

(Grippo J. O. S. M., 2004)Estudios han demostrado que cuando se aplican fuerzas oclusales excéntricas al diente el estrés, por la tensión provocan que las uniones entre los cristales de hidroxiapatita se separen y que este salte causando la exposición de la dentina subadyacente. El agua y las moléculas pequeñas podrían penetrar a través de las uniones rotas, haciendo que el diente sea más susceptible a la erosión y abrasión dental Esta división que relaciona morfología y agente causal ha ido perdiendo vigencia, reconociéndose que el fenómeno es mucho más complejo e intrincado y que realizar inferencias a partir de la morfología puede llevar a confusión.

Teoría erosiva

El origen de los procesos erosivos son muchas veces identificables en la Historia Clínica (HC) observándose al examen bucal sus devastadoras consecuencias. Otras veces en cambio se hace más difícil detectar el agente causal aunque se constaten sus efectos. En este caso se las clasifica como idiopáticas.

Son conocidos muchos de sus factores causales extrínsecos e intrínsecos. Los primeros corresponden a efectos de polución ambiental, contaminación industrial, medicamentos, dieta ácida y otros, (por ej. 33.1 % de prevalencia en individuos lacto vegetarianos). Los intrínsecos comprenden a los ácidos endógenos por reflujo gástrico, como ser: embarazo, hernia hiatal o trastornos de la alimentación (Bulimia y Anorexia Nerviosa).

(Arias V, Ibieta F, Arias Cohl S. Centro de Estudios Funcionales., 2013) Entre las causas intrínsecas se incluye la resurgitación crónica involuntaria con el RGE (reflujo gastroesofágico) y la resurgitación violenta en anorexia y bulimia como detonantes del desgaste cervical, motivando la indicación de la búsqueda de la presencia del RGE patológico a través de un estudio de PHmetría esofágica continua, utilizándose el Diggitrapper con sonda de doble canal de antimonio.

Estos ácidos son la causa de lesiones ubicadas en el esmalte del 1/3 cervical coronario, con una forma siempre más ancha que profunda, en forma de disco, que no genera aristas y que se mantiene con una superficie glaseada.

El paciente que las porta puede tener otros signos de erosión en las caras palatinas, bordes incisales o caras oclusales, dependiendo de su agente etiológico.

Se pueden localizar en las caras vestibulares y gingivales de los dientes superiores por consumo de cítricos, son menos frecuentes en palatino de los dientes superiores por regurgitación ácida, y más raras aún en lingual de los incisivos inferiores de pacientes ancianos con reflujo gástrico.

Su presencia en la cara palatina de los dientes superiores se asocia a acúmulos de vómito en el dorso de la lengua. Las caras vestibulares de premolares y molares inferiores son particularmente sensibles a la erosión ácida.

La lesión inicial de erosión tiende a dejar al esmalte opaco y áspero, sin embargo las lesiones en boca se presentan con aspecto pulido y altamente glaseado. Para esto se combinan mecanismos de remineralización concomitantes, la acción de arrastre ejercida por los tejidos blandos, la acción de los abrasivos de las pastas y quizás también el estrés inducido por parafunción. No influyen sólo los tipos de líquidos, sino cómo se ingieren y mantienen en la boca, (ej. catadores de vino).

La contracara del agente injuriante es el potencial defensivo del huésped, representado por el papel protector de la saliva. La capacidad buffer y la cantidad de saliva estimulada y no estimulada parecen ser tanto o más importantes que los desafíos ácidos. Por otra parte el papel de la erosión ha ido incrementándose en los últimos tiempos de acuerdo a la asimilación popular de “hábitos saludables que favorecen las situaciones de riesgo.

Se considera que juega un papel fundamental en la llamada Pérdida de Superficie Dentaria PSD, en donde se investigan todas las pérdidas estructurales que no sean de carácter traumático o bacteriano.

Deberá sospecharse erosión ácida cuando aparezcan caras oclusales redondeadas, romas, con desgastes fuera del área de contacto antagonista, con hoyuelos, bordes afilados de esmalte translucido, pérdida masiva de tejido, o en localizaciones atípicas alejadas del papel protector de la saliva.

Asociada a la atracción tendría efectos dramáticos en el sistema estomatognático, causando el colapso de la mordida y mal oclusiones severas. En el tema que nos atañe muchos autores señalan el sinergismo con factores abrasivos y otros con los tensoflexurales que actúan sobre el cuello del diente).

2.2.2 TEORÍA ABRASIVA

El mecanismo abrasivo generado por un cepillado vigoroso y exagerado, - cepillado abusivo, neurótico, o traumático - tiene una larga data en la bibliografía, remontándose a los estudios in vitro de Miller, quien señalaba el potencial abrasivo de cremas, polvos y cepillos. La asociación se hizo primariamente con el cepillado horizontal. Otros autores sin embargo señalaron al cepillado vertical o al rotativo como más dañinos. Otro artículo señaló que la técnica de cepillado no influiría, aunque sí lo haría decisivamente la abrasividad de las pastas.

Muchos son los factores a tomar en cuenta, siendo fundamentales: la presión ejercida, la frecuencia diaria, el tiempo requerido para realizar la higiene e incluso el lugar de inicio.

Los individuos diestros afectarían más su hemiarcada izquierda contralateral y viceversa. Estos considerandos se han usado con fines de diagnóstico diferencial. Va generalmente asociada a un fenómeno de recesión gingival, el mismo se puede correlacionar con cepillado traumático, aunque esto no es unánime manteniendo esta condición como de difícil correlación etiopatogenia. Por otro lado se habría establecido que el trauma oclusal no causaría lesiones de tejidos blandos y se discutiría su importancia como cofactor en la reabsorción ósea

Se ha relacionado la magnitud del desgaste con la dureza de las cerdas y en contra de lo que generalmente se cree se encontró una mayor capacidad de daño con cepillos blandos. El autor lo explica por el mayor contacto superficial con el abrasivo permitido por la flexión del filamento. Este abrasivo es un elemento absolutamente definitorio en la capacidad agresiva del mecanismo, hecho bien conocido por los fabricantes que clasifican a las pastas según valores estándares de abrasividad:

Abrasión Radiactiva de la Dentina (ARD) y Abrasión Radiactiva del Esmalte (ARE). Es admitido sin embargo que la posibilidad de abrasión del esmalte es casi insignificante si no median otros factores. No sucedería lo mismo con la dentina expuesta por el aumento de corona clínica (ACC) por lo cual deben indicarse en adultos con esta condición pastas con estándares de baja abrasividad (menor a 100 ARD). Dado que se encontró que dichas pastas por su escasa efectividad para eliminar manchas extrínsecas eran sobreutilizadas por los pacientes, se indicó como ideal un cociente ARD/ARE igual a 1, (equilibrando los efectos de limpieza y abrasión)

Si bien el esmalte es resistente a los abrasivos de las pastas en condiciones normales, muy distinta será su situación cuando se conjuga con la presencia de ácidos. Estos producirían una

alteración superficial de su textura y un debilitamiento general del tejido. Naturalmente ésta situación es más grave en el tejido dentinario, por tanto esto supone observar un espacio de latencia de por lo menos una hora entre la ingestión de alimentos de bajo pH y el cepillado. Por lo mismo algunos autores sostienen que debería reexaminarse el mensaje: “cepillarse inmediatamente después de las comidas”.

En consecuencia otro dato importante será el pH de la crema dental, el cual en algunos casos suele ser ácido (entre 5.1 y 4.3) con el riesgo que ello puede suponer

2.2.3 TEORÍA FLEXURAL

(Dr. Hugo F. Calabria Díaz , 2009). En 1984 Lee y Eackle, presentaron su artículo “posible rol del estrés tensional en la etiología de erosiones cervicales dentarias”, el cual generó un punto de inflexión en el estudio de las lesiones de cuello, particularmente de las lesiones en cuña.

La hipótesis supone que en los movimientos friccionales de oclusiones patológicas se posibilita una concentración importante de estrés tensional a nivel del cuello del diente. En una figura muy reproducida por la literatura se observa como un premolar inferior en lateralidad de trabajo ve flexionada su cara vestibular, sometiendo a un esfuerzo tensional al área crítica del esmalte en el límite amelo cementario.

Estas cargas serían producidas en frecuencia y magnitud tales que provocarían la alteración de los cristales del esmalte: disrupción cristalina. Estos “microcracks” permitirían la entrada de agua, proteínas y otras pequeñas moléculas que impedirían la reestructuración de los enlaces cristalinos. Además las micro grietas formadas paralelamente a los prismas del esmalte

terminarían por clivarlos y desprenderlos. Se resalta que este esmalte sería de peor calidad y no estaría preparado para recibir un esfuerzo no fisiológico.

En este primer artículo el autor establecía la posibilidad de que en el tejido debilitado penetraran ácidos o accionara el cepillo dental agravando y acelerando el proceso.

Sin embargo queda claro que se promovía como factor etiológico primario a las cargas tensionales actuando a nivel del cuello del diente, denominándose éste fenómeno como abfracción. El bruxismo y las fuerzas laterales sin guía canina serían factores trascendentales a la hora de establecer el potencial lesivo. La teoría fue acogida con entusiasmo y rápidamente surgieron artículos que la avalaron.

Se encontró una explicación aparentemente correlacionable para el fracaso de las restauraciones de clase V y se propuso entonces obturarlas con materiales elásticos “aceptando el sabio consejo de los Drs. Lee y Eakle, de restaurar con materiales que acompañaran la flexión”.

La T.F. señala que las lesiones de cuello responden en forma directa a las cargas, tanto en intensidad y dirección, como en su punto de aplicación y frecuencia.

Según algunos autores “si la carga produce una faceta mesial, la lesión se representará hacia distal y viceversa”. Esto presupone la presencia de un fulcrum o eje de rotación flexural y su correspondiente expresión de cargas en cervical.

Si el diente posee dos raíces podrán existir dos fulcrums y por tanto dos lesiones en forma de medialuna. Palamara et al. En un experimento por el Elemento Finito concluye: “se demuestra que

la figura comúnmente encontrada en la clínica de patrones asimétricos, responde a la dirección de cargas oblicuas sobre las cúspides”. Por otro lado también se teorizó que mecanismos de piezoelectricidad actuarían como factores agravantes del cuadro.

2.2.4 INCONSISTENCIAS DE LA TEORÍA FLEXURAL

Atendiendo a algunas inconsistencias fueron surgieron corrientes de opinión favorables a una etiología combinada. Esto se sustentaba en cuatro aspectos:

- Resultaba difícil rechazar de plano las dos antiguas teorías.
- Era también importante el enfoque de la nueva teoría flexural.
- La asociación de factores ofrecía una explicación más completa y detallada.

Existían inconsistencias y contradicciones en los postulados de la TF. En ese sentido se puede observar en la bibliografía como los fundamentos se van modificando y adaptando a los nuevos enfoques. Como las cúspides antagonistas a las tensionadas reciben fuerzas inversas de compresión se fue cambiando la terminología tensional por la de fuerzas alternantes, tensionales y compresivas, que ejemplificaban mejor el problema.

Además, como la teoría se basa primordialmente en una lesión de esmalte- y se constatan muchas lesiones ubicadas en plena raíz- encontraron la explicación a través de experimentos in vitro. Observaron que el esmalte y la dentina sufrían fatiga frente a las fuerzas alternantes de compresión y tensión con la consiguiente pérdida de tejido.

Otra inconsistencia refiere a la ubicación de las lesiones en cuña, casi exclusivamente en caras vestibulares. De acuerdo a los

experimentos in vitro, las lesiones deberían producirse con la misma frecuencia en la cara vestibular que en la lingual. Como respuesta a esto se señaló que en función de grupo (lateralidad de trabajo) se cargaría con mayor potencia a las cúspides vestibulares (superiores e inferiores) encargadas de asimilar las tensiones. De ahí que la guía canina se considere protectora de lesiones por abfracción y la función de grupo promotora de las mismas. Otros invocan la acción de agentes abrasivo-erosivos sobre un esmalte debilitado primariamente por las fuerzas tensionales.

Grippo propone cambiar la nomenclatura de erosión por corrosión (con bastante propiedad) y en su artículo del año 1995 habla de lesiones de abrasión-corrosión, abrasión-abfracción y biocorrosión-abfracción. En este último punto explica el supuesto papel jugado por las fuerzas tensionales en el inicio y progresión de las lesiones de caries.

El mismo Lee reconoce el papel de la abrasión por cepillado y ejemplifica mostrando una lesión de cuello dentario sobre un canino completamente fuera de oclusión. Reconoce que en algunos casos la abrasión puede ser la etiología primaria y que es necesario destacarlo, “porque tendrá importantes ramificaciones en el suceso de la restauración, ya que no serán las fuerzas físicas las causantes del deterioro de la misma”.

Esta posición multifactorial es acompañada en forma detallada por Grippo con su “Mecanismo Patodinámico”, en donde la etiología se representa con anillos superpuestos graficando los factores asociados. Nuevos estudios indicaron que la dirección y fulcrums representados para las cargas no eran realistas y postularon que las lesiones obedecían más a una disposición anatómica del cuello del diente, de la forma y posición dentaria e incluso de la forma del festón gingival.

2.2.5 DESGASTE CERVICAL Y SU RELACION CON LA RETRACCION GINGIVAL.

El envejecimiento es un proceso normal, gradual, de cambios y transformaciones tanto a nivel biológico como psicológico, del ser humano que exige esfuerzos adaptativos particulares

Autores como Frolkis definen al envejecimiento en el contexto biológico como un proceso multifactorial Presentarán 411.138 de personas para el mismo periodo, es decir, un 15% de la población, valores que superan la media nacional. Esta tendencia nos indica que en un corto y mediano plazo estaremos frente a una población con una estructuración diferente a la actual, con mayor representación de ancianos.

Esta particularidad de la constitución Demográfica hace que se deba asumir la atención en el área de salud de Este grupo poblacional En odontología, el área de la gerontología está poco desarrollada en nuestro país y es por ello importante el conocimiento preciso de los factores etiológicos al igual que la patogenia y factores coadyuvantes que determinarán la especificidad de las condiciones bucales en esta edad. El proceso de envejecimiento produce, en mucosa bucal, una serie de cambios que originan en ella, una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal, con la edad, forman parte de que comienza mucho tiempo antes que la vejez y que evoluciona de forma continua siguiendo un curso determinado por las propias características genéticas de cada individuo.

En Argentina, según datos del INDEC del año 2000, cuatro millones y medio de personas contaban con más de 60 años, o

sea el 13% del total de la población del país. Proyecciones realizadas sobre la estructura del país indicarían que el porcentaje de personas mayores de 60 años alcanzará el 14% en el 2025 En la provincia.

De Córdoba, los adultos mayores representarán 411.138 de personas para el mismo periodo, es decir, un 15% de la población, valores que superan la media nacional. Esta tendencia nos indica que en un corto y mediano plazo estaremos frente a una población con una estructuración diferente a la actual, con mayor representación de ancianos. Esta particularidad de la constitución demográfica hace que se deba asumir la atención en el área de salud de este grupo poblacional En odontología, el área de la gerontología está poco desarrollada en nuestro país y es por ello importante el conocimiento preciso de los factores etiológicos al igual que la patogenia y factores coadyuvantes que determinarán la especificidad de las condiciones bucales en esta edad. El proceso de envejecimiento produce, en mucosa bucal, una serie de cambios que originan en ella, una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

Los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal, con la edad, forman parte del envejecimiento general del organismo. Algunos cambios son naturales, como el oscurecimiento de los elementos dentarios. En cambio, otros son consecuencia de determinadas enfermedades, medicamentos (xerostomía) y efecto de factores socioculturales y también económicos (tratamiento exodónico más que restaurador) sobre la persona que envejece. Por lo tanto, el adulto mayor necesita cuidados específicos y un conocimiento especializado de los procesos degenerativos que lo afectan, para brindarles una atención más individualizada, tratando de prevenir más que de curar.

2.2.6 LESIONES CERVICALES

La boca del adulto mayor, puede presentar cambios producidos en los tejidos duros del diente como la atrición, abrasión, erosión, abfracción y enfermedades de origen infeccioso como la caries y la enfermedad periodontal, que merecen especial atención por constituir un problema de salud pública.

La caries dental se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados del diente, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta, es una enfermedad multifactorial, infecciosa, transmisible, compleja que puede llevar a la pérdida del elemento dentario, y en el caso de los pacientes adultos mayores su ubicación es predominantemente a nivel radicular.

En el paciente geriátrico existen factores que aumentan el riesgo de que la caries se produzca como:

Presencia de una o más enfermedades de base como diabetes, hipertensión, osteoporosis, alteraciones renales, etc.

Pacientes con dificultades motoras, visuales y mentales.

Terapia farmacológica variada y de larga duración con reacciones secundarias como la disminución del flujo salival.

Limitaciones de orden socioeconómico.

Es muy común encontrar en el adulto mayor el cemento radicular expuesto al ambiente bucal como resultado de la retracción de la encía marginal, originada por la edad, este es un tejido más vulnerable al ataque ácido que el esmalte con el transcurso de la edad hay una tendencia a disminuir la higiene y a tener menor flujo salival por el consumo de algunos medicamentos, lo que contribuye junto a la retracción gingival, los tratamientos periodontales y el trauma oclusal, a la aparición de lesiones cariosas a nivel de la unión amelocementaria, que se expanden

en superficie debe tenerse en cuenta que la unión amelocementaria en la región cervical de las piezas dentarias es una zona débil, debido a que la capa de esmalte es de espesor muy delgado, lo que representa una mayor vulnerabilidad a la pérdida de los tejidos duros por abfracción, erosión, abrasión y atrición.

En las piezas dentarias de personas añosas pueden observarse microfracturas, lo cual puede ser un factor que predispone a la formación de estas lesiones. Este tipo de pérdidas de sustancia pueden afectar la sensibilidad del o de los dientes involucrados, colabora en la retención de placa y en la incidencia de la caries, afectando su integridad estructural e incluso comprometiendo su vitalidad pulpar. La presencia de lesiones cervicales, no cariosas, está en constante aumento por lo que deben comprenderse muy bien su etiología y las características específicas para obtener éxito en la restauración.

2.2.7 ABFRACCIÓN:

Se origina en la acción que ejerce la actividad parafuncional (bruxismo y/o apretamiento) sobre el diente ante las fuerzas oclusales. Se induce una deformación flexural que hace que los cristales del esmalte cervical se quiebren y dejen la dentina expuesta.

El módulo elástico del diente en personas de edad es mayor, con el envejecimiento se incrementa la fragilidad de la dentina y aparecen grietas por los factores antes mencionados. Este quiebre deja la dentina al descubierto, y siendo este tejido más soluble y blando que el esmalte, su exposición lo predispone a una erosión acelerada, incrementada por el cepillado y los abrasivos, adquiriendo la lesión una forma cuneiforme, con ángulos ásperos y márgenes definidos. Su ubicación será siempre en el límite

amelocementario. La prevalencia de abfracciones va en aumento con la edad del paciente siendo significativa a partir de la cuarta década de vida.

(Rodríguez., (2009))En un estudio realizado por Batista en el año 2007 sobre la Repercusión estomatognática del Bruxismo como somatización del estrés se ha revelado que existe una estrecha relación entre Bruxismo-Estrés, y la presencia de Abfracción en las personas afectadas. (Figura 4 véase en anexos).

2.2.8 EROSIÓN:

También llamada corrosión, tiene como agente etiológico la disolución química de las estructuras dentarias producida por el contacto de ácidos o quelantes de origen intrínseco o extrínseco (cítricos, gaseosas, vómitos, bulimia, trastornos estomacales, regurgitaciones ácidas, etc.) en forma prolongada y reiterada en el tiempo, que preparan el campo al acelerar la acción de los factores mecánicos como el cepillado incorrecto y las prótesis mal adaptadas, produciendo un desgaste más rápido que puede verse como una superficie defectuosa, suave, de aspecto ligeramente rugoso y opaca.

Pueden verse afectadas las superficies linguales, incisales y/u oclusales de las piezas dentales cuando el origen es el ácido clorhídrico proveniente del estómago. Las superficies vestibulares están comprometidas cuando se succionan alimentos con alto contenido de ácido cítrico (limón, naranja, pomelo, etc.,).

2.2.9 ABRASIÓN:

Es atribuida al desgaste mecánico de los tejidos duros del diente, a través de una acción de fricción, raspado o frotado proveniente

de objetos extraños o sustancias introducidas en la boca. Se localiza en el límite amelocementario, más frecuentemente por vestibular y desde canino a primer molar.

Entre las causas más frecuentes que la producen se describe al cepillado incorrecto, pacientes que ejercen mucha presión sobre las piezas dentarias al realizar su higiene con cepillos de cerdas duras y pastas con elementos abrasivos.

Las pérdidas pueden observarse en forma de plato amplio con márgenes no definidos, de aspecto vidrioso, brillante, liso y suave con mayor o menor grado de sensibilidad. Son más prevalentes en personas cercanas a los 50 años, por la presencia de recesión gingival, acompañada por pérdida de hueso, disminución de la secreción y la calidad de la saliva.

Para el tratamiento de estas lesiones es recomendable actuar en forma temprana, disminuyendo o, si es posible, eliminando los factores etiológicos. El plan de tratamiento debe incluir: ajuste de las desarmonías oclusales si el caso lo amerita, reconstrucción de la guía canina perdida (si fuese necesario), elección correcta del material de restauración, utilización de placas miorelajantes, modificar la técnica

De cepillado y la fuerza que se ejerce durante éste y si fuera necesario, modificar la dieta.

Para una mejor comprensión de las lesiones cervicales se elaboró un detalle resumido que será presentado en el Tabla 1 (Figura 9 véase en anexos).

MATERIALES DE RESTAURACIÓN

Las lesiones del tercio gingival pueden ser restauradas con resinas compuestas, ionómeros vítreos y vitro-ionómero-resinas, donde la estética y función cumplen un papel fundamental en la selección del tipo de material. Si la lesión se encuentra en esmalte o rodeada de esmalte, las resinas compuestas son los materiales de primera elección.

Si la zona cervical está en cemento o dentina, se pueden utilizar resinas compuestas con sistemas adhesivos de última generación, ionómeros vítreos o iono-resinas cuando el material seleccionado es una resina compuesta de micropartículas (de excelente pulido) la primera capa que se emplea es aquella que contiene el color y la opacidad dentinaria similar a la pieza dentaria que se ha de restaurar, luego se continúa con la segunda porción que será de mayor translucidez, con características semejantes al esmalte.

Si la resina compuesta seleccionada es de tipo microhíbrido la restauración en capas oblicuas y fotopolimerizadas en forma incremental, permitirá liberar las tensiones que se generan durante la polimerización; ya que al tratarse de materiales con alto contenido de relleno generan menor contracción volumétrica pero son rígidos e inducen mayor tensión en la interfase adhesiva.

Los ionómeros vítreos constituyen el material de elección para las lesiones asentadas en el cemento radicular, por sus características estructurales, este tejido no puede ser biselado ni acondicionado con ácido para las técnicas de restauración con resinas compuestas, por lo que los ionómeros resultan ideales en función de su adhesividad, su liberación de fluoruros, sus propiedades mecánicas y su compatibilidad biológica.

En lesiones de etiología no infecciosa (abfracción) se podrá utilizar el composite flow o fluido ya que por su flexibilidad (bajo módulo elástico) acompañan la flexión del diente cuando éstos están sometidos a los esfuerzos de tensión ante las fuerzas parafuncionales y pueden deformarse sin dislocarse y/o romperse ante la deflexión producida.

En una abrasión, que no tiene la misma etiología que la abfracción, no es conveniente usar una resina flow, se debería usar una resina con más carga inorgánica para que resista la acción del cepillado o de la causa que la produce, hasta que se cambie el hábito del paciente o se corrija el agente causal.

Los ionómeros híbridos, mediante la incorporación de una proporción de resina, mejoran sus cualidades mecánicas con relación a los ionómeros convencionales, poseen un mejor comportamiento ante la absorción y pérdida de agua y se observa también, que el cemento endurecido se flexiona y absorbe las fuerzas sin fracturarse y retorna a la forma inicial una vez que la fuerza ha desaparecido. En pacientes geriátricos no deben descartarse, por su simplicidad y bajo costo, a los ionómeros convencionales.

En las personas mayores, la dentina abrasionada sufre cambios de importancia en su estructura, su Exposición a la saliva hace que se encuentre alterada, con la disminución en la cantidad y diámetro

En los conductillos dentinarios, también hay un número importante de túbulos ocluidos por la esclerosis del tejido. Estos factores provocan la falla de la unión adhesiva con la consiguiente pérdida de la restauración

2.3 HIPÓTESIS

Se evidencia la recesión gingival en el primer y segundos premolares inferiores por desgaste progresivo del esmalte a nivel del tercio cervical en los alumnos del cuarto año durante el periodo 2014 en la Facultad de Odontología.

2.4 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:

2.4.1 VARIABLES INDEPENDIENTE:

Desgaste progresivo a nivel del tercio cervical

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Recesión gingival en el primer premolar

2.4.3 VARIABLE INTERVINIENTES:

Evidencia clínica,
Medidas de desgates,
Alumnos de 4to año.
Facultad Piloto de Odontología,
Periodo de estudio 2014
Edad, divididos en grupos
Sexo: masculino y Femenino
Grupo dentario: premolares superiores e inferiores
Forma de la lesión:
Sensibilidad Cervical

Hábitos de higiene bucal

Más de 5 minutos en el cepillado, cepillado más de 4 veces diarias, cerdas del cepillo medianas o duras, técnica de cepillado inadecuada (preferencia por técnica horizontal, o circular)

Hábitos alimenticios o condicionantes ácidos de riesgo:

Ingesta de alimentos o bebidas ácidas a diario, incluyendo frutas ácidas, vitamina C, vinagre, bebidas carbonatadas, vino, vómitos o reflujo gastroesofágico

3. METODOLOGÍA

Este estudio fue desarrollado directamente en la Facultad Piloto e Odontología, participaron en el los estudiantes de cuarto año que estudian en el periodo 2014 La población objeto de estudio fueron 137 pacientes de ambos sexos. Cuyas edades están entres 18 a 25 años.

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Según su alcance, las investigaciones pueden ser exploratorias, descriptivas, correlacionales o explicativas. Este tipo de investigación suelen ser las etapas cronológicas de todo estudio científico y cada una tiene una finalidad diferente: primero se '**explora**' un tema para conocerlo mejor, luego se '**describen**' las variables involucradas, después se '**correlacionan**' las variables entre sí para obtener predicciones rudimentarias, y finalmente se intenta '**explicar**' la influencia de unas variables sobre otras en términos de causalidad (Cazau, 2006)

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio está conformada por 137 alumnos de ambos sexos de la Facultad de Odontología de cuarto año paralelo 4/1 y 4/2 correspondientes al periodo de estudio 2014 de los cuales 27 pacientes cumplieron con los criterios de selección.

3.3 MATERIALES E INSTRUMENTOS

Para realizar el examen clínico se utilizaron los siguientes instrumentos:

Unidad dental

Pinza

Explorador

Espejo bucal

Algodón

Gasa

Mascarilla

Campos descartables

Guantes

Cámara fotográfica.

Lapiceros

Colores

Ficha odontológica (Ver anexo 1)

3.4 PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICO

Fecha: 29/Septiembre/2014

Nombre: Israel Palomeque Camacho

Edad: 22 años

Ocupación: Estudiante

Inicio como vino el paciente





Colocación de hilo retractor ultradent # 000



Con acido orto fosfórico 37%





Con hilo aun ya restaurado sin pulir



Restauración final



Caso terminada con la placa neuromiorelajante colocada en boca

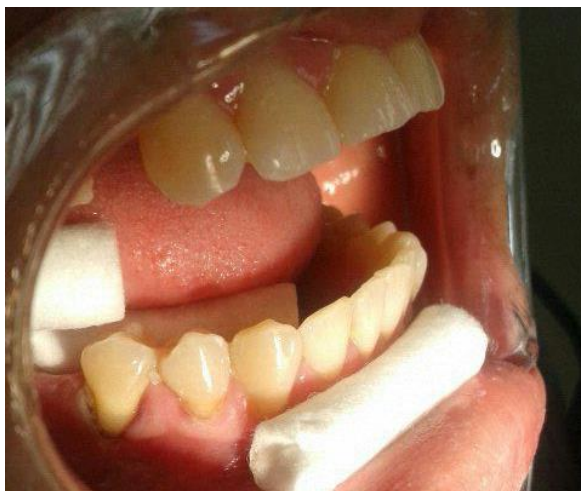
CASO #2

Fecha: 29/Septiembre/2014

Nombre: David Almeida

Edad: 22 años

Ocupación: Estudiante



Como inicio el paciente



Colocación de hilo ultradent #000



Colocacion de material restaurador



Caso terminado

FOTOS DE DESGASTES DE LAS ENCUESTAS



Recesión gingival y desgaste grado I # 4.4-4.5



Recesión gingival y desgaste grado I # 3.4-3.5-3.6

Recesión grado II 2.4



Recesión gingival en el #3.5 y 4.5



Desgaste cervical grado III # 1.5-1.6-4.4-4.5



Desgaste cervical Grado I # 4.4-4.5



Desgaste y reseccion grado II # 1.4-1.5-1.6 y 4.3-4.4-4.5-4.6



Recesion gingival grado I # 3.5



Desgaste cervical grado II # 2.4-2.5-2.6-3.4
Recesión y desgaste grado II # 3.3-3.5-3.6



Recesion grado I y desgaste grado II #1.5 y recesion y desgaste
grado II #4.5



Desgaste cervical y recesión gingival grado I # 1.4-4.4-4.5



**Recesion gingival Grado III #1.4-1.5-1.6-3.6 y receseccion y
desgaste cervical grado II 3.4**



Desgaste cervical y recesión gingival grado I # 4.4-4.5



**Manchas blancas antesala a la lesiones cervicales no cariosas
en las piezas # 2.4-2.5-3.4**



Desgaste cervical grado I # 1.3-1.4-2.3-2.4-2.5

3.5 ENCUESTA DE HIGIENE ORAL

N° 137 Estudiantes

1. USA ALGUNA TECNICA DE CEPILLADO, de los 137 estudiantes el 90% demostró tener una técnica apropiada de cepillado y el 10% no.
2. HA TENIDO USTED HERIDA DE CEPILLADO, HINCHAZON O SANGRADO DE ENCIAS, LABIOS O CARRILLOS SI_____X_____ NO_____

Los 137 estudiantes alguna vez se tuvieron algún tipo de sangrado en su boca

3. MARQUE LOS ELEMENTOS QUE USTED USA EN EL CUIDADO DE SU BOCA
CEPILLO NORMAL: 98%
CEPILLO ELECTRICO: 2%
SEDA DENTAL: 85%
ESTIMULADOR DE ENCIAS: 0%
DENTRIFICO: 100%
REVELADOR DE P.B: 0%

PERIODONTOGRAMA

Etapa de Tratamiento: Pretratamiento ☐ Reevaluación ☐ Post-tratamiento ☐ Fecha de Examen _____

		DENTITION					DENTITION					DENTITION																																																		
		8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8																																														
D E R E C H A	B U C C A L	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>1</td><td>3</td></tr> </table>								2	3				2	1				1	3	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					1	2				2	3				2	1				NIC-SS
				2	3																																																									
				2	1																																																									
				1	3																																																									
1	2																																																													
2	3																																																													
2	1																																																													
P A L A T I N O																PS - PL																																														
L I N G U A L																MG																																														
B U C C A L	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr> </table>								2	2				2	2				2	2	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					2	1				1	2				2	1				MG	
			2	2																																																										
			2	2																																																										
			2	2																																																										
2	1																																																													
1	2																																																													
2	1																																																													
P A L A T I N O																PS - PL																																														
L I N G U A L																NIC-SS																																														
I Z Q U I E R D A	B U C C A L	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>3</td><td>3</td></tr> </table>								3	3				2	3				3	3	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>3</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					3	3				2	3				3	3				NIC-SS
				3	3																																																									
				2	3																																																									
				3	3																																																									
3	3																																																													
2	3																																																													
3	3																																																													
P A L A T I N O																PS - PL																																														
L I N G U A L																MG																																														
B U C C A L	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>1</td></tr> </table>								2	2				2	1				2	1	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>2</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>					2	2				1	2				2	1				MG	
			2	2																																																										
			2	1																																																										
			2	1																																																										
2	2																																																													
1	2																																																													
2	1																																																													
P A L A T I N O																PS - PL																																														
L I N G U A L																NIC-SS																																														

OBSERVACIONES: De los 137 pacientes al momento de realizar el sondaje pudimos observar que solo el 80% reflejan valor estándar correspondiente a un surco gingival normal (3 mm) a nivel vestibular y el surco gingival por palatino o lingual refleja una disminución de 1mm en su profundidad.

TABLA N° I

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LOS
PACIENTE

VARIABLES		N°	%
SEXO	MASCULINO	47	30%
	FEMENINO	90	70%
GRUPO/EDADES	20-21 AÑOS	137	100%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	130	95%
	CASADO	7	5%
CURSO	4/1	65	45%
	4/2	72	55%

N° = (números de casos)

% =

(porcentaje)

De los 137 pacientes comprendidos entre los paralelos 1-2 de cuarto año de odontología el 47 (30%) fueron del sexo masculino y el 90 (70%) del sexo femenino, y la edad promedio entre 20-21 años de edad (100%). Y solo el 5% de ellos están casados

TABLA N° II

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES

VARIABLES		N°	%
PRESENCIA DE LESION CERVICAL	ABFRACCION	7	4%
	EROSION	10	8%
	ABRASION	10	8%
NIVEL DE ESTRÉS	ALTO/MODERADO	50	35%
	LEVE	87	65%
INTERFERENCIA OCLUSAL	SI	37	20%
	NO	100	80%
PRESENCIA DE BRUXISMO	SI	5	5%
	NO	132	95%

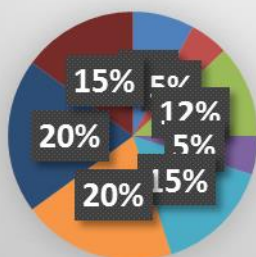
N° = (números de casos)

% =

(porcentaje)

De los 137 pacientes se observaron que solo el 20% (27) de ellos presentaban lesiones cervicales como son, 7 (4%) abfracción, 10 (8%) abrasión y 10 (8%) erosión, y presentaban niveles de estrés leve 87 (65%), no presentaban interferencias oclusales 100 (80%), y bruxismo solo el 5 (5%) de ellos lo presentaba.

PORCENTAJE DE LESIONES CERVICALES A NIVEL DE...



- 1er P. S. D
- 2do P. S. D
- 1er P. S. I
- 2do P. S. I
- 1er P. I. D

En la mayoría de los pacientes pudimos apreciar que las piezas más afectadas son los primeros y segundos premolares inferiores los cuales sufren retracción gingival y desgastes a nivel del tercio cervical; siendo estos afectados por múltiples factores (cepillado excesivo, fuerzas oclusales mal direccionadas, contactos prematuros e interferencias oclusales).

4. DISCUSION DE RESULTADOS

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación se llegó a determinar lo siguiente que en la mayoría de los pacientes pudimos apreciar las lesiones en los primeros y segundos premolares inferiores sufriendo retracción gingival y desgaste cervical, tomando en consideración que dichos desgastes no estaban ligados a problemas no solo del cepillado ni a problemas de erosión, si no que en la muestra se observó un alto número de pacientes jóvenes con aparatología ortodóncica con denotación de hipertonidad muscular maseterina el cual demuestra que este tratamiento puede estar vinculado a dichas lesiones.

De acuerdo con Moreira et al. (1998) los aspectos emocionales de la TTM pueden contribuir a la aparición o el mantenimiento de la enfermedad, a través de la actividad creciente del músculo y la tensión de los músculos faciales como consecuencia de los hábitos parafuncionales. La ansiedad, el estrés, las emociones negativas y las frustraciones causan un aumento en la hiperactividad neuromuscular, puede que el comportamiento sea un factor causal importante, que debe ser debidamente evaluado y tratado cuando se presente.

El éxito del tratamiento depende de la identificación y control de factores etiológicos, y por lo general requiere el trabajo de un enfoque interdisciplinario asociando el abordaje odontológico con diversas otras áreas, como en el presente relato de caso, donde hubo la indicación de la agregación de la fisioterapia y de la psicología.

5. CONCLUSIÓN

Es de vital importancia un diagnóstico clínico diferencial sobre las lesiones a nivel del tercio cervical en pacientes jóvenes, ya que el tratamiento en dichos casos no debería ser la restauración de dichas piezas puesto que de esta manera no estaríamos solucionando el problema sino siendo parte de ello.

Debemos de concientizar al paciente de su problema y que ello no es debido solo a una fricción o abrasión, es por ello lo vital que es identificar un problema a fondo. De esta manera el paciente se verá comprometido con su tratamiento siendo el único beneficiado.

Identificar un problema de desgaste y retracción gingival en un paciente joven nos lleva a un avance en el conocimiento del comportamiento de dichas lesiones, que de una u otra manera tienen un rango de aparición pasado los 40 años con sus excepciones cada vez más frecuentes en pacientes menores a esta edad.

En una sociedad cada vez con más tendencia a lo estética es de suponer que el porcentaje de pacientes con aparatología ortodónticas va a ir en aumento. Siendo esta una rama de especialización deberían todo este universo de pacientes jóvenes ser tratados posterior al tratamiento con un ajuste oclusal, detalle muy importante para darlo de alta al paciente.

En la muestra realizada con los 137 estudiante de odontología nos pudimos dar cuenta que el porcentaje de pacientes con

desgaste llega al 20% lo cual en números no es considerable si el universo de pacientes fuera de edades variadas, pero en una muestra de pacientes jóvenes las cifras se tornan importantes, lo cual nos hace pensar que dichos casos van de la mano con alimentación, stress, tratamientos inadecuados y problemas de oclusión que van relacionados con trastornos nerviosos muy a la moda en estos tipos en los que se vive de una manera acelerada.

6 RECOMENDACIONES

Como recomendación final de nuestro trabajo de investigación tenemos que recalcar que el problema de lesión cervical a nivel de piezas dentarias debe de ser tomado en cuenta como un trastorno multifactorial en el que intervienen no solamente especialistas de la rama de odontología como el rehabilitador u ortodoncista si no también profesionales de la rama medica como es en el caso de pacientes con problemas de regurgitamiento, bulima y demás trastornos de la alimentación pongo en consideración a quien le confiere lo referido en el trabajo de investigación.

BIBLIOGRAFIA:

- Arias V, Ibieta F, Arias Cohl S. Centro de Estudios Funcionales. (30 de 09 de 2013). PED HERRAMIENTAS DE LECTURA. Recuperado el 20 de 07 de 2014, de <http://www.revista.spp.org.py/index.php/ped/article/view/259>
- Aubry M, M. B. (2003). Communication: Study of Noncarious Cervical Tooth Lesions in Samples of Prehistoric, Historic, and Modern Populations from the South of France. *A. merican Journal Of Physical Anthropology* , 21:10–14.
- Borčić J, Anić I, Muhvić-urek, M, Ferreri S. The prevalence of non-carious cervical lesions in permanent Dentition. *J Oral Rehabil.* 2004; 31(2): 117-23
- Carranza. (2001). Newman M. Clinical Periodontology.
- Cazau, P. (2006). Introduccion de la Investigacion.
- Cuniberti de Rossi, N. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro. *Médica Panamericana*, 284.

Cuniberti de Rossi, N. (2009:). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro. *Médica Panamericana*,, 284p.

Curtis, J., B. Farley, and R. Goldstein.
"Desprendimiento, abrasión, atrición y erosión." Goldstein R, Haywood V. Odontología Estética. STM Editores (2003): 521-537.

Davies S. J., G. R. (2002). Management of tooth surface loss. Brit. Dent. J. Jan 12-. *Scielo*, 192: 11-23.

Davis W. B., W. P. (1980). The effect of Abrasion on enamel and dentine after exposure to dietary Acid. Brit Dent . *Scielo*, 148: 253-56. .

Dr. Hugo F. Calabria Díaz . (29 de 04 de 2009).
Recuperado el 14 de 09 de 2014, de
Odontoestomatología vol.11 no.12 :
[ttp://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_serial&pid=1688-9339&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_serial&pid=1688-9339&lng=es&nrm=iso)

J. Borcic, I. Anic. 3D infinite element model and cervical lesion formation in normal occlusion and malocclusion. Journal of Oral Rehabilitation 2005 32; 504–510

Glossary, T. A. (2009). patogénesis y tratamiento. Av *Periodon Implantol.*, 21, 2: 35-43.

- Grippio J. O., S. M. (1995). Lesiones no cariosas del cuello dentario: patología moderna, antigua controversia. *Scielo*, 126: 1208-10.
- Grippio J. O., S. M. (2004). Attrition, Abrasion, Corrosion and Abfraction revisited. A new perspective on tooth surface lesions. *J Am Dent Assoc . Csielo*, 135: 1109-118.
- Khan F., Y. W. (1999). Dental cervical lesions associated with occlusal erosion and attrition. *Aust Dent. Scielo*, 44 (3176-86).
- Khan F., Y. W. (1999). Dental cervical lesions associated with occlusal erosion and attrition. *Aust Dent. Scielo*, 44 (3176-86).
- M, A. (2002). Dentine hypersensitivity: New perspectives on an old problem. *Int Dent J* , 367–375.
- Macêdo de Oliveira IsabelleLins.Prevalência de lesões cervicais não cariosas em gestantes atendidas no Instituto Cândida Vargas.. Paraíba. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da saúde. 2011

- Ochoa García L, D. O. (2008). rincipales repercusiones en la cavidad oral en pacientes con anorexia y bulimia. *Revista Odontológica Mexicana*, 46-54.
- Oliveira RL, C. M. (2011). Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas. Universidad Estatal de Paraíba, 54-63.
- Osborne K, B. W. (1999.). Carious cervical lesion. *Int Dent J .* , 49: 139-43.
- Patricio Cendoya. Análisis computacional de lesiones cervicales no cariosas en un premolar superior. Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, vol. 15 No 2, 2007, pp. 169-173
- periodontology, R. ». (2004). *PubMed Commons* , 75(10):1377-86.
- Ponce de Leon , R. (2008). Características de las lesiones cervicales no cariosas y su relación con los factores predisponentes en el personal administrativo de la Universidad de San Carlos de Guatemala. *Scielo*.
- Ranjitkar S, K. J. (2012, vol 2012: 479850). *International Journal of Dentistry* vol 2012: 479850.

- Rodríguez., J. C. ((2009)). En el Conocimiento de la Abfracción Dental: ¿La Etiología y el Diagnóstico Clínico? La Revista Científica Costarricense del Colegio de Cirujanos , Vol 5, No 2 .
- Romero, F. d. (2012). Abfracciones: lesiones cervicales no cariosas en cuña, su relación con el estrés. . acta odontologica venezolana , Vol. 50 n° 2 .
- Rossi, N. C. (16 de 03 de 2009). Erosión y compresión, las lesiones dentales del futuro. Obtenido de <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/2936061/Erosion-y-compresion-las-lesiones-dentales-del-futuro.html>:
<http://www.taringa.net>
- Rossi., C. d. (2009). Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro. *Médica Panamericana*, 284.
- Shaw L., S. A. (1994.). Erosion in children: an increasing clinical problem Dent Update . *Scielo*, 103-06.
- Telles D, P. L. (2000). Prevalence of noncarious cervical lesions and their relation to occlusal

aspects: a clinical study. J Esthet Dent, 12(1):10-5. Citado en PubMed PMID: 11323828.

W.R.Hume., G. J. (1999). Conservación y restauración de la estructura dental. 2da edición. . *Madrid, España: Harcourtbrace*, 272.

WANNENMACHER E. (1927). Die Veränderungen der Pulpa bei keilförmigen Defekten mit.

Woofter. (1969). The prevalence and etiology of gingival. *Periodontal Abstr*, 17.45.50.

ANEXOS



Figura 1 Desgaste cervical y su relación con la retracción gingival.



Figura 2. Desgaste cervical y su relación con la retracción gingival

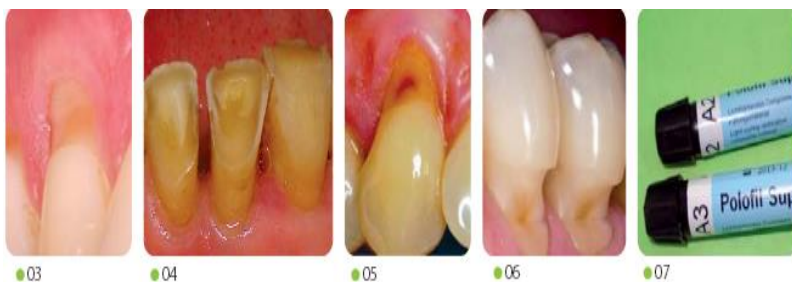


Figura 3. Lesión cervical



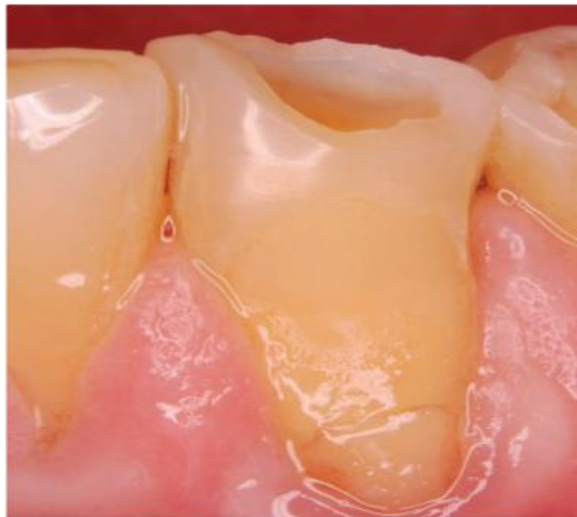
La flexión dental genera fisuras en dentina y esmalte con desprendimiento de cristales a nivel del LAC causada por fuerzas excéntricas.

Figura 4. Abfracción (Rodríguez., (2009))



Erosión en incisivos centrales provocada por la succión de limón por más de diez años.

Figura 5 Erosión por ácidos



Las cúspides dentarias aparecen perdidas, tomando una forma de copa o cúspide invertida por acción del ácido.

Figura 6 Erosiones por regurgitación



Un diente prominente es afectado con más frecuencia por la abrasión por cepillado.

Figura 7 Abrasión por pH de saliva en adulto de 50 años con recesión gingival y pérdida de hueso

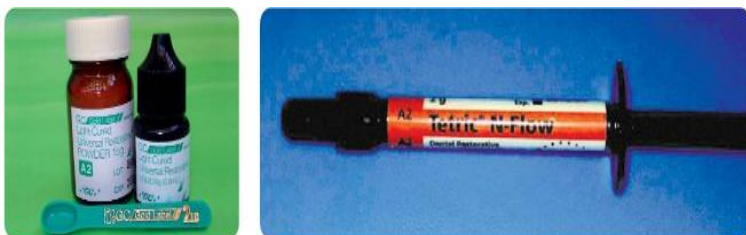


Figura 8 Material restaurador en el tratamiento de desgastes cervicales

CARACTERÍSTICAS	LESIÓN CARIOSA	EROSIÓN	ABRASIÓN	ABFRACCIÓN
Área afectada	Vestibular o lingual	Lingual, incisal y oclusal o vestibular	Vestibular	Generalmente vestibular
Origen	Multifactorial (microorganismos, dieta, huésped)	Disolución química por acción de ácidos	Desgaste patológico por procesos mecánicos	Pérdida patológica por fuerzas parafuncionales (no axiales)
Forma	Irregular	Plana	Escalonada	Cuneiforme o cóncava
Superficie dentaria	Rugosa Blanda	Ligeramente rugosa y dura	Brillante, lisa, dura, con surcos	Lisa y dura

Tabla 1: Diagnóstico diferencial de lesiones del tercio gingival dentario.

Figura 9 Tabla de diferenciación de las lesiones cervicales



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PÍLOTO DE ODONTOLOGÍA
DECANO

Of. 270- D

Julio 21 del 2014

Doctor

Diego Loza Jarama

ALUMNO DE LA ESPECIALIDAD DE REHABILITACION ORAL

Ciudad

De mi consideración:

Comunico a usted, que se conoció y aprobó el informe del doctor Julio Moncayo Aviles, relacionado con la revisión y estudio de su tema de trabajo de investigación "INCIDENCIA DE LA EVIDENCIA CLINICA DEL DESGASTE PROGRESIVO A NIVEL DEL TECNICO CERVICAL EN EL PRIMER PREMOLAR Y SU RELACION CON LA RECESION GINGIVAL EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE CUARTO AÑO (2014) INDICANDO LA MEDIDA DE DESGASTE", el mismo que cumple con todos los requisitos, tanto en lo Científico como en lo Metodológico.

Atentamente,

Dr. Miguel Alvarez Aviles
DECANO (E)



Copia: file

Revisado y autorizado x Dr. Miguel Alvarez
Elaborado x Irene Bellofio

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

N° H.C. 003

FECHA: 29 de Septiembre del 2014

NOMBRE: Astrid Riascos Manssur

EDAD: 21

SEXO: Femenino

Ocupacion: Estudiante

I.C.: 1207055847

DIRECCION: Sauces 8 Mz 504

TELE: 0987228826

ALUMNO:

ANTECEDENTES MEDICOS

1. SI USTED A SIDO ATENDIDO POR ALGUN MEDICO ANOTE LA FECHA DE SU ULTIMA VISITA

15 de Julio

MOTIVO: infeccion en la garganta

2. ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO: SI ☒ NO ☐

3. EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE, ANOTE CUAL ES

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Lamitidina PARA QUE Alergica SI USTED
HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS RESPONDA SI O NO

A. DIABETES No

B. CEFALIAS FRECUENTES No

C. DOLOR DE CUELLO Si

D. HIPO O HIPERTENSION ARTERIAL No

E. FALTA DE RESPIRACION SIN MOTIVO ALGUNO No

F. DESMAYOS No

G. EPILEPSIA No

H. CONVULSIONES No

I. ENFERMEDADES VENEREAS No

MÉTODOS DE HIGIENE ORAL

1. USA ALGUNA TÉCNICA DE CEPILLADO Técnica de Barrido
2. HA TENIDO USTED HERIDA DE CEPILLADO, HINCHAZÓN O SANGRADO DE ENCÍAS, LABIOS O CARRILLOS SI _____ NO ✓
3. MARQUE LOS ELEMENTOS QUE USTED USA EN EL CUIDADO DE SU BOCA
CEPILLO NORMAL ✓
CEPILLO ELÉCTRICO _____
SEDA DENTAL a veces
ESTIMULADOR DE ENCÍAS _____
DENTRÍFICO ✓
REVELADOR DE P.B. _____

Grado de Pérdida y desgaste
 ↑ - Grado 1 Mucosa gingival
 Grado 2 límite M.G.
 ↓ - Grado 3 sobrepasa límite M.G.

Recesión - Profundidad 3 mm
 Desgaste - Profundidad 3 mm

estudiantes
 Ficha ejemplo

PERIODONTOGRAMA

Etapas de Tratamiento: Pretratamiento ☐ Reevaluación ☐ Post-tratamiento ☐ Fecha de Examen _____

	Pretratamiento	Reevaluación	Post-tratamiento	
3				NIC-SS
2				PS-PL
1				MO
BUCAL				
INTRA				
DERECHA				
1				MO
2				PS-PL
3				NIC-SS
IZQUIERDA				
1				MO
2				PS-PL
3				NIC-SS
BUCAL				
INTRA				
1				MO
2				PS-PL
3				NIC-SS

R D
 1 2

1º b.e.e
 2º m
 3º A

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

N° H.C. 107

FECHA: 29/9/2014

NOMBRE: Josue Palomeque C.

EDAD: 21 años

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante

I.C.: 0930454095

DIRECCION: Metropola 2025 N/257 V.2

TELE: 0982513759

ALUMNO:

ANTECEDENTES MEDICOS

1. SI USTED A SIDO ATENDIDO POR ALGUN MEDICO ANOTE LA FECHA DE SU ULTIMA VISITA

Ninguno

MOTIVO: Julio 2013

2. ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO: SI ☐ NO ☒

3. EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE, ANOTE CUAL ES

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ PARA QUE _____ SI USTED

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS RESPONDA SI O NO

A. DIABETES No

B. CEFALAS FRECUENTES No

C. DOLOR DE CUELLO No

D. HIPO O HIPERTENSION ARTERIAL No

E. FALTA DE RESPIRACION SIN MOTIVO ALGUNO No

F. DESMAYOS No

G. EPILEPSIA No

H. CONVULSIONES No

I. ENFERMEDADES VENEREAS No

METODOS DE HIGIENE ORAL

1. USA ULGUNA TECNICA DE CEPILLADO Tecnica de los Modificador
2. HA TENIDO USTED HERIDA DE CEPILLADO, HINCHAZON O SANGRADO DE ENCIAS, LABIOS
O CARRILLOS SI _____ NO ✓
3. MARQUE LOS ELEMENTOS QUE USTED USA EN EL CUIDADO DE SU BOCA
CEPILLO NORMAL ✓
CEPILLO ELECTRICO _____
SEDA DENTAL ✓
ESTIMULADOR DE ENCIAS _____
DENTRIFICO Enguel ✓
REVELADOR DE P.B. _____

PERIODONTOGRAMA

Etapas de Tratamiento: Pretratamiento ☐ Reevaluación ☐ Post-tratamiento ☐ Fecha de Examen _____

		Derecha				Izquierda				
3 2 1										MC-S3
										PS-PL
										MO
BUCCAL										
PALATINO										
DERECHA										MO
										PS-PL
										MC-S3
1 2 3										MC-S3
										PS-PL
										MO
BUCCAL										
LINGUAL										
1 2 3										MO
										PS-PL
										MC-S3

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

N° H.C. 053

FECHA: 29/09/2014

NOMBRE: JOSELYN SOLIS A.

EDAD: 21 años

SEXO: Femenino

Ocupacion: Estudiante

I.C.: 0930406608

DIRECCION: SAN CARLOS 9 HZ 356 U.I

TELE: 0993006028

ALUMNO:

ANTECEDENTES MEDICOS

1. SI USTED A SIDO ATENDIDO POR ALGUN MEDICO ANOTE LA FECHA DE SU ULTIMA VISITA

5 meses

MOTIVO: chequeos (análisis)

2. ESTÁ TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO: SI _____ NO ✓

3. EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE, ANOTE CUAL ES

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ PARA QUE _____ SI USTED

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS RESPONDA SI O NO

A. DIABETES NO

B. CEFALÉAS FRECUENTES SI

C. DOLOR DE CUELLO SI

D. HIPO O HIPERTENSION ARTERIAL NO

E. FALTA DE RESPIRACION SIN MOTIVO ALGUNO NO

F. DESMAYOS NO

G. EPILEPSIA NO

H. CONVULSIONES NO

I. ENFERMEDADES VENEREAS NO

METODOS DE HIGIENE ORAL

1. USA ULGUNA TECNICA DE CEPILLADO Barrido
2. HA TENIDO USTED HERIDA DE CEPILLADO, HINCHAZON O SANGRADO DE ENCIAS, LABIOS
O CARRILLOS SI ✓ NO
3. MARQUE LOS ELEMENTOS QUE USTED USA EN EL CUIDADO DE SU BOCA
CEPILLO NORMAL ✓
CEPILLO ELECTRICO
SEDA DENTAL ✓
ESTIMULADOR DE ENCIAS
DENTRIFICO
REVELADOR DE P.B.

PERIODONTOGRAMA

Etapas de Tratamiento Pretratamiento ☐ Reevaluación ☐ Post-tratamiento ☐ Fecha de Examen _____

		Pretratamiento				Reevaluación				Post-tratamiento					
3	}													NC-S5	
														PS-PL	
														MO	
BUCAL															
PALATINO															
3	}													MO	I Z Q U I E R D A
														PS-PL	
														NC-S5	
BUCAL															
PALATINO															
3	}													MO	
														PS-PL	
														NC-S5	
BUCAL															
PALATINO															
3	}													MO	
														PS-PL	
														NC-S5	
BUCAL															
PALATINO															

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

N° H.C. 070

FECHA: 29/Sept/2014
NOMBRE: Israel Polanco Camacho
EDAD: 22 SEXO: Masculino
OCUPACION: Estudiante I.C.: 0930454087
DIRECCION: Metropoles 26 M21057/V6 TELE: 098570588
ALUMNO:

ANTECEDENTES MEDICOS

1. SI USTED A SIDO ATENDIDO POR ALGUN MEDICO ANOTE LA FECHA DE SU ULTIMA VISITA
20 Mayo 2013
MOTIVO: Problemas con la dentadura
2. ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO: SI NO X
3. EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE, ANOTE CUAL ES
NOMBRE DEL MEDICAMENTO PARA QUE SI USTED
HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS RESPONDA SI O NO
A. DIABETES NO
B. CEFALIAS FRECUENTES NO
C. DOLOR DE CUELLO NO
D. HIPO O HIPERTENSION ARTERIAL NO
E. FALTA DE RESPIRACION SIN MOTIVO ALGUNO NO
F. DESMAYOS NO
G. EPILEPSIA NO
H. CONVULSIONES NO
I. ENFERMEADES VENEREAS NO

MÉTODOS DE HIGIENE ORAL

1. ¿USO ALGUNA TÉCNICA DE CEPILLADO? Brushing manual
2. ¿HA TENIDO USTED HERIDA DE CEPILLADO, HINCHAZÓN O SANGRADO DE ENCÍAS, LABIOS O CARRILLOS? SI NO +
3. MARQUE LOS ELEMENTOS QUE USTED USA EN EL CUIDADO DE SU BOCA
CEPILLO NORMAL +
CEPILLO ELÉCTRICO
SEDA DENTAL +
ESTIMULADOR DE ENCÍAS
DENTRÍFICO
REVELADOR DE P.B.

PERIODONTOGRAMA

Etapas de Tratamiento Pretratamiento ☐ Revisación ☐ Post-tratamiento ☐ Fecha de Examen _____

		Pretratamiento	Revisación	Post-tratamiento	Fecha de Examen
3 2 1					NIC-SS
					PS - PL
					NO
BUCAL					
PALATINO					
3 2 1					NO
					PS - PL
					NIC-SS
BUCAL					
PALATINO					
3 2 1					NO
					PS - PL
					NIC-SS
BUCAL					
PALATINO					
3 2 1					NO
					PS - PL
					NIC-SS
BUCAL					
PALATINO					

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

N° H.C. 010

FECHA:

NOMBRE: Felipe Ubañ

EDAD: 22 años

OCCUPACION: Estudiante

DIRECCION: Barro Colorado

ALUMNO:

SEXO: M

I.C.: 0930952635

TELE: 0990297480 - 0912986335

ANTECEDENTES MEDICOS

1. SI USTED A SIDO ATENDIDO POR ALGUN MEDICO ANOTE LA FECHA DE SU ULTIMA VISITA

MOTIVO: _____

2. ESTA TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO: SI _____ NO ☒

3. EN CASO DE HABER RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE, ANOTE CUAL ES

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ PARA QUE _____ SI USTED

HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS RESPONDA SI O NO

A. DIABETES NO

B. CEFALAS FRECUENTES NO

C. DOLOR DE CUELLO NO

D. HIPO O HIPERTENSION ARTERIAL NO

E. FALTA DE RESPIRACION SIN MOTIVO ALGUNO NO

F. DESMAYOS NO

G. EPILEPSIA NO

H. CONVULSIONES NO

I. ENFERMEDADES VENEREAS NO

METODOS DE HIGIENE ORAL

1. USA ULGUNA TECNICA DE CEPILLADO Buenas modificaciones
2. HA TENIDO USTED HERIDA DE CEPILLADO, HINCHAZON O SANGRADO DE ENCÍAS, LABIOS O CARRILLOS SI NO
3. MARQUE LOS ELEMENTOS QUE USTED USA EN EL CUIDADO DE SU BOCA
CEPILLO NORMAL
CEPILLO ELECTRICO
SEDA DENTAL
ESTIMULADOR DE ENCÍAS
DENTRIFICO
REVELADOR DE P.B.

PERIODONTOGRAMA

Etapas de Tratamiento: Pretratamiento ☐ Reevaluación ☐ Post-tratamiento ☐ Fecha de Examen:

		Pretratamiento	Reevaluación	Post-tratamiento	Fecha de Examen
3 2 1					MC-S3
					PS - PL
					MO
BUCAL					
PALATINO					
3 2 1					MC-S3
					PS - PL
					MO
BUCAL					
PALATINO					
3 2 1					MC-S3
					PS - PL
					MO
BUCAL					
PALATINO					
3 2 1					MC-S3
					PS - PL
					MO
BUCAL					
PALATINO					