



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO EN ODONTOLOGÍA**

TEMA:

Frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas. Revisión
bibliográfica

AUTOR:

Fernando Adrián Calle Santana

TUTORA:

Od. Paola Rosana Pacají Ruiz

MANTA – MANABÍ - ECUADOR

2022

TÍTULO:

**FRECUENCIA DE LAS LESIONES CERVICALES NO
CARIOSAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Yo, **FERNANDO ADRIÁN CALLE SANTANA** con C.I: 313834994, en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “Frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas. Revisión bibliográfica”. Por la presente autorizo a la Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes a la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

FERNANDO ADRIÁN CALLE SANTANA

C.I. 1313834994

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por **FERNANDO ADRIÁN CALLE SANTANA** es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la facultad de odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Od. Paola Rosana Pacají Ruiz. Esp.

DIRECTO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO**Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí****Facultad de Odontología****Tribunal Examinador**

Los honorables miembros del tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueban el informe de investigación sobre el tema:

“Frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas. Revisión bibliográfica”.

Presidente del tribunal _____

Miembro del tribunal _____

Miembro del tribunal _____

Manta, _____ **del 2022**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar. A mi familia maravillosa quienes han creído en mí enseñándome a valorar todo lo que tengo.

A mis amigos Shomin y Nicolle que los aprecio mucho y han fomentado en mi desarrollo en la carrera, siempre podre contar con su amistad, apoyo, sabiduría y siempre en la lucha hasta el final y damos por culminada una de nuestras metas.

A una persona muy especial llamada Luisa Fernanda Cruz Vargas quien ha estado conmigo en las buenas y malas, y me ha brindado su apoyo incondicional quiero decirle que lo he logrado.

Y para finalizar a mi tutora de tesis la Dra. Paola Pacají Ruiz por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y enseñanza, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Fernando Adrián Calle Santana

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, que me ha dado fortaleza para continuar, por ello con toda la humildad de mi corazón dedico mi trabajo a Dios.

Y no podía faltar a mis padres, y mis hermanos quienes han confiado en mí desde el inicio, gracias por brindarme sus palabras sinceras y todo su apoyo, no lo hubiera logrado sin ustedes, les dedico el presente trabajo que ha fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida, esperando contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

A mi querida abuelita Mami Mati que, a pesar de no estar físicamente, sé que siempre está conmigo porque es mi Ángel, gracias mami Mati por haber estado siempre cuidándome y guiándome le mando todo mi amor hasta el cielo.

Fernando Adrián Calle Santana

ÍNDICE GENERAL

Contenido

TÍTULO:.....	3
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	2
CERTIFICACIÓN	2
APROBACIÓN DE TRIBUNAL DE GRADO	2
AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	2
ÍNDICE GENERAL	2
RESUMEN	8
ABSTRACT.....	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3 GENERAL	14
1.4 ESPECÍFICOS	14
1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	17
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2 BASE TEÓRICA	17
Tipo I	22
Tipo II	23
Tipo III	23
Tipo IV	23
Consecuencias	24

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	29
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	29
VARIABLES:	29
3.2 CRITERIOS PARA LA BÚSQUEDA DE LA LITERATURA.....	30
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	30
<i>Plan de análisis.....</i>	<i>30</i>
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

RESUMEN

En la actualidad hay una nueva perspectiva en referencia a las lesiones cervicales no cariosas que no presentan etiología bacteriana, la misma que se ha visto incrementada en los últimos años; donde observamos lesiones que se presentan a nivel del límite amelocementario (erosión, atrición, abrasión, y abfracción), las mismas que tienen una etiología multifactorial, en relación con componentes tales como los factores mecánicos, químicos y oclusión entre otros.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas, en individuos entre 35 a 60 años, para lo cual se realizó la revisión bibliográfica de varios artículos científicos, dentro de los cuales se observa que predominó con un 68,64% la abrasión, y resultó ser más frecuente en el grupo etario de 30 a 44 años. Le sigue la erosión en el mismo grupo etario. (Manuel Alejandro Ceballos Rojas, 2019). Se puede observar que el factor de riesgo más frecuente es el incorrecto cepillado dental con un 60.17 % fundamentalmente en el grupo de 30 a 44 años. Se determinó que el uso del cepillado en forma horizontal con cerdas duras y excesivo y pastas dentales abrasivas son el responsable del desarrollo de abrasiones. En otros estudios el bruxismo sobresalió como el factor de riesgo más frecuente, pues el 43,8 % de los pacientes estudiados presentaban este hábito; en orden de frecuencia siguieron el cepillado traumático y los trastornos gastroesofágicos, con el 35,3 % y 30,7 % respectivamente. (Chala, Pampim, & Fernández, 2016)

Palabras Claves: Lesiones cervicales no cariosas, erosión, atrición, abrasión, abfracción.

ABSTRACT

Currently there is a new perspective in reference to non-carious cervical lesions that do not have a bacterial etiology, the same that has been increased in recent years; where we observe lesions that occur at the level of the cement-enamel boundary (erosion, attrition, abrasion, and abfraction), which have a multifactorial etiology, in relation to components such as mechanical, chemical, and occlusion factors, among others.

The objective of this study is to determine the frequency of non-carious cervical lesions, in individuals between 35 and 60 years of age, for which a bibliographic review of several scientific articles was carried out, within which it is observed that it predominated with 68.64 % abrasion, and it turned out to be more frequent in the age group of 30 to 44 years. It is followed by erosion in the same age group. (Manuel Alejandro Ceballos Rojas, 2019). It can be seen that the most frequent risk factor is incorrect dental brushing with 60.17%, fundamentally in the group of 30 to 44 years. It was determined that the use of horizontal brushing with hard and excessive bristles and abrasive toothpastes are responsible for the development of abrasions. In other studies, bruxism stood out as the most frequent risk factor, since 43.8% of the patients studied presented this habit; In order of frequency, they were followed by traumatic brushing and gastroesophageal disorders, with 35.3% and 30.7%, respectively. (Chala, Pampim, & Fernandez, 2016).

Keywords: Non-carious cervical lesions, erosion, attrition, abrasion, abfraction

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La patología a la que se le llama Lesiones Cervicales no cariosas ha tenido una incidencia en incremento de una manera importante. Se definen como la pérdida de estructura dental sin presencia de alguna acción bacteriana como es el caso de las caries. Debido a su etiología multifactorial presentan diferentes efectos sobre las piezas dentales, lo cual trae como consecuencia la sensibilidad o hipersensibilidad. (Rodríguez Chala, Hernández Pampim, & González Fernández, 2016)

La unión de factores tales como físicos, químicos, de conducta y biológicos hacen factibles la pérdida de estructura dentaria (PED). El estilo de vida actual sigue un patrón regular común a casi todos los individuos, los hábitos de ingesta, el alto índice de estrés, y las exigencias sociales a la que se somete el hombre; todo ello ha aumentado el grado y el tipo de (PED). Las características fisiológicas del hombre actual, los factores sociales, culturales, económicos y el equilibrio de la dieta son situaciones que colaboran para la formación de estas lesiones multifactoriales. (Cuniberti & Rossi, 2017)

El desgaste dentario describe los procesos combinados de atrición, abrasión, erosión. La lesión de la atrición es el desgaste fisiológico de los tejidos duros de las superficies dentarias, bordes incisales y/o caras oclusales que viene como consecuencia del proceso masticatorio. La atrición viene siendo el resultado normal del proceso de la masticación que se presenta diferente en cada individuo, por lo que el grado varía. (García, Concepción, García, Rodríguez, & Falero, 2014)

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). (Díaz, 2009).

Estudios epidemiológicos previos han incluido en la etiología del desgaste dentario factores como edad, sexo, hábitos funcionales y parafuncionales, número de dientes, oclusión, dietas, saliva, fuerzas masticatorias, regurgitación y vómitos, así como condiciones ambientales relacionadas con el desgaste de los dientes y el consumo de refrescos o jugos. Estos estudios sugieren que el desgaste dentario tiene un origen multifactorial. (García, Concepción, García, Rodríguez, & Falero, 2014)

Estas lesiones pueden manifestarse clínicamente con síntomas de hipersensibilidad dentaria a estímulos fríos o calientes y ser motivo de consulta. Por lo general, estas alteraciones orales de pérdida de tejido dentario se observan con mucha frecuencia, y suelen pasar inadvertidas o son registradas como lesiones cariosas, cuando su causa no implica actividad bacteriana, afectando la elección del tratamiento adecuado y oportuno, de acuerdo al factor que produce la patología. (González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020)

La sociedad moderna exige de procederes dentales conservadores para preservar la dentadura natural, tan necesaria e irremplazable. Además de las molestias estéticas que representan para el individuo. Las enfermedades bucodentales dentro de las cuales se incluye a las lesiones cervicales no cariosas, son un problema de salud por su alta frecuencia, los efectos de dolor, deterioro funcional y molestias, por lo que se necesita de atención inmediata, así como un diagnóstico rápido y efectivo para lograr el tratamiento más conveniente. (González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020).

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado con mucha asiduidad que las lesiones cervicales no cariosas, se presentan con mayor frecuencia en adultos (35-60 años). Dichas lesiones son causadas por diferentes acciones (químicas, mecánicas y oclusales), las cuales ocasionan un desgaste y afectan la estructura dental. Esto se ha convertido en un área de creciente preocupación para el área odontológica.

El desgaste dental es un problema común en la población, lo cual afecta la funcionalidad, la estética y muchas veces la autoestima de quien lo sufre. (González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020).

El bruxismo desgasta el esmalte inicialmente, siendo éste, el signo más importante de esta patología. El patrón de desgaste es más común en dientes anteriores en la dentición natural, contrario a lo encontrado en portadores de prótesis total donde el desgaste es en las regiones posteriores. Estudios demostraron que el bruxismo es uno de los desórdenes funcionales dentarios más prevalentes, complejos y destructivos que existen. (Díaz Rebolledo, y otros, 2011).

Epidemiológicamente, se habla de la presencia de lesiones que son originadas por imperfecciones y desgaste del tejido dentario, pueden presentarse en sus superficies incisales y oclusales, y a menudo pasan desapercibidas, pero si se originan en la superficie cervical crean una mayor sensación de hipersensibilidad, pérdida de la estética y retracción gingival, las mismas que se denominan lesiones dentarias no cariosas, cuyo origen es multifactorial y presenta diferentes características clínicas. (Delgado Rojas, 2019).

Algunas investigaciones epidemiológicas realizadas en países industrializados revelan un incremento, a niveles alarmantes, de las lesiones producidas por desgaste dental, no solo en las personas de la tercera edad, en frecuencia y severidad debido al incremento de la expectativa de vida, sino además durante etapas tempranas de la vida adulta en la población de esas sociedades. (Gutiérrez Reina, y otros, 2021).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas en individuos entre 35 a 60 años?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3 GENERAL

Determinar la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas, en individuos entre 35 a 60 años.

1.4 ESPECÍFICOS

- Identificar las lesiones que se presentan con mayor frecuencia en individuos de 35 a 60 años.
- Especificar que dientes se predisponen con frecuencia a las lesiones cervicales no cariosas en individuos de 35 a 60 años.
- Especificar los factores etiológicos de las lesiones cervicales no cariosas en individuos de 35 a 60 años.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El desgaste dental se ha convertido en un problema de alta prevalencia que con el paso del tiempo aumenta con la edad. Estas patologías son multifactoriales las cuales pueden presentar diferentes variedades de forma, provocando un impacto en la integridad dentobucal, produciendo sensibilidad hasta provocar la pérdida de la pieza dental. Existen enfoques teóricos de la identificación de los factores causantes, los mismos que establecen medidas preventivas en la aparición de nuevas lesiones cervicales no cariosas, sin embargo, no se sabe con exactitud el factor que afecta con mayor frecuencia. Lo anterior hace necesario el desarrollo de nuevos enfoques teóricos para la identificación de los factores causantes, y así poder establecer medidas preventivas en la aparición de nuevas lesiones cervicales no cariosas. Por consiguiente, se propone estudiar la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas que se presentan en individuos que pueden o no presentar sintomatología de sensibilidad, así como pérdida de la estructura dental.

Estas lesiones han aumentado en los últimos años, debido al mayor tiempo de permanencia de los dientes en boca, acompañado de hábitos parafuncionales y dietas altamente ácidas, a esto se le agrega el estrés que también provoca pérdida de estructura dental. Estas lesiones se presentan por igual tanto en hombres como en mujeres y pueden llegar a aparecer en cualquier grupo etario. Actualmente son detectables también en los adultos jóvenes, cuyas lesiones van en aumento con la edad. Según autores como (Bernhardt) evaluaron a las lesiones cervicales no cariosas encontrando un predominio por el sexo masculino de edades entre 45 a 65 años, donde las piezas más afectadas son los premolares superiores, seguido por los caninos, incisivos y molares. Los pacientes pueden llegar a presentar sintomatología el cual es el resultado de la sensibilidad dental. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020).

Dentro de los posibles beneficios de la presente investigación, están en primer lugar que nos va a facilitar el poder diagnosticar de manera correcta y oportuna la presencia de lesiones cervicales no cariosas, de tal manera que puedan ser tratados a tiempo, evitando la presencia de cuadros de dolor por hipersensibilidad y afectación a la estética.

Una vez establecida su prevalencia y controlada su afectación, nos va a permitir ubicar a estas lesiones como una realidad que afecta a la población adulta joven y adulta mayor, y explicar los efectos que presentan estas lesiones en el desarrollo diario de los individuos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Lesiones Cervicales No Cariosa

Las lesiones cervicales no cariosas del cuello dental son definidas como defectos frecuentes que se caracterizan por la pérdida del tejido dental que no presenta relación con un agente bacteriano, presentando en muchas ocasiones con hipersensibilidad dentaria y sufriendo cambios en la anatomía de la corona dental, específicamente en la región cervical. Se han utilizado diferentes términos para las lesiones del cuello dentario. En 1908 Black presentó la definición como lesiones idiopáticas de cuello, defectos angulares, lesiones en cuña, abfracciones y abrasiones. (Miller 1907) decidió darle el nombre de Lesiones Cervicales No Cariosas (LCNC). (Rodriguez & Myuki, 2020).

Las LCNC se caracterizan por presentar una etiología controversial, en un principio su causa fue atribuida a lesiones de tipo erosión acida, endógena o exógena y a lesiones del tipo mecánico abrasivo por una técnica de cepillado exagerado o abusivo (Silva Ulloa, 2015).

La incidencia con la que afectan las LCNC a las superficies cervicales es alta, crece a un ritmo que supera el 50% (probablemente llegue a un 80%) en individuos entre los 31 a 65 años de edad, existiendo un sesgo por encasillar a estas lesiones como caries dental. El deterioro de las superficies dentales aumenta con la edad dando como resultado la disminución de la estructura cemento-esmalte (Sepúlveda Amar, 2017).

2.2 BASE TEÓRICA

Atrición

Se genera por el contacto de diente con diente presentándose en las caras oclusales de las piezas posteriores y en los bordes incisales de las piezas anteriores. Es una patología que se da por la pérdida fisiológica del esmalte consecuencia del proceso masticatorio, también puede ser por causa de bruxismo, y biológico por envejecimiento (Mair, 1996). La atrición siendo normal en la masticación se puede presentar en cierto grado en toda persona, esto dependerá de la fuerza de oclusión, el grado que tiene desarrollado los músculos masticatorios. (García, Concepción, García, Rodríguez, & Falero, 2014).

Erosión

La erosión se la puede definir como la disolución química sobre los tejidos duros, causada por agentes ácidos o quelantes ya sea de origen intrínseco o extrínseco (Miller, 1907). La apariencia de una erosión dental puede presentar concavidades o depresiones, encontrando bordes lisos, pulidos, sedosos y con pérdida de su brillo, es decir opaco, teniendo la forma característica de U. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

La erosión se la llega a encontrar en las caras vestibulares, palatinas y linguales de las piezas dentarias. En las caras vestibulares cuando se ha producido por ingesta de alimentos ácidos, es la superficie más común para que reciba el primer impacto. Mientras que las caras palatinas o linguales, oclusales e incisales van hacer afectadas por los ácidos del estómago (ácido clorhídrico) (Rodríguez & Myuki, 2020).

Factores extrínsecos

Dentro de los factores extrínsecos tenemos las sustancias ácidas externas, como por ejemplo la desmineralización por bebidas carbonatadas (bebidas saborizadas con dióxido de carbono que le otorga efervescencia) y, bebidas no carbonatadas, como jugos

de frutas ácidas. Entre los medicamentos tenemos como los que contienen vitamina C y aspirina los cuales pueden causar erosión a través del contacto directo con los dientes cuando el medicamento se mastica o se mantiene en la boca antes de tragar. (Torres , Fuentes , Bornhardt, & Iturriaga, 2016)

Características clínicas:

Forma: Se presenta en zonas oclusales y lo hace en forma de canaletas o pozos, con forma de disco, cuchara o irregular. Por lo general las lesiones son en forma de platillo el cual tienen una mayor altura, un mayor ancho y una menor profundidad.

Superficie: Aquí el ácido no puede disolver en forma de cuña ni generar escalones, lo cual lo hace en forma irregular creando una superficie amplia, rugosa y opaca. Las lesiones en forma de platillo tienen una superficie lisa sin rasgos distintivos, así como cráteres y hoyuelos que podrían atribuirse a un ataque ácido desigual.

Localización: Se presentan tanto en zonas linguales, vestibulares, oclusales. Mientras que en las erosiones palatinas graves son escasas.

Margen: Presenta forma de u, de márgenes suaves, que aparecen en la superficie del esmalte suave y pulida (Rodriguez & Myuki, 2020).

Factores intrínsecos

Estos de aquí se dividen en dos grupos: somáticos o involuntarios y psicósomáticos o voluntarios. Entre los factores somáticos o involuntarios se incluye la presencia del jugo gástrico en boca que puede ser por regurgitación, pirosis o reflujo gastroesofágico (úlceras, hernia hiatal, embarazo, alcoholismo). Entre los factores

psicosomáticos o voluntarios tenemos los desórdenes de alimentación como la anorexia, la bulimia y la alcoholemia. (Peraza Gutiérrez & Gutiérrez Martorell, 2020)

Abrasión

Esta patología se la conoce como el desgaste físico causado por un proceso mecánico que se produce en el tejido dentario producido por la repetición de frotado, fricción y por el contacto de un cuerpo extraño. Existen factores implicados como una pasta de diente abrasiva, inadecuado cepillado dental utilizando técnica horizontal con una fuerza excesiva y brusca, excesivo cepillado con cerdas rígidas y hábitos dietéticos (Peumans, 2020).

Características clínicas abrasión dental

Forma:

1. En forma de cuña o acanaladas.
2. Forma de ranuras y surcos horizontales, se desencadena por el movimiento de las cerdas de los cepillos dentales en el acto de cepillado.
3. Las lesiones presentan formas cóncavas en v o u. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

Superficie:

1. Es brillante y pulida.
2. Presenta rasguños y múltiples surcos paralelos, orientados en dirección mesial-distal.
3. Microfracturas, túbulos dentinarios obliterados y facetas de desgaste.

Profundidad: Aproximadamente de 1 a 2 mm y los dientes adyacentes, suelen estar afectados.

Localización: Se presentan en caninos, premolares y primer molar en cara vestibular.

Margen: Suaves y lisos

Encía: Con apariencia de erosión o ulceradas. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

Dentro de las lesiones abrasivas tenemos varios factores que influyen en dicha patología:

- Excesiva fuerza mecánica en el cepillado dental.
- Duración de cepillado en un área específica.
- Frecuencia de duración: al presentar un aumento en la frecuencia del cepillado va a resultar en el aumento del número de abrasiones.
- Cerdas del cepillo: los cepillos con cerdas suaves son menos abrasivos que los cepillos de cerdas duras.
- Abrasividad de la pasta de diente.
- La utilización inadecuada de instrumentos de higiene bucal, hábitos profesionales y aparatos ortodónticos, que pueden provocar lesiones de abrasión por fricción.
- Tratamientos dentales como el raspado y alisado radicular, el uso de prótesis removibles dentomucosoportadas podrían también ser factores causales. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

(Michael y col, 2014) clasificaron las cavidades de abrasión en 5 divisiones: “superficial”, “en forma de cuña”, “cóncava”, “entallada” e “irregular”. Debido a su ubicación y a que su gravedad no es del todo clara, existió la necesidad de una clasificación sencilla para poder identificar y determinar el riesgo de la lesión cervical. En la clasificación mencionada posteriormente es más sencilla y completa, siendo factible identificar la gravedad de la lesión junto a la ubicación del diente o la superficie de la raíz.

La abrasión cervical se clasifica en:

Abrasión clase a: Presenta desgaste de las piezas solo en la corona / esmalte sin afectación de la raíz.

Abrasión clase b: Presenta desgaste de las piezas presente solo en la superficie de la raíz sin afectación de la corona.

Abrasión clase c: Presenta desgaste de los dientes tanto en la corona / esmalte como en la superficie de la raíz. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

Las clases también pueden ser subclasificada para cuantificar la gravedad de las lesiones:

Tipo I

Concavidades poco profundas en la superficie del diente, pueden tener forma de cuña o muescas, la profundidad de la cavidad de abrasión está en la superficie del esmalte o puede haber alguna exposición de dentina.

Tipo II

Desgaste / concavidad de los dientes que se extiende dentro de la dentina, pero la cámara pulpar no es visible.

Tipo III

Desgaste / concavidad de los dientes que se extiende dentro de la dentina dental y la cámara pulpar es visible.

Tipo IV

Desgaste dental. La concavidad que se extiende dentro de la dentina dental y la cámara pulpar está expuesta a la cavidad bucal. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

Abfracción

Se la define como la pérdida de estructura dental producido por fuerzas de carga biomecánicas, como resultado de la flexión de las cúspides por la excesiva carga oclusal. Las razones de esta patología son multifactoriales, lo cual es una combinación de parafunciones, estrés oclusal, abrasión y erosión. La mayor parte de las lesiones se debe a dos o tres causas que llegan a producir un aumento del desgaste dental.

Etiología

- Cepillado traumático.
- Bruxismo.
- Fuerzas de carga biomecánicas.

- Dirección y magnitud de las cargas oclusales combinadas con la morfología del diente.

Oclusión traumática. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

CARACTERISTICAS CLINICAS

Forma:

- Forma de cuña
- Ángulos ásperos
- Márgenes definidos
- Ángulos perfectamente agudos que oscilan alrededor de los 45°.

Superficie:

- Estrías
- Grietas
- Rasguños
- Surcos

Obliteración casi total de los túbulos dentinarios. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

Consecuencias

- Fracaso de restauraciones cervicales.
- Hipersensibilidad dental.
- Incremento de retención de placa bacteriana, estética alterada, compromiso pulpar.

Recesión del margen gingival. (Ramírez Cortez, Vásquez Rivera, Madrid Castro, & Sánchez Rivera, 2020)

Sensibilidad Dentaria

Es una respuesta exagerada o un dolor pasajero relacionado con la exposición de la dentina a estímulos químicos, táctiles, térmicos u osmóticos, provenientes del medio bucal. Generalmente estas lesiones o patologías no son percibidas por el paciente, hasta que presentan una sensibilidad dentaria. (Odontoespacio, 2019)

Los cuellos dentales hipersensibles, superficies radiculares sensibles o hipersensibilidad dentinaria cervical son designaciones que se utilizan simultáneamente para un cuadro de molestias que afecta a muchos pacientes. Por hipersensibilidad dentinaria se entiende un cuadro doloroso patológico causado por superficies de dentina expuestas con una sensibilidad aumentada ante estímulos intraorales. Se debe tener en cuenta que también puede ser ocasionada por restauraciones insuficientes, obturaciones defectuosas o fracturadas, el ajuste deficiente de restauraciones indirectas (inlays, coronas, puentes) y lesiones cariosas pueden manifestar síntomas similares. (Gernhardt, 2012)

Tratamientos

Consiste en prevenir la aparición de dolores o eliminar trastornos sensoriales en la zona de los cuellos dentales expuestos. La elección del tratamiento adecuado depende sobre todo de la situación clínica. Mediante el uso de pastas dentífricas no abrasivas o escasamente abrasivas en combinación con un cepillo dental más blando pueden prevenirse lesiones causadas por la limpieza y, por consiguiente, la pérdida de sustancia dental dura. Además, el aprendizaje de una técnica de limpieza adecuada permite prevenir el retroceso de la encía marginal, el cual así mismo puede conducir a superficies de

dentina expuestas, mediante la utilización de pastas dentífricas especiales (Sensodyne, Elmex Sensitive, etc.) y colutorios bucales (Listerine Total Care Sensitive, Elmex Sensitive, etc.), pueden mitigarse síntomas ya existentes. (Gernhardt, 2012)

Los objetivos del tratamiento profiláctico son prevenir la progresión de las lesiones existentes o el desarrollo de lesiones nuevas y asegurar la longevidad de las restauraciones en lesiones tratadas. (Peumans, 2020)

Tratamiento restaurativo

Entre las técnicas de restauración disponibles, los clínicos eligen preferentemente un sistema adhesivo en combinación con una resina compuesta, debido a las excelentes propiedades estéticas y al rendimiento clínico de la resina compuesta. La selección del sistema adhesivo es un factor importante que determina la durabilidad de la restauración. Además de la selección del sistema adhesivo, el odontólogo desempeña un papel decisivo, ya que ha de procurar realizar un procedimiento clínico de alta calidad: aislamiento, preparación del diente, aplicación del sistema adhesivo y composite, acabado, pulido y finalmente mantenimiento de la restauración. (Peumans, 2020)

Materiales Restaurativos

El grabado ácido

Para el esmalte se recomienda el ácido fosfórico en concentraciones de entre 30% y 40% durante 20-30 segundos, lo cual proporcionará una fuerza de adhesión posterior de aproximadamente unos 20 MPa. Investigadores demuestran que este será suficiente para lograr fuerzas adecuadas al restaurar con resinas compuestas. Después de una preparación con instrumentos rotatorios o manuales que comprometen la dentina, ocurre

la formación de una estructura en la superficie de la misma llamada barrillo dentinario, que no es más que restos de dentina, que en ocasiones puede estar contaminado por bacterias. Cuando se tiene una superficie de dentina contaminada, la infiltración en los canalículos dentinarios del monómero del adhesivo dentario no se lleva a cabo con efectividad por lo que es necesario remover la misma antes de ser aplicado el sistema adhesivo a la superficie de la dentina. (Chaple Gil & Gispert Abreu, 2015)

Aplicación de sistema adhesivo

En 1955, Buonocore trató la superficie del esmalte para obtener un enlace con un material de restauración, para lo cual usó ácido fosfórico al 85% para alterarla, resultando en la adherencia de una resina acrílica, no fue hasta finales de la década de 1970 que se introdujo la próxima generación de adhesivos para dentina. La unión al esmalte mediante el enfoque de grabado y lavado ha demostrado fiabilidad a largo plazo. Sin duda, al realizar restauraciones estéticas indirectas, el éxito depende en gran medida de este procedimiento adhesivo, especialmente en términos de preparación de la dentina. Un requisito principal para lograr la unión óptima es un sustrato libre de contaminantes, como el obtenido en el momento de la preparación con la dentina recién cortada y limpia. Se recomienda que luego de la preparación, se grabe la superficie no contaminada con ácido fosfórico al 37% entre 5 y 10 segundos, extendiendo el grabado hasta el esmalte periférico y colocar el sistema adhesivo, que debido al fenómeno de tensión superficial corre sobre la superficie, y se detiene en el ángulo agudo del margen. Inmediatamente se coloca la luz por 10 segundos para polimerizar la capa de oxígeno inhibido. Para conseguir la completa polimerización de este adhesivo, se aplica con la máxima delicadeza una sutil capa fina y uniforme que cubra toda la superficie de la preparación sin dejar que se acumule ningún grosor indeseado. Se necesita un grosor mínimo de 50 μ ,

aproximadamente, que es el espesor medio de resina que el oxígeno inhibe en su polimerización. (Calatrava Oramas, 2018)

Resinas compuestas

En la restauración de las lesiones cervicales se pueden emplear diversos materiales dentales que presentan comportamientos diferentes ante la aplicación de fuerzas o tensiones. Las restauraciones cervicales de resina compuesta mejoran de manera sustancial la distribución interna de las tensiones dentro del diente, al minimizar el potencial dañino causado por la concentración de las fuerzas en el tercio cervical (Amaíz Flores, 2014)

Las resinas dentales son incapaces de adaptarse a los cambios que producen las fuerzas masticatorias sobre el diente. Esta limitación puede hacer que la restauración de resina compuesta se desprenda de la preparación cavitaria, debido a que se generan fuerzas deslizantes laterales (Amaíz Flores, 2014)

Actualmente, existen resinas compuestas híbridas y microhíbridas que poseen módulos elásticos similares al de la estructura dental, específicamente al de la dentina. Estos materiales se pueden considerar como otra alternativa para la restauración de las lesiones del tercio cervical, de acuerdo con el criterio biomecánico (Amaíz Flores, 2014).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva para identificar las lesiones cervicales no cariosas, que se presentan con mayor regularidad en pacientes de 35 a 60 años de edad, al igual que, se enfocó en los tipos de dientes que prevalece dicha lesión. Se analizaron diferentes fuentes bibliográficas, respetando los criterios de inclusión y exclusión.

VARIABLES:

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADORES	ESCALA
Erosión	Pérdida de estructura dental por agentes químicos.	Forma difusa entre surco y cuña, superficie lisa.	Presente/Ausente
Abrasión	Pérdida de estructura dental por agentes mecánicos.	Forma de Plato superficie lisa.	Presente/Ausente
Abfracción	Pérdida de estructura dental por las fuerzas mecánicas durante la masticación y la parafunción.	Forma de Cuña, superficie rugosa.	Presente/Ausente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	De 35 a 60 años.	0 o más
Grupo Dentario	Dos o más piezas dentarias que presentan características iguales.	Pieza dentaria con LCNC.	Incisivos Caninos Premolares Molares
Técnica de Cepillado	Procedimiento mecánico mediante el cual se realiza la higiene de la cavidad oral.	Cepillado de arriba hacia abajo y viceversa o de atrás hacia delante y viceversa.	Horizontal Vertical
Frecuencia de Cepillado	Cantidad diaria de momentos de higiene oral mediante con el uso de cepillo y crema dental.	Número de veces al día que el individuo realiza higiene oral en su boca.	<2 veces al día 2 veces al día 3 veces al día >3 veces al día

Frecuencia de Dieta Ácida	Cantidad diaria de consumo de alimentos y bebidas con un ph ácido.	Consumo de limón, naranja, bebidas energizantes, sodas,etc	<3 veces al día 4 veces al día >4 veces al día
----------------------------------	--	--	--

Fuente: Autor (2022)

3.2 CRITERIOS PARA LA BÚSQUEDA DE LA LITERATURA

Para localizar los artículos que se incluyen en los resultados de esta revisión se utilizaron los siguientes criterios:

Bases de datos electrónicas: SciELO, Scopus, Elsevier

Idiomas: español

Palabras clave de búsqueda

En idioma español: “lesiones cervicales no cariosas”, “erosión dental”, “abrsión dental”, “abfracción dental”, “cepillado dental”, “factores de riesgo”

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Estudios que incluyen Individuos con lesiones cervicales no cariosas dentados.
2. Estudios que incluyen individuos con lesiones cariosa no cervicales entre los 35 y 60 años.

Plan de análisis

Los resultados se presentarán a modo de síntesis resaltando los aspectos más importantes de los artículos incluidos.

RESULTADOS

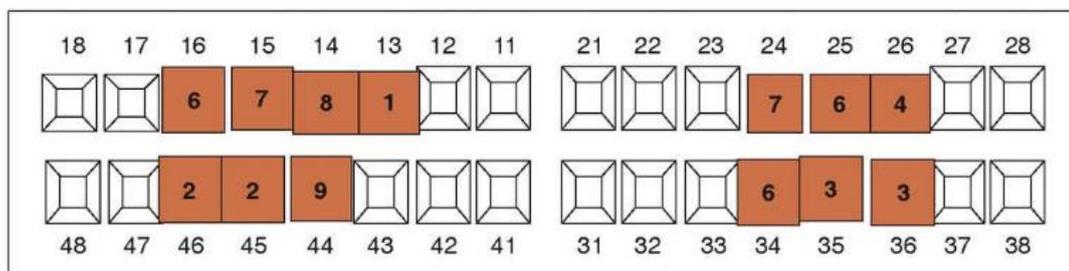
Los resultados fueron obtenidos de un total de 8 artículos científicos revisados entre Abril y Agosto del 2022.

Nro.	Autor (Año)	Título	Diseño
1	(Mendiburu Zavala , Carrillo Mendiburu, & Lugo Ancona , 2017)	Relación entre la oclusión traumática y abfracciones; su rol en las afecciones pulpares	Revisión sistemática con metaanálisis
2	(Hernández Reyes , Lazo Nodarse, Pachecho Leyva, Quiroz Aliuja, & Domenech La Rosa , 2021)	Caracterización le lesiones cervicales no cariosas en pacientes bruxópatas	Revisión sistemática con metaanálisis
3	(González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020)	Lesiones cervicales no cariosas en adolescentes de un área de salud	Revisión sistemática con metaanálisis
4	(Gutiérrez Reina, y otros, 2021)	Comportamiento de las lesiones cervicales no cariosas en pacientes de la clínica estomatológica de Jimaguayú	Revisión sistemática con metaanálisis
5	(Chala, Pampim, & Fernández, 2016)	Lesiones cervicales no cariosas en pacientes del área de salud “Eléctrico”, municipio Arroyo Naranjo, 2015	Revisión sistemática con metaanálisis
6	(Manuel Alejandro Ceballos Rojas, 2019)	Prevalencia de las lesiones no cariosas cervicales en pacientes atendidos en la clínica Estomatológica “Juan Manuel Márquez”	Revisión sistemática con metaanálisis
7	(García, Concepción, García, Rodríguez, & Falero, 2014)	Atrición dentaria en la oclusión permanente	Revisión sistemática con metaanálisis
8	(Barbosa, y otros, 2020)	Características clínicas y epidemiológicas de lesiones cervicales no cariosas	Revisión sistemática con metaanálisis

Se observó que en el primer artículo de (Mendiburu Zavala , Carrillo Mendiburu, & Lugo Ancona , 2017) se estudiaron 85 pacientes de los cuales 22 presentaron abfracciones; 15 mujeres (68%) y 7 hombres (32%). Se obtuvo un total de 64 abfracciones producto de la oclusión traumática de estos pacientes. Según la ubicación de las lesiones cervicales, 59% se presentó en vestíbulo supragingival y 41% en vestíbulo subgingival, no difiriendo significativamente la ubicación de las abfracciones según si fue supra o subgingival. El porcentaje de las piezas dentales afectadas según el cuadrante fue: superior derecho 34% siendo el de mayor prevalencia, superior izquierdo 27%, inferior izquierdo 29% y el inferior derecho 20%.

A continuación, los órganos dentarios afectados:

Figura 1 Número de 64 órganos dentarios con abfracciones según cuadrante. Mérida, Yucatán, México. 2014. Fuente: Cédula de investigación 2014



En los grupos etarios donde se presentaron las abfracciones se observó: de 18 a 35 años con 27%, de 36 a 50 años el 41%, de 51 a 65 años el 27% y el último con 5% de 66 a 80 años de edad respectivamente, no difiriendo significativamente. (Mendiburu Zavala , Carrillo Mendiburu, & Lugo Ancona , 2017).

En el segundo artículo de (Hernández Reyes , Lazo Nodarse, Pachecho Leyva, Quiroz Aliuja, & Domenech La Rosa , 2021) nos indica que durante la caracterización de

los 97 pacientes bruxópatas examinados con lesiones cervicales no cariosas, se destacó el sexo femenino en el 56,7 % de los pacientes y el grupo de edad que predominó fue entre 34 a 48 años con 49,5 % respecto al total.

Tabla 1 Pacientes bruxópatas y presencia de LCNC según edad y sexo. Consulta de Prótesis estomatológica de Nuevitas. Período Enero-Julio 2019

Grupo de edades	Sexo				TOTAL	
	Femenino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
19-33	5	5,2	4	4,1	9	9,3
34-48	27	27,8	21	21,6	48	49,5
49-63	13	13,4	10	10,3	23	23,7
64 y más	10	10,4	7	7,2	17	17,5
Total	55	56,7	42	43,3	97	100

Al determinar la presencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes bruxópatas, se constató supremacía de la abfracción dentaria en el 50,5 % de los pacientes examinados. (Hernández Reyes , Lazo Nodarse, Pachecho Leyva, Quiroz Aliuja, & Domenech La Rosa , 2021)

Tabla 2 Pacientes con bruxismo según tipo de LCNC

Tipo de LCNC	Pacientes con bruxismo	
	Nº	%
Atrición	22	22,7
Erosión	11	11,3
Abrasión	10	10,3
Abfracción	49	50,5
Combinación de lesiones	5	5,2
Total	97	100

Al realizar el examen clínico en los pacientes bruxópatas que presentaban alguna modalidad de lesiones cervicales no cariosas, preponderó el grupo dentario de premolares como el más afectado tanto en la arcada superior como inferior con un 46,3 %. (Hernández Reyes , Lazo Nodarse, Pachecho Leyva, Quiroz Aliuja, & Domenech La Rosa , 2021)

Tabla 3 Pacientes con bruxismo y presencia de LCNC según grupo dentario y arcada afectada

Grupo dentario	Maxilar		Mandíbula		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incisivos	9	6,7	3	2,2	12	8,9
Caninos	13	9,7	9	6,7	22	16,4
Premolares	45	33,6	17	12,7	62	46,3
Molares	23	17,2	15	11,2	38	28,4
Total	90	67,2	44	32,8	134	100

En el tercer artículo de (González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020) nos presenta la investigación del total de pacientes atendidos en ese período de tiempo, el 66,66 % presentaron LCNC, porcentaje elevado. De los 80 pacientes diagnosticados con LCNC existió un predominio del sexo femenino con un 60 % en relación con el masculino; predominó el grupo de 48 a 62 años en ambos sexos con un 57,50 % del total.

Tabla 1 Distribución de pacientes con lesiones dentales no cariosas según sexo y edad. Clínica Estomatológica "Ormani Arenado" Pinar del Río. 2018

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
18-32 años	4	5,00	3	3,75	7	8,75
33-47 años	12	15,00	11	13,75	23	28,75
48-62 años	29	36,25	17	21,25	46	57,50
62 años y más	3	3,75	1	1,25	4	5,00
Total	48	60	32	40	80	100

La lesión cervical no cariosa de mayor frecuencia fue la abrasión dental con un 47,50 %. (González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020)

Tabla 2 Pacientes según tipo de lesión cervical no cariosa.

Tipo de lesión	Pacientes afectados	
	No	%
Abrasión dental	38	47,50
Abfrasión dental	21	26,25
Erosión dental	12	15,00
Combinación de lesiones	9	11,25
Total	80	100

Predominó el grupo dentario de premolares como el más afectado de la muestra con un 47,00 %, las afectaciones en el maxilar superior prevalecieron con un 75,00 %. (González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020)

Tabla 3 Distribución de lesiones cervicales no cariosas según el grupo dentario y ubicación en los maxilares

Grupo dentario	Maxilar		Mandíbula		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Incisivos	7	7,14	5	5,21	12	12,50
Caninos	11	11,46	6	6,25	17	17,71
Premolares	39	40,63	8	8,33	47	48,96
Molares	15	15,63	5	5,21	20	20,83
Total	72	75,00	24	25,00	96	100

Dentro de los factores de riesgo asociados a LCNC, se constataron porcentajes superiores en relación al cepillado traumático con un 70 %, seguido del bruxismo con un 60 %. (González García, Cardentey García, & Martínez Pérez, 2020)

Tabla 4 Principales factores de riesgo de LCNC.

Factores de riesgo	No.	%
Cepillado traumático	56	70,00
Consumo de alimentos ácidos	37	46,25
Bruxismo	48	60,00
Trastornos gastroesofágicos	25	31,25
Medicamentos de ph bajo	31	38,75
Bebidas carbonatadas	12	15,00

En el cuarto artículo de (Gutiérrez Reina, y otros, 2021) se evidenció un predominio del grupo de personas mayores de 60 años de edad como lo más afectados por LCNC para un 44,4 % del total de la muestra. La abfracción fue la lesión más frecuente para un 38,9 % en los pacientes examinados. Existe relación significativa entre la edad y el tipo de lesión cervical no cariosa.

Tabla 1 Distribución de los pacientes según tipo de lesión y grupos de edades. Clínica estomatológica de Jimaguayú. Octubre de 2019 a marzo de 2020

Grupos de edades	Tipo de lesión						Total	
	Abrasión		Erosión		Abfracción		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
20-39	5	9,2	2	3,7	1	1,9	8	14,81
40-59	3	5,6	6	11,1	13	24,1	22	40,75
Mayor de 60	8	14,8	9	16,7	7	12,9	24	44,44
Total	16	29,6	17	31,5	21	38,9	54	100

Fuente: Formulario.

p>0.05

La técnica de cepillado incorrecta constituyó el factor de riesgo que más se asoció al origen de estas enfermedades en un 87 % de los encuestados, seguido del estrés para un 72,2 %; mientras que los hábitos ocupacionales fueron los que menos incidieron como causa de desgaste dentario cervical para un 9,2 %. Se tuvo en cuenta que en un mismo paciente pudieron incidir dos o más factores de riesgo. (Gutiérrez Reina, y otros, 2021)

Tabla 2 Distribución de los factores de riesgo según incidencia

Factores de riesgo	Nº	%*
Técnica de cepillado incorrecta	47	87
Hábitos alimenticios	7	12,9
Regurgitación o reflujo continuo	11	20,4
Hábitos ocupacionales	5	9,2
Estrés	39	72,2
Bruxismo	24	44,4

*Las frecuencias relativas se obtuvieron a partir del total de la muestra (n=54)

Al tener en cuenta la relación existente entre las diferentes LCNC y los grupos dentarios afectados se comprobó que fueron los premolares de ambas arcadas donde más se diagnosticaron estas lesiones para un 29,6 % y en estos la abfracción incidió en un 14,8 % de los casos. Los dientes menos afectados fueron los incisivos para un 20,4 %. Existe relación significativa entre los tipos de lesiones cervicales no cariosas y los grupos dentarios afectados. (Gutiérrez Reina, y otros, 2021)

Tabla 3 Relación entre los tipos de lesiones cervicales no cariosas y los grupos dentarios afectados

Grupos dentarios	Tipo de lesión						Total	
	Abrasión		Erosión		Abfracción			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Incisivos	3	5,6	8	14,8	0	0	11	20,4
Caninos	4	7,4	4	7,4	4	7,4	12	22,2
Premolares	5	9,2	3	5,6	8	14,8	16	29,6
Molares	4	7,4	2	3,7	9	16,7	15	27,8
Total	16	29,6	17	31,5	21	38,9	54	100

El quinto artículo “Lesiones cervicales no cariosas en pacientes del área de salud “Eléctrico”, municipio Arroyo Naranjo, 2015”. Los premolares resultaron el grupo dentario más afectado con 338 dientes para un 38,9 %, seguido de molares e incisivos con el 22,6 % y 21,8 % respectivamente; los dientes superiores fueron los que más se relacionaron con este fenómeno (Chala, Pampim, & Fernández, 2016)

Tabla 3 Distribución de lesiones cervicales no cariosas según grupo dentario y ubicación en los maxilares

Grupo dentario	Maxilar		Mandibular		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Incisivo	98	11,2	92	10,5	190	21,8
Canino	75	8,6	70	8,04	145	16,7
Premolares	180	20,6	158	18,1	338	38,9
Molar	105	12,6	92	10,5	197	22,6
Total	458	52,6	412	47,3	870	100

El bruxismo sobresalió como el factor de riesgo más frecuente en la muestra estudiada según se observa en la tabla 4, pues el 43,8 % de los pacientes presentaban este hábito; en orden de frecuencia siguieron el cepillado traumático y los trastornos gastroesofágicos, con el 35,3 % y 30,7 % respectivamente. (Chala, Pampim, & Fernández, 2016).

Tabla 4 Comportamiento de factores de riesgo de LCNC

Factor de riesgo	No.	%
Cepillado traumático	54	35,3
Dieta ácida	41	26,8
Bruxismo	67	43,8
Trastornos gastroesofágicos	47	30,7
Medicamentos de bajo pH	36	23,5

Se observó que en el artículo número 6 “Prevalencia de las lesiones no cariosas cervicales en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica “Juan Manuel Márquez”, describe en la tabla 1 la cantidad de pacientes por edades que presentan LCNC, donde predominó con un 68,64% la abrasión, y resultó ser más frecuente en el grupo etario de 30 a 44 años. Le sigue la erosión en el mismo grupo etario. (Manuel Alejandro Ceballos Rojas, 2019)

Figura 2

Distribución de los pacientes según el grupo etario y la presencia de lesiones cervicales no cariosas

Grupo etario (años)----n (%)	Relación de pacientes		Lesiones cervicales no cariosas	
	Examinados (n=118)	Abrasión (n=77)	Erosión (n=30)	Abracción (n=16)
15-29	21	9 (7,63)	3 (2,54)	0 (0)
30-44	58	40 (33,90)	12 (10,17)	6 (5,08)
45-59	20	16 (16,95)	9 (7,63)	5 (4,24)
60-74	14	10 (8,47)	5 (4,24)	5 (4,24)
75-89	5	2 (1,69)	1 (0,85)	0 (0)

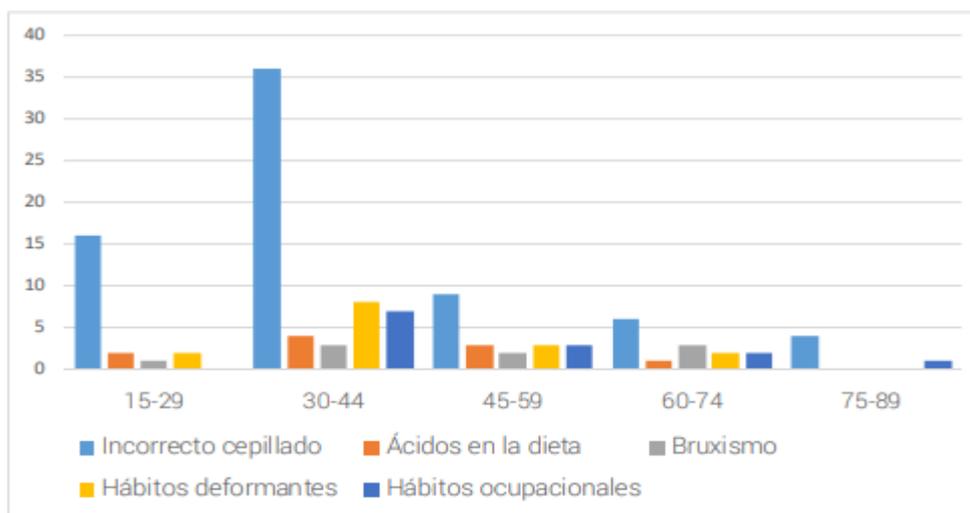
Fuente: Historias clínicas

Nota. Adaptado de *Prevalencia de las lesiones no cariosas cervicales en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica “Juan Manuel Márquez”* (p.73), por Manuel Alejandro Ceballos Rojas y Aleida Margarita Abad Sastre, 2019, eciMED.

En el gráfico 1 se muestra la distribución de los pacientes examinados según grupo etario, y los factores de riesgo asociados a las LCNC en cada grupo de edades. Se puede observar que el factor de riesgo más frecuente es el incorrecto cepillado dental con un

60.17 % fundamentalmente en el grupo de 30 a 44 años. (Manuel Alejandro Ceballos Rojas, 2019)

Gráfico 1 Distribución de los pacientes según grupo etario y los factores de riesgo asociados



Fuente: Historias clínicas

Se determinó que el uso del cepillado en forma horizontal con cerdas duras y excesivo y pastas dentales abrasivas son el responsable del desarrollo de abrasiones. (Manuel Alejandro Ceballos Rojas, 2019)

En el artículo número 7 “Atrición dentaria en la oclusión permanente” puede observarse el grupo de 31-40 años fue el de mayor número de pacientes encontrados con desgaste dentario, representando un 30% del total, siendo a su vez el sexo femenino en el que más incidió para un 51,7% del total, aunque no se encontró relación estadísticamente significativa entre ambas variables. (García, Concepción, García, Rodríguez, & Falero, 2014)

Tabla 1 Análisis de la distribución de pacientes según edad y sexo para el estudio de la atrición dentaria en la oclusión permanente. Policlínico Universitario "Raúl Sánchez" Pinar del Río. Enero-Febrero 2013.

Grupo de Edades (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-30	7	11,7	5	8,3	12	20
31-40	11	18,3	7	11,7	18	30
41-50	8	13,3	6	10	14	23,3
51-60	3	5	6	10	9	15
61 y +	2	3,3	5	8,3	7	11,7
Total	31	51,7	29	48,3	60	100

La presencia del grado de desgaste que más prevaleció en la muestra estudiada fue el grado 2 representado por un 76,7% del total, observado en la tabla 2; el dato más representativo corresponde al grupo de edades entre 31-40 años con 14 pacientes, lo cual no guardó relación estadísticamente significativa con la edad de los pacientes. (García, Concepción, García, Rodríguez, & Falero, 2014)

Tabla 2 Distribución de pacientes según grupos de edades y grados de desgaste.

Grado de atrición dentaria								
Grupo de Edades (años)	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20-30	2	3,3	10	16,7	-	-	12	20
31-40	4	6,7	14	23,3	-	-	18	30
41-50	-	-	10	16,7	4	6,7	14	23,3
51-60	1	1,7	7	11,7	1	1,7	9	15
60 y +	-	-	5	8,3	2	3,3	7	11,7
Total	7	11,7	46	76,7	7	11,7	60	100

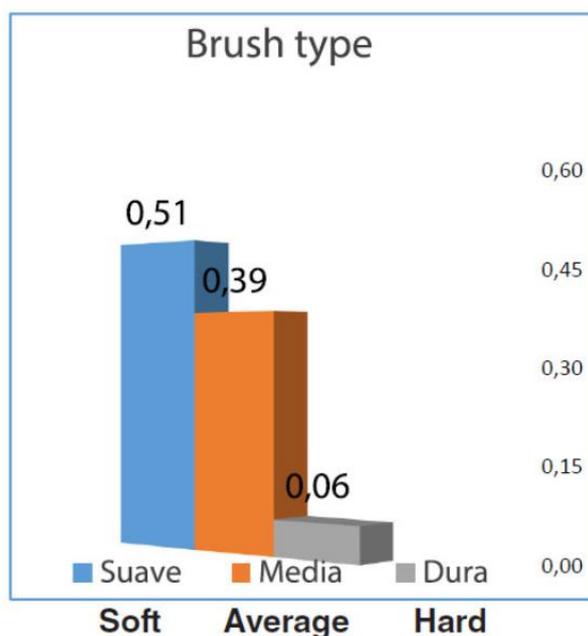
Se puede observar que la mayoría de los pacientes con atrición dentaria en dientes anteriores o sea el 23,4% no presentó desgaste cervical, mientras que el mayor porcentaje de pacientes con atrición dentaria en dientes posteriores presentó este tipo de desgaste representado por un 56,7%. (García, Concepción, García, Rodríguez, & Falero, 2014)

Tabla 3 Relación entre las alteraciones de guía de la oclusión con el grado de desgaste dentario.

Alteración de la guía de oclusión	Grado de atrición dentaria.							
	Grado 1		Grado 2		Grado 3		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Guía canina	5	8,4	16	26,7	1	1,7	22	36,7
Función de Grupo	2	3,3	30	50	6	10	38	63,3
Total	7	11,7	46	76,7	7	11,7	60	100

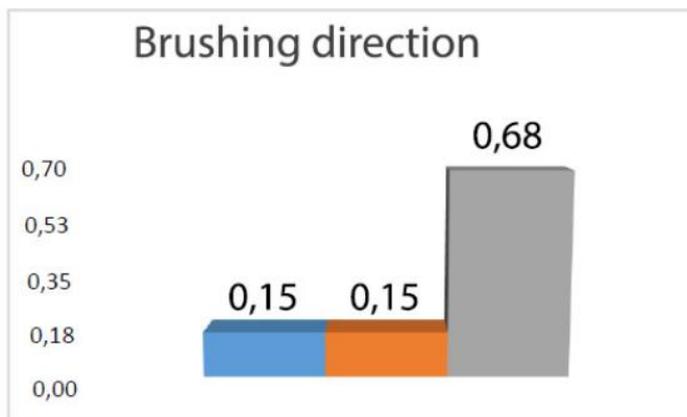
En el artículo número 8 “Características clínicas y epidemiológicas de lesiones cervicales no cariosas” Con respecto a los hábitos de higiene oral, se hicieron las siguientes preguntas: el tipo de cepillo utilizado fue de cerdas suaves, medianas o duras; la frecuencia del cepillado diario varía una vez al día, dos veces, tres veces y cuatro veces o más. (Barbosa, y otros, 2020)

Gráfico 1 Razón de prevalencia referente al tipo de cepillo



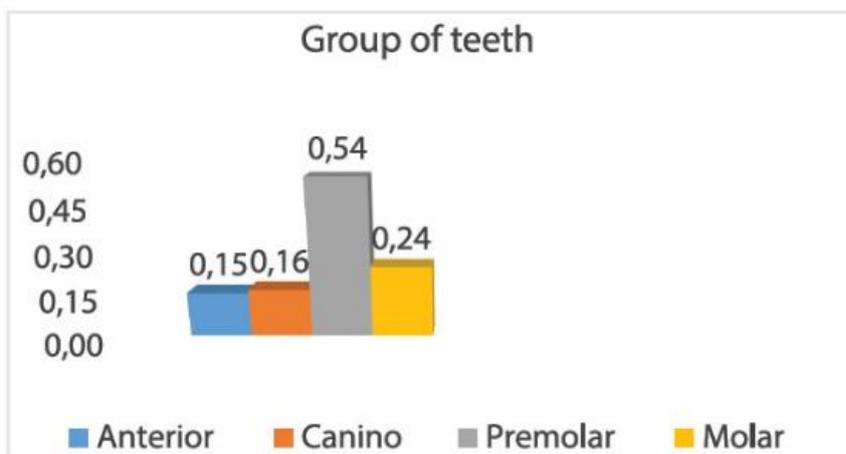
Tipo de dirección de cepillado realizada con movimiento horizontal, vertical y combinado. (Barbosa, y otros, 2020)

Gráfico 2 Razón de prevalencia referente a dirección de cepillado



La evaluación del grupo de dientes mostró una alta prevalencia de premolares y la presencia de LCNC con PR de 0,54. (Barbosa, y otros, 2020)

Gráfico 3 Razón de prevalencia referente al grupo de dientes



DISCUSIÓN

La identificación clínica de la lesión cervical no cariosa se basa en la forma morfológica asociada a los factores de riesgo presentes que permiten su diagnóstico, la selección de la técnica a utilizar acorde a la resistencia del material según la causa, y el uso de terapia multidisciplinaria. Si la pérdida dentaria es más ancha que profunda, con desgaste del contorno por fuera del margen gingival, y existe contacto con ácidos bucales no provenientes de la placa dentobacteriana, sugiere lesión por erosión. La incidencia con la que afectan las lesiones dentarias cervicales, ya sean cariogénicas o no cariogénicas (abrasión, abfracción), son muy frecuentes. Crecen a un ritmo acelerado y oscila del 41 % al 90 % en personas entre 31 y 65 años. El deterioro se incrementa con la edad y se convierte en una disminución de la estructura dentaria en el área cemento-esmalte, no sólo por caries sino también por una serie de factores etiológicos no cariogénicos y sus posibles interacciones. (Gutiérrez Reina, y otros, 2021)

Según los diferentes artículos revisados nos indica que la mayor afectación de las lesiones cervicales no cariosas la padecen en primero lugar el sexo femenino pudiendo ser resultado de la constante preocupación de la mujer.

En la revisión bibliográfica predominó el grupo dentario de premolares como el más afectado de todas las piezas dentales, seguido de los molares y por último los incisivos.

Las lesiones que se presentan con mayor frecuencia es la abfracción, seguido de la abrasión dental y por último la atrición dental en un grupo etario de 30 a 44 años.

Los factores etiológicos que predominó fue la técnica de cepillado incorrecta que más se asoció al origen de estas enfermedades Se determinó que el uso del cepillado en

forma horizontal con cerdas duras excesivo y pastas dentales abrasivas son el responsable del desarrollo de estas lesiones.

CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica permitió obtener las siguientes conclusiones respecto a las lesiones cervicales no cariosas:

- Se puede Inferir, en base a la revisión realizada que estas lesiones o patologías son un problema de salud pública, afectando a un gran porcentaje de la población, los cuales tienen un bajo conocimiento con respecto a la relación que se puede dar en diferentes partes de nuestro sistema estomatognático.
- Se ha demostrado que las lesiones que se presentan con mayor frecuencia en individuos entre los 35 a 60 años son las abfracciones, que se llegan a encontrar tanto en hombres como en mujeres.
- Cabe recalcar que el grupo dentario de premolares predominó como el más afectado de todas las piezas dentales, seguido de los molares y por último los incisivos.
- Finalmente concluimos, que si no se trata las abfracciones dentales pueden llegar a ocasionar hipersensibilidad dentinaria, como también otros tipos de afecciones o llegar a una enfermedad pulpar o periapical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaíz Flores, A. J. (Junio-diciembre de 2014). LESIONES DE ABFRACCIÓN, ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO. *Revista Científica Odontológica* , 10(2).
- Barbosa, J. d., Silva, M. J., Montero, D., Neto, H. T., Ribeiro, R. A., & Costa, C. (2020). Características clínicas y epidemiológicas de lesiones cervicales no cariosas. 22(1).
- Calatrava Oramas, L. A. (18 de Julio de 2018). Actualización en odontología adhesiva y sellado inmediato dentinario (SID). Revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana* , 56(2).
- Chala, H. R., Pampim, Y. H., & Fernández, C. G. (Octubre - Diciembre de 2016). Lesiones cervicales no cariosas en pacientes del área de salud "Eléctrico", municipio Arroyo Naranjo, 2015. *Scielo Revista Cubana de Estomatología*, 53(4).
- Chaple Gil, A. M., & Gispert Abreu, E. d. (Julio de 2015). Recomendaciones para el empleo práctico de resinas compuestas en restauraciones estéticas. *Revista cubana de Estomatología*, 52(3).
- Cuniberti, N., & Rossi, G. (2017). Lesiones cervicales no cariosas. *LVII*(2).
- Delgado Rojas, M. A. (2019). RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES EXTRÍNSECOS Y LAS LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNÁNUE -2018. 106.
- Díaz Rebolledo, Ó. E., Estrada Esquivel, B. E., Franco , G., Espinoza Pachecho, C. A., González Manrique, R. A., & Badillo Muñoz, E. (Septiembre de 2011). Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo. (38). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2011/ora1138d.pdf>
- Díaz, D. H. (Mayo de 2009). Lesiones no cariosas del cuello dentario: patología moderna, antigua controversia. *Scielo*, 11(12).
- Etiología y diagnóstico de las lesiones cervicales no cariosas. (2009).

- García, J. C., Concepción, J. A., García, X. G., Rodríguez, R. G., & Falero, D. M. (Julio - Agosto de 2014). Atrición dentaria en la oclusión permanente. *Scielo*, 18(No 4).
- Gernhardt, C. R. (Diciembre de 2012). Hipersensibilidad dentinaria: causas y tratamiento de sensibilidades del cuello dental. *HIGIENISTAS AUXILIARES*, 25(10), 597-603.
- González García, X., Cardentey García, J., & Martínez Pérez, M. B. (Marzo de 2020). Lesiones cervicales no cariosas en los adolescentes de un área de salud. *Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(2).
- Gutiérrez Reina, Y., Lazo Nodarse, R., Martínez Sosa, L., Hernández Reyes, B., Escobar Peña, A., & Sanfort Ricardo, M. (2021). Comportamiento de las lesiones cervicales no cariosas en pacientes de la clínica estomatológica de Jimaguayú. *Scielo*.
- Hernández Reyes, B., Lazo Nodarse, R., Pachecho Leyva, J., Quiroz Aliuja, Y., & Domenech La Rosa, L. (Enero - Febrero de 2021). Caracterización de lesiones cervicales no cariosas en pacientes bruxópatas. *Revista Archivo Médico De Camagüey*, 25(1).
- Manuel Alejandro Ceballos Rojas, A. M. (16 de Abril de 2019). Prevalencia de las lesiones no cariosas cervicales en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica "Juan Manuel Márquez".
- Mendiburu Zavala, C. E., Carrillo Mendiburu, J., & Lugo Ancona, P. (Abril/Junio de 2017). Relación entre la oclusión traumática y abfracciones; su rol en las afecciones pulpares. *Revista odontológica mexicana*, 21(2).
- Michael y col. (Diciembre de 2014). Guía ICCMS para clínicos y educadores.
- Odontoespacio. (14 de febrero de 2019). Lesiones Cervicales No Cariotas. Abfracción, Abrasión, y Erosión. ¿Cómo diferenciarlas?
- Peraza Gutiérrez, L., & Gutiérrez Martorell, S. T. (2020). Características clinicoetiológicas y terapéuticas en dientes con lesiones cervicales no cariosas e

indicadores epidemiológicos. *REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA DE CIEGO DE ÁVILA*, 26(3).

Peumans, M. (2020). Tratamiento de lesiones cervicales no cariadas: cuándo, porqué y cómo. *The international Journal of Esthetic Dentistry*, 13(1).

Ramírez Cortez, C. E., Vásquez Rivera, S. D., Madrid Castro, M. A., & Sánchez Rivera, I. M. (2020). LESIONES DENTALES NO CARIOSAS: ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO. REVISIÓN DE LITERATURA. *REVISTA CIENTÍFICA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD*.

Rodríguez Chala, H., Hernández Pampim, Y., & González Fernández, C. (2016). Lesiones cervicales no cariosas en pacientes del área de salud "Eléctrico" municipio Arroyo Naranjo, 2015. *Revista Cubana de Estomatología*, 53(4).

Rodriguez, O., & Myuki, S. (2020). *ESTUDIO CLINICO SOBRE LAS LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS, TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO*.

Sepúlveda Amar, S. (2017). *PREVALENCIA DE LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE 7MO SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*. UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, QUITO.

Silva Ulloa, S. (2015). *Frecuencia de las Lesiones Cervicales No Cariadas en los Estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca*. Tesis de Grado, Universidad de Cuenca, Facultad de Odontología.

Spranger, H. (1995).

Torres , D., Fuentes , R., Bornhardt, T., & Iturriaga, V. (Abril de 2016). Erosión dental y sus posibles factores de riesgo en niños: revisión de la literatura. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 9(1).

DECLARACION DE AUTORIA

Yo, **FERNANDO ADRIÁN CALLE SANTANA** con C.I: 1313834994, en calidad de autor del proyecto de investigación titulado “Frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas. Revisión bibliográfica”. Por la presente autorizo a la Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5 6 8 19 y además pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.

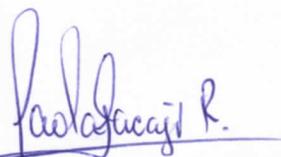


FERNANDO ADRIÁN CALLE SANTANA

C.I: 1313834994

DIRECTORA DE TESIS

Por medio de la presente certifico que el presente trabajo de investigación realizado por **FERNANDO ADRIÁN CALLE SANTANA** es inédito y se ajusta a los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la facultad de odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.



Od. Paola Rosana Pacají Ruiz. Esp.

DIRECTORA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

APROBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO**Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí.****Facultad De Odontología****Tribunal Examinador**

Los honorables miembros del tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema:

“Frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas. Revisión bibliográfica”.

Presidente del tribunal



Miembro del tribunal



Miembro del tribunal

Sandra Sandaval.

Manta,

23 de Agosto

de 2022.