



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA**
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE GRADO
CARRERA DE ODONTOLOGIA

TÍTULO

*DESGASTE DENTAL, EN LOS ESTUDIANTES DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODALIDAD
PRESENCIAL, EN LAS EDADES DE 18 A 30 AÑOS EN
EL PERIODO MAYO- JULIO DEL 2014.*

Tesis previa a la obtención
del grado de Odontóloga

AUTORA:
DANIELA ALEXANDRA CHILUIZA V.

DIRECTOR DE TESIS:
DR. MGS. RICHARD JIMÉNEZ

LOJA – ECUADOR

2014

Dr. Mgs. Richard Jiménez

**DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA.**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo “DESGASTE DENTAL, EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODALIDAD PRESENCIAL, EN LAS EDADES DE 18 A 30 AÑOS EN EL PERIODO MAYO- JULIO DEL 2014”, ha sido debidamente dirigido, analizado y corregido durante todo el procedimiento de su ejecución, por lo que autorizo su presentación para los trámites correspondientes, bajo las normas y reglamentos establecidos por la Universidad Nacional de Loja.

Loja, 17 de octubre del 2014

Atentamente



.....
Dr. Mgs. Richard Jiménez
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Daniela Alexandra Chiluiza Villalta declaro ser autora del presente trabajo de tesis y por tanto eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-biblioteca virtual

AUTOR: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

FIRMA:


CÉDULA: 1802808798

FECHA: Loja, 17 octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo DANELA ALEXANDRA CHILUIZA VILLALTA, declaro ser autor de la tesis "DESGASTE DENTAL, EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA MODALIDAD PRESENCIAL, EN LAS EDADES DE 18 A 30 AÑOS EN EL PERIODO MAYO-JULIO DEL 2014 como requisito para optar al grado de Odontólogo General; Autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que lo fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional .

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes sociales información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización la ciudad de Loja a los 70 días del mes de octubre del dos mil catorce, firma autor.

Firma:



Autor: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

Cedula: 1802808798.

Dirección: La Pradera, Acacias y Catamayo.

Correo Electrónico: danielachv@yahoo.es

Teléfono: 2102764 Celular 0990754583

Datos complementarios

Director de Tesis: Dr. Mgs. Richard Orlando Jiménez.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja y de manera especial a la Carrera de Odontología; a las Autoridades y Docentes del Área de la Salud Humana, quienes me brindaron la posibilidad de forjar mi formación y desarrollo profesional.

Al Doctor Magister Richard Jiménez, Catedrático de la Universidad Nacional de Loja y Director de Tesis, quien con sus conocimientos y experiencia profesional me orientó y asesoró para culminar la presente investigación.

La Autora

a) TITULO

**DESGASTE DENTAL, EN LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA MODALIDAD PRESENCIAL, EN LAS EDADES DE 18 A 30
AÑOS EN EL PERIODO MAYO- JULIO DEL 2014.**

b) RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de desgaste dental, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años en el periodo Mayo- Julio del 2014, para ello se recolectó una muestra de 894 individuos.

El método que se utilizó fue de tipo cuantitativo, observacional, de campo y bibliográfico, para determinar la prevalencia de desgaste dental

Los resultados demostraron prevalencia de desgaste dental en un 18% de la muestra correspondiente a 159 estudiantes; con respecto a la presencia de desgaste dental entre el sexo femenino y masculino, se encontró mayor predominancia en el sexo masculino con el 10%; 93 estudiantes, existiendo muy poca diferencia con el género femenino, respecto a los grupos etarios la edad de 18 – 24 años presentó la mayor cantidad de individuos con desgaste dental con un 15%; también se pudo constatar que dentro de los tipos de desgastes presentes en la población, el que se presentó con mayor frecuencia fue la atrición con un porcentaje del 11%, seguido por la abrasión (3%), la erosión (3%) y la abfracción (1%).

Palabras claves: Desgaste dental, Prevalencia.

Abstracts

The present study aimed to determine the prevalence of tooth wear in the students of the National University of Loja modality, at ages 18-30 years in the period May-July 2014, for this sample of 894 was collected individuals.

The method used was quantitative, observational, and bibliographic field to determine the prevalence of tooth wear.

Results showed prevalence of tooth wear in 18% of the sample corresponding to 159 students; regarding the presence of tooth wear between female and male greater predominance in males found 10%; 93 students, with very little difference with the female gender, age groups regarding the age of 18 - 24 years had the highest number of individuals with dental wear with 15%; could also see that within the types of wear present in the population, which was presented more frequently with an attrition rate of 11%, followed by abrasion (3%), erosion (3%) and abfraction (1%).

Keywords: dental wear, Prevalence.

c) **INTRODUCCIÓN**

Las piezas dentarias cumplen un papel determinante, las actividades que implican poner en contacto los dientes con diversos tipos de materiales producen señales y marcas en las superficies dentales; produciendo alteraciones que quedan marcadas según la intensidad de estas actividades, es decir se produce un desgaste dental (Wilson Garone F, 2010).

El desgaste dental es “un proceso lento, gradual y fisiológico del esmalte y en algunos casos de la dentina, puede darse por el contacto de diente con diente durante la masticación, o por el raspado o púlido proveniente de objetos extraños o sustancias introducidas a la boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de tejidos duros, varía según la edad, la potencia masticatoria, el grado de mineralización del esmalte y la resistencia periodontal” (Addy 2006); sin embargo, el desgaste más allá de lo fisiológico; se considera en la actualidad como un factor patológico.

Sin lugar a dudas los cambios de estilo de vida y los hábitos alimenticios actuales han conllevado a aumentar el desgaste dental; (Grippio 2004), al respecto indica que “con la industrialización de los alimentos, las bebidas carbonadas, el mayor uso de medicamentos; y, la búsqueda de la belleza corporal, en la que se aplica dietas altamente ácidas (frutas y verduras), han hecho que la pérdida de tejido dental por desgaste vaya en aumento, volviéndose una patología multifactorial”.

Las cifras de Prevalencia sugieren que el desgaste dental debe ser el cuarto factor de riesgo para la estética, la funcionalidad y longevidad de la dentición, después del trauma agudo, la caries y las enfermedades periodontales, considerado como un trastorno destructivo dentario más común no diagnosticado que en estadios severos puede causar dolor, hipersensibilidad dental, malestar en la musculatura, y en la región de las articulaciones temporomandibulares (Litonjua 2003).

Barranca EA, Lara PE, & González D.E (2006), realizaron un estudio en 78 universitarios con desgaste dental; 24 femeninos (30.76%) y 54 masculinos (69.23%); que perciben el desgaste dental 65 casos (83.33%); 22 femeninos (34.92%) con edad media de 22 años, 41 masculinos (65.07%) con edad media de 30 años y los que no percibían hasta ese momento el desgaste dental 15 casos (19.23%).

Son pocos los estudios sobre desgaste dental, de allí la importancia de realizar la presente investigación, con el fin de obtener datos acerca de la prevalencia de desgaste dental en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja mediante la identificación y el diagnóstico respectivo.

De esta manera se pudo constatar que la prevalencia de desgaste dental es del 18% un total de 159 estudiantes, siendo más común en las edades de 18 a 24 años con un 15% y en el sexo masculino con un 10%, refiriéndonos a los tipos de desgaste los que se presentaron con mayor frecuencia fueron la atrición con un porcentaje del 11%, seguida por la abrasión 3%, la erosión 3% y la abfracción 1%.

d) REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPITULO I

1.- DESGASTE DENTAL

1.1 DEFINICIÓN.

Históricamente, la razón más común para la pérdida de tejido duro dental ha sido la caries, desde la introducción del flúor, la prevalencia, incidencia y severidad de la caries ha disminuido y el tiempo de vida dental se ha incrementado, uno de los problemas más comunes asociados a este prolongado tiempo de vida es el desgaste dental, este es un proceso destructivo, no carioso, e irreversible, el cual resulta en una pérdida funcional del tejido duro dental, se puede manifestar como abrasión, atrición, abfracción o erosión (Negroni, 2009).



FIG: 1; DESGASTE DENTAL.

FUENTE: Zerón, 2009.

En muchas ocasiones este desgaste pasa desapercibido a nivel oclusal por el desgaste fisiológico propio del avance de los años, estas lesiones adquieren un conjunto de características peculiares entre ellas el de una etiología no infecciosa y por ello se les nombra lesiones no cariosas (Tortolini, 2012).

1.2 LOCALIZACIÓN:

El desgaste dental lingual, es desarrollado “por la acción del ácido de origen gástrico con el aporte de la abrasión provocada por la lengua y el cepillado; los desgastes vestibulares son provocados por el ácido propio del jugo gástrico que llega a la boca a través del vomito de la regurgitación generalmente suelen abarcar toda la cara vestibular de los premolares y caninos inferiores” (Flores Fraustro, 2009).



FIG: 2; DESGASTE DENTAL LINGUAL.

FUENTE: Okenson, 2011.

También se presentan los desgastes vestibulares parciales que se desarrollan en el tercio medio de dichas caras, principalmente en los dientes anterosuperiores debido al consumo exagerado de frutas muy erosivas como el limón y la toronja, de igual manera por medicamentos muy erosivos, en forma de comprimidos masticables o pastillas efervescentes, así como por bebidas deportivas tomadas directamente de la botella en momentos de bajo flujo salival (Flores Fraustro, 2009).



FIG: 3; DESGASTE VESTIBULAR.

FUENTE: Ringelberg, 1996.



FIG 4: DESGASTE VESTIBULAR POR FRUTAS.

FUENTE: WC Lee, 2011.

Los desgastes linguales o vestibulares se desarrollan en zonas que no sufren tensiones, es decir que su formación depende únicamente de la acción de un ácido fuerte, este desmineraliza amplias superficies sobre las cuales actúa, logrando su reblandecimiento y con ello condicionando su posterior eliminación por medio de episodios abrasivos bien sea por el cepillado o por su contacto con los tejidos blandos (Chan Rodríguez J, 2009).



FIG: 5 DESGASTE VESTIBULAR.

FUENTE: Kubo, 2006.

Zerón (2009), afirma que “los desgastes más frecuentes son los oclusales y los cervicales que se desarrollan en zonas de baja tensión, el grupo de desgastes cervicales es provocado por los esfuerzos que se aplican en las caras oclusales y a la consecuente concentración de tensiones en la zona más estrecha del diente, sin embargo este esfuerzo que incide en las caras oclusales no desarrolla el desgaste cervical tan solo establece que una región específica del diente se vuelva más susceptible a la disolución ácida la misma que usualmente se halla relacionada con determinados líquidos tales como jugos de frutas, refrescos gasificados y vinos”, los desgastes cervicales angulados que están vinculados a cargas oclusales que desarrollan componentes horizontales, que generan una gran concentración de tensiones en forma angulada y los desgastes cervicales redondeados relacionadas a cargas oclusales que por estar orientadas siguiendo el eje axial del diente

generan tensiones más ligeras que se distribuyen en un área redondeada cuya desmineralización depende entonces de la acción de ácidos algo más erosivos



FIG: 6; DESGASTE INCISAL.

FUENTE: Jiang, 2011.

Los desgastes oclusales, que sobrevienen en las superficies que los dientes inferiores hacen contacto con los superiores, se advierte de inmediato que se trata de “desgastes en los que en general el agente etiológico está dado por los dientes antagonistas mediante un mecanismo de desgaste por atrición, que inicialmente se manifiesta como una faceta plana en el esmalte, con progreso crónico que pudiese llegar a vencer la barrera del esmalte y si al mismo tiempo actúa un componente ácido, se producirá una profundización más rápida en la región de la dentina, estableciendo un tipo de desgaste oclusal en forma cóncava” (Tortolini 2011, Collet. 2006).

1.3 ETIOLOGÍA:

Wilson Garone, (2010) considera como “un desafío para la odontología solucionar los problemas relacionados con el desgaste dental pues su característica multifactorial determina una enorme complejidad, la mayoría de veces el desgaste se produce por la concurrencia de dos o más factores mejor dicho por la interacción entre ellos incrementando así la magnitud de la pérdida de la estructura dental”.

El mismo autor indica que estos factores etiológicos son extrínsecos, intrínsecos e idiopáticos dentro de los extrínsecos se cita al campo Ocupacional o medioambiental refiriéndonos a personas que laboran en industrias de baterías, galvanizados, laboratorios químicos, enólogos, o que practican ciertos deportes como los nadadores profesionales también se menciona la dieta y el estilo de vida cuando existe el consumo de cítricos, zumos de frutas, bebidas carbonatadas, dietéticas e isotónicas, vinos, vinagre, conservas, dentro de los intrínsecos encontramos medicamentos como broncodilatadores, ácido acetilsalicílico, vitamina C, suplementos de hierro, preparados de ácido clorhídrico, productos de higiene oral con quelantes de calcio, etc.

Zero (2010) menciona como factores intrínsecos a “las alteraciones gastrointestinales como la úlcera péptica, gastritis crónica, hernia de hiato, alteraciones del sistema nervioso central cuando existe presión intracraneal elevada como la encefalitis, neoplasma, alteraciones neurológicas como las migrañas, alteraciones metabólicas o endocrinas como la cetoacidosis diabética hipertiroidismo, o también lo atribuye a efectos colaterales de algunos fármacos como agentes quimioterapéuticos, estrógenos, también menciona al alcoholismo crónico, embarazo, anorexia, bulimia u otros trastornos de la alimentación”.

CAPITULO 2

2.- TIPOS DE DESGASTE DENTAL

2.1 ATRICIÓN.

2.1.1 DEFINICIÓN.

Barrancos Mooney, Patricio J. (2006), indica que el termino atrición proviene del latín atterre, atrivi, attritum, que significa frotar contra algo a atrición dental se define como el

desgaste fisiológico del diente debido al contacto de las superficies oclusales e incisales, como a las superficies interproximales, es el desgaste dental producido por el contacto entre los dientes sin la presencia de alimentos.



FIG: 7; ATRICIÓN.

FUENTE: Kaidonis, 2008.

Barrancos Mooney, Patricio J (2006), lo define como “el desgaste causado por materiales endógenos; como partículas microfinas de los prismas de esmalte atrapados entre las superficies de dos dientes oponentes”. Los prismas de esmalte se desmenuzan y quedan atrapados al chocar las superficies dentales entre sí, produciendo unas estriaciones paralelas típicas bajo el microscopio.



FIG: 8; ATRICIÓN.

FUENTE: Jiang, 2011.

Kaidonis JA, Richards LG & Townsend GC. (2011), enuncian que “este contacto ocurre cuando los dientes contactan entre sí, por ejemplo, durante la deglución o el habla, y el desgaste resultante se produce en la caras oclusales y los bordes incisales y las cúspides de los molares, se manifiesta mediante la aparición de facetas de desgaste, es decir, superficies dentales lisas perfectamente pulidas que coinciden con el diente antagonista”.

Fernández (2010), menciona que la atrición se “localiza principalmente en los bordes incisales y las cúspides de los molares, en atriciones severas se expone el tejido dentinario que, al ser más blando y menos mineralizado que el esmalte, incrementa el índice de atrición”, este tipo de desgaste en los dientes anteroinferiores es uno de los problemas más comunes no tratados, el primer lugar en ser visto es en los dientes posteriores donde las interferencias de las vertientes deflectivas a la relación céntrica son las causas más frecuentes de un deslizamiento hacia delante de la mandíbula durante el cierre a la máxima intercuspidación., esto fuerza los dientes anteroinferiores hacia delante en colisión con los dientes anterosuperiores, los músculos responden intentando borrar las superficies dentales colindantes a través del rechinar o de frotamientos parafuncionales.

La destrucción de los bordes incisales inferiores nunca se debe permitir que progrese a un grado tan severo porque las implicaciones apuntan a requerimientos más complejos si no son corregidos tempranamente; “la segunda causa más común para este tipo de desgaste es la interferencia directa de los dientes anteroinferiores que completa el cierre en la relación céntrica, esto siempre será virtualmente el resultado de restauraciones incorrectas en los dientes anteroinferiores o la colocación incorrecta en los dientes anteriores”, la interferencia a la cobertura de la función mandibular es también un potente desencadenante del desgaste dental (Dawson, 2009).

2.1.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Juan T. Gómez (2009) refiere que “clínicamente este tipo de pérdida de sustancia se observa como formación de facetas, que consiste en una superficie plana con un borde circunscrito y perfectamente definido de aspecto brillante y pulido”, se observa unas estriaciones finas y paralelas en una única dirección y dentro de los límites de la faceta, esta se corresponde exactamente con otra en un diente de la arcada contraria y sus

estriaciones paralelas se disponen en la misma dirección. “El grado de atrición se asocia con el “envejecimiento” de las piezas dentarias (Negroni, 2009).



FIG: 9; ATRICIÓN EN UN DIENTE EXTRAIDO.
FUENTE: Addy, 2011.

2.1.3 TRATAMIENTO:

La atrición como fenómeno fisiológico no requiere tratamiento, pero si la pérdida de estructura del diente es considerable será necesario e indicado realizar al paciente una férula de descarga, que tiene como objetivo modificar la oclusión del paciente temporalmente, consiste en un aparato de resina que se coloca en una de las arcadas dentarias para evitar que entren en contacto unos dientes con otros, para llevar la mandíbula a una posición articularmente adecuada cuando se muerde sobre ella, bien para “olvidar” las posiciones mandibulares inadecuadas e incorrectas de los dientes cuando se mantienen apretados, o bien para evitar el desgaste de los dientes (bruxismo), ya que la resina de la placa es más blanda y desgastable que éstos (Garone, 2010).

Si el paciente tiene una pérdida muy importante, habrá que considerar la realización de una rehabilitación oral protésica completa para reponer la función de las piezas afectadas y de

la estética, hacer seguimiento, cambiar los factores etiológicos, ver la causa por la que se produce la atrición, los pacientes deben de cambiar sus hábitos alimenticios y no consumir alimentos que ayudan a la erosión de los dientes (Kaidonis, 2011).

2.2 ABRASIÓN.

2.2.1 DEFINICIÓN.

Proviene del verbo en latín *abradere* que significa raspar, “es el desgaste de la estructura dentaria causada por frotado raspado o pulido provenientes de objetos extraños o sustancias introducidas en la boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros, es más frecuentemente por vestibular y desde canino a primer molar, los más afectados son los premolares del maxilar superior” (Cuniberti de Rossi, 2009).



FIG: 10; ABRASIÓN.

FUENTE: Collet, 2011.

Es provocada por el cepillado con pastas abrasivas se tomará en cuenta la técnica, la fuerza, la frecuencia, el tiempo y la localización del inicio del cepillado, las lesiones suelen ser más importantes en la hemiarcada opuesta a la mano lábil utilizada por el individuo para tomar el cepillo, también puede observarse que el desgaste es más intenso en los dientes más prominentes de la arcada como por ejemplo los caninos (Dawson, 2009)

Bartlett DW (2010) afirma que a lo largo de la evolución sociocultural el hombre y la ciencia han ido modificando los elementos y hábitos de higiene, las pastas dentales están compuestas por un detergente, un abrasivo de mayor o menor poder conforme al efecto que desea lograrse, agentes para saborizar y sustancias para facilitar su preparación, los abrasivos que integran la composición de los dentífricos son el carbonato de calcio, el óxido de aluminio, la sílica hidratada y el bicarbonato de sodio el mismo que se indicaría para “blanqueamiento dental”; en la realidad pulen la superficie y, de esta forma, quitarían las manchas sobre el esmalte, en consecuencia, son pastas abrasivas.

Barreda Paredes (2010) menciona hábitos lesivos, como el interponer clavos entre los dientes y los labios (trabajadores de la construcción o zapateros), instrumentos musicales como la armónica y el polvo ambiental entre quienes trabajan con sustancias abrasivas (polvo de carborundum), son factores asociados al trabajo o profesión del individuo capaces de provocar la abrasión.

En los individuos que trabajan en contacto con sustancias abrasivas (polvos abrasivos), el elemento abrasivo se deposita en la cara vestibular del diente a pesar de que coronario al tercio cervical existe autolimpieza, el movimiento de los tejidos blandos con esta sustancia interpuesta entre ellos hace que el diente termine siendo abrasionado, aunque pueda estar atenuado por el barrido de la saliva, en el tercio cervical el abrasivo queda pegado, más aún si hay placa y, en el momento del cepillado junto con la pasta dental aumenta su capacidad abrasiva, por lo que se genera un círculo vicioso que favorece la pérdida de estructura dentaria por desgaste (Chan Rodríguez, 2012).

Collet, (2012) relata que “el uso de técnicas de higiene bucal inadecuadas con elementos incorrectos, así como también la instrumentación excesiva por acción de reiterados raspajes y alisados radiculares provoca la eliminación del cemento y la consecuente exposición de los túbulos dentinarios, que pueden generar hipersensibilidad”.

Zimmer y col, evaluaron la abrasión de la dentina que produce la profilaxis profesional con pastas abrasivas, concluyeron que la limpieza dentaria profesional no se la considera como factor de pérdida de estructura dentaria (Collet Am, et al 2012).

2.2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

La abrasión presenta un contorno indefinido, con una superficie dura y pulida, a veces con grietas, no presenta placa bacteriana ni manchas de coloración, el esmalte se ve liso, plano y brillante; la dentina expuesta se presenta extremadamente pulida, y la forma de la lesión es de plato amplio con márgenes no definidos y se acompaña de recesión gingival (Negroni, 2009).



FIG: 11; ABRASIÓN.
FUENTE: Jiang, 2011.

2.2.3 TRATAMIENTO:

Si se opta por la restauración, los ionómeros convencionales van acompañando al desgaste pero siguen manteniéndose adheridos a la preparación; por lo tanto, son aptos, ya que la unión química de la restauración con el diente es confiable (Barreda Paredes R, 2011).

Actualmente las recomendaciones para prevenir desgastes dentales se inclinan a usar cepillos de cerdas suaves dos veces al día, y evitar cepillarse al menos hasta una hora después del haber consumido una dieta ácida, tiempo probablemente razonable para que la película adquirida de origen salival estructure proteínas salivales que favorecen la remineralización diaria (Flores Fraustro NS, 2009).

2.3 ABFRACCIÓN.

2.3.1 DEFINICIÓN.

En 1984 Lee y Eackle realizaron un trabajo sobre fuerzas oclusales excéntricas, allí establecieron que la flexión que sufre el diente a nivel del tercio cervical y la fractura de la dentina trae como consecuencia el desprendimiento de los cristales de esmalte, con la consecuente lesión en forma de cuña en esta zona, se denomina abfracción a la “lesión en forma de cuña en LAC (límite amelocementario) causada por fuerzas oclusales excéntricas que llevan a la flexión dental” (Grippio JO, 2010).



FIG: 12 ABFRACCIÓN.
FUENTE: Negroni, 2009.

En el proceso de la masticación se presenta un momento donde el alimento se distribuye en oclusal y otro donde existe un contacto dentario en el cual se presentan fuerzas axiales, que se distribuyen a lo largo del periodonto sin producir daño alguno al disiparse en él, pueden también presentarse fuerzas horizontales, el componente lateral o excéntrico en

sentido vestibulo lingual de las fuerzas oclusales que aparecen durante la parafunción provoca un arqueamiento de la corona dentaria que forma fulcrum la región cervical, estas fuerzas parafuncionales se concentran en el límite amelocementario y flexionan el diente, por lo cual se las considera lesivas, en toda fuerza de este tipo deberá tomarse en cuenta la dirección, la magnitud, la frecuencia y el punto de aplicación (Fernández Tarazona, 2010).

El principio de Newton enuncia que “ante una fuerza existe una reacción en sentido opuesto, de la misma magnitud y a esta se le denomina tensión”, el diente se opondrá a dicha fuerza con una resistencia igual y en sentido contrario a la fuerza recibida; por lo tanto habrá tensión que se manifestará como fatiga en el tercio cervical con la flexión del diente, esta zona se encuentra anatómica e histológicamente desprotegida (Okeson, 2011).



FIG:13; ABFRACCIÓN.

FUENTE: Smith, 2008.

Entre los factores que hacen a esta zona más vulnerable son, el grosor del esmalte que tiene un espesor a 0,5 micrones., la angulación de sus prismas (de 106 grados), la presencia de poros y canales que existen entre los prismas del esmalte, a ellos se suma que la macro y micromorfología del esmalte en la región cervical demuestra vulnerabilidad frente a agresiones físicas y químicas, el estrés traccional en el LAC de la superficie vestibular provocaría fatiga, flexión y deformación del diente, por otro lado la dentina es más resistente a

la tracción que el esmalte (51,5 vs 10,3 megapascal), sin embargo se deforma elásticamente más que el esmalte y éste se desplazaría como una unidad rígida sobre ella, al ser el esmalte más delgado y poseer una especial estructura cristalina, no tolera ni la más pequeña deformación; por ello sería el primero en fracturarse, seguido del desprendimiento de las varillas adamantinas (Tortolini P, 2012).

2.3.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

La abfracción clínicamente tiene una forma de “cuña profunda con estrías y grietas, con ángulos ásperos, márgenes definidos, puede presentarse en múltiples superficies en una pieza y rara vez llega a ser circunferencial, puede presentarse en un grupo dentario, pero generalmente se ubica en la pieza dentaria que está sometida al proceso de flexión”, esta situación la muestra diferente a la abrasión y erosión que afectan varias piezas (Negroni, 2009).



FIG: 14; ABFRACCIÓN.
FUENTE: Zero, 2010.

2.3.3 TRATAMIENTO:

Ichim y col. (2007), refieren que el desgaste dental, la abfracción dental, requiere de tratamiento, pero hay una relativa pobre longevidad clínica (fracaso en el mecanismo de

retención del biomaterial utilizado) en el tratamiento restaurativo porque hay una continua pérdida de tejido duro (Zero, 2010).

Los materiales de ionómero de vidrio modificados con resina, con su alto promedio de retención, parece ser el material más apropiado para desgastes dentales causados por abfracción, a pesar de no tener las propiedades estéticas de los compuestos a base de resinas (Zero, 2010).

2.4 EROSIÓN

2.4.1 DEFINICIÓN

Deriva del verbo latino eroder que significa corroer, también llamada corrosión se define como la pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por acción química ante la presencia continua de agentes desmineralizantes especialmente ácidos y que no involucra la presencia de bacterias, la erosión es causada por agentes ácidos o quelantes de origen intrínseco o extrínseco, en forma prolongada y reiterada en el tiempo (Addy, 2011).



FIG: 15; EROSIÓN.

FUENTE: Collet, 2011.

La superficies más afectadas son las linguales, incisales y oclusales de las piezas dentales cuando el origen es el ácido clorhídrico proveniente del estómago, las superficies vestibulares están afectadas cuando se succionan alimentos con alto contenido de ácido cítrico

(limón, naranja, etc) o por acción de sustancias ácidas provenientes del medio laboral, posee una superficie defectuosa, suave, de aspecto ligeramente rugoso y opaco, tiene la forma de una superficie aplanada, el esmalte se ve liso, opaco, sin decoloración con periquematías ausentes y la matriz inorgánica desmineralizada, en la dentina los ácidos débiles actúan sobre el tejido intertubular y lo ácidos fuertes atacan la zona peritubular; consecuentemente quedan aberturas en forma de embudo, si se analizan otras caras del diente, ante la presencia del ácido las cúspides dentarias pueden aparecer erosionadas en forma de compa o cúspide invertida o redondeada y donde existen restauraciones, estas permanecen intactas, se presentan por encima de la estructura dentaria que lo rodea dando la sensación de que emergiera sobre el diente (Bartlett, 2011).

La erosión puede ser provocada por factores extrínsecos e intrínsecos, al hablar de los factores extrínsecos vamos abarcar los ácidos exógenos generalmente son de procedencia ocupacional, donde los trabajadores al estar expuestos a la influencia de vapores ambientales pueden presentar lesiones corrosivas; como por ejemplo los que afectan a los trabajadores de fábricas de baterías (ácido sulfúrico), galvanizados, fertilizantes, industrias químicas (ácido clorhídrico), con respecto a los enólogos, se ha comprobado que pueden llegar a catar alrededor de treinta clases de vinos diferentes por sesión, y la lesión se ubica en vestibular de incisivos superiores, la progresión de la lesión dependerá de los años transcurridos en la ocupación ejercida, otra de las causas son los nadadores por la incidencia de la cloración de las piscinas; se ubica siempre en vestibular de incisivos superiores e inferiores (Fernández Tarazona, 2010).

También debemos nombrar aquí a ciertos medicamentos como el consumo de vitamina C por la acción del ácido ascórbico sobre el esmalte, más aún, si el comprimido es efervescente, por la doble acción de la droga y el compuesto que genera la efervescencia, una potencia al otro, estudios demuestran que pastillas de nitroglicerina en pacientes con angina de pecho generan lesiones erosivas por su uso prolongado (Grippo, 2010).

Los diuréticos, antidepresivos, hipotensores, antieméticos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, algunos tranquilizantes, tratamientos citostáticos, así como también la

medicación usada para los asmáticos, actúan disminuyendo la cantidad de saliva; por lo tanto, se ve afectada la posibilidad de remineralización y neutralización ante la presencia de un elemento ácido (Garone, 2010).

Se menciona de igual manera la dieta considerándose como un factor muy importante, el agitar en la boca bebidas carbonatadas, moviendo rápidamente el líquido de la parte anterior a la posterior de la boca para reducir el gas y evitar la sensación desagradable que produce en la garganta, es la segunda causa principal de desgaste producido por la erosión, el término inglés utilizado para designar a este hábito, “coke-swishing”, se utiliza de forma genérica, dado que cualquier marca de bebida carbonatada tiene el mismo efecto, incluyendo las variedades sin azúcar, el patrón de desgaste cuantitativo y posicional revela que los dientes posteriores se ven afectados en mayor medida que los anteriores, debido a la posición de la lengua cuando se tiene este hábito, el primer molar mandibular, que normalmente sale a los seis años, es el más afectado debido a la fuerza de la gravedad y a que comienza a una temprana edad, debido a la protección que ofrece la posición de la lengua, los dientes mandibulares anteriores nunca se ven afectados, siempre se forman huecos o cráteres con los bordes del esmalte afilados, si existen reconstrucciones de amalgama, aparecerán elevadas, a diferencia de la regurgitación, los pacientes admitirán libremente tener el hábito de agitar bebidas carbonatadas en la boca y normalmente algún miembro de su familia se habrá quejado de este hábito (Zerón A, 2009).



FIG: 16; EFECTOS DEL COKE-SWISHING.
FUENTE: Zero, 2010.

Wongkhantee y col, demostraron que las bebidas deportivas y el jugo de naranja disminuyen significativamente la dureza de esmalte, pero no la de la dentina, ello es debido a las diferencias de composición de ambos tejidos duros, el esmalte está compuesto por 87% de sustancia inorgánica y es rápidamente disuelto en medio ácido, la dentina tiene solo un 47 % de sustancia inorgánica; por eso es menos susceptible al ataque ácido (Grippe, 2010).

Según Smith (2008), los pacientes con dietas vegetarianas y aquellos que informaron consumir frutos cítricos, refrescos, alcohol, yogur y bebidas de vitamina C se asociaron con la presencia de lesiones, al igual masticar fruta durante largo tiempo, es la tercera causa principal de desgaste como consecuencia de la erosión, es un hábito que se suele observar en pacientes preocupados por su salud, que consumen fruta durante todo el día, tardando en tragar la pulpa de la fruta para poder masticarla con los dientes, de forma similar al patrón de rumiado de una vaca, estos pacientes suelen ser vegetarianos y cepillarse los dientes con gran vigor, debido a un elevado nivel de estrés, el patrón de desgaste cuantitativo y posicional es similar al provocado por el hábito de agitar bebidas carbonatadas en la boca; los dientes posteriores se ven más afectados que los anteriores, debido a la posición de la pulpa de la fruta cítrica que el paciente mastica, no obstante, durante este proceso de masticado, la pulpa ácida contacta con los dientes posteriores maxilares y mandibulares al mismo tiempo, causando así una pérdida de estructura dental similar, lo que diferencia al hábito de masticar fruta y al de agitar bebidas carbonatadas en la boca, siempre existe una formación de huecos o cráteres, pero con los bordes del esmalte desgastados por el proceso de masticado/rozamiento, si existen reconstrucciones de amalgama, aparecerán elevadas.

Existen sólidas pruebas que sugieren que la forma en la que se consumen las bebidas o los alimentos ácidos es más importante que la cantidad general, mantener, mover o retener en la boca bebidas y alimentos ácidos prolonga la exposición al ácido de los dientes, aumentando el riesgo de erosión, estos hábitos destructivos se caracterizan por mantener refrescos en la boca, permitiendo que bañen los dientes, o hacerlos pasar entre los dientes para reducir el gas de la bebida durante varios minutos, antes de tragarla, algunos individuos afirman que solamente consumen una pequeña cantidad, por ejemplo una lata (unos 33 cl) al día, pero dando pequeños sorbitos con frecuencia durante todo el día (Tortolini, 2011).

Refiriéndonos a los factores intrínsecos encontramos los somáticos o involuntarios también llamados psicósomáticos, aquí figura la presencia del jugo gástrico en boca, que puede ser por regurgitación o por vómito, el reflujo gastroesofágico es una condición fisiológica que suele estar presente en muchos individuos, las condiciones que permiten el reflujo son: la relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, las alteraciones anatómicas de la unión gastroesofágica, como por ejemplo la hernia hiatal o la presencia de un esfínter hipotenso; además, se presenta en el embarazo, el alcoholismo y las úlceras (Tortolini, 2011).

Las mujeres embarazadas son las que presentan este síntoma, el material fluido puede ser bilis o jugo pancreático, la acción del ácido proveniente del reflujo es más prolongada, lenta, silenciosa y espontánea, se mezcla con la comida y generalmente es desconocida por el paciente esto viene provocado por la acción del flujo ácido en el proyectil y por la posición de la lengua cuando esto ocurre, con la regurgitación, el ácido disuelve la estructura de los dientes de manera amorfa desde el margen libre de las encías sobre la superficie lingual de los dientes maxilares anteriores, los dientes maxilares posteriores se ven más afectados que los mandibulares posteriores, particularmente en las superficies palatales, los dientes mandibulares anteriores nunca se ven afectados, dado que están protegidos por la lengua, la formación de huecos o cráteres es bastante frecuente (Zerón A. 2009).



FIG: 17; REGURGITACIÓN EN EL EMBARAZO.
FUENTE: Varillas, 2003.

En los respiradores bucales la erosión se ve agravada por la presencia del ácido, la reducción del flujo salival y la sequedad del esmalte, el contenido del jugo gástrico que aparece en la cavidad bucal está formado por ácido hidroclorehidrico, pepsina, sales, sales biliares, y tripsina, en la erosión, la dentina expuesta es producto de la disolución del esmalte por acción del ácido clorhídrico y la pepsina (enzima proteolítica del jugo gástrico), la cantidad, la calidad, y el tiempo de material corrosivo que permanece en contacto con los dientes es el causante del daño (Collet, 2012).



FIG: 18; RESPIRADOR BUCAL.

FUENTE: Montenegro, 2011.

La saliva, por su pH alcalino, tiende a neutralizar la acidez provocada por el reflujo, ocasionalmente la acidez puede resultar ser demasiado elevada y la saliva ser incapaz de neutralizarla, el grado de acidez es tan alto que se ha demostrado que en el dorso de la lengua habita el *Helicobacter pylori*, bacteria responsable de la úlcera gástrica y duodenal, en consecuencia, el ácido causa la desmineralización en las zonas donde primero contacta (Zerón, 2009).

Refiriendonos a los factores psicossomáticos o voluntarios aparecen los disturbios alimenticios, como la anorexia y la bulimia (Cuniberti de Rossi, 2009).

La Bulimia también llamada síndrome de comer y vomitar compulsivamente es un desorden psiquiátrico donde la frecuente regurgitación forzada y el vómito provocan la disolución ácida de las superficies dentarias expuestas, lo cual tiene efectos devastadores (Zerón, 2009).

La mayor incidencia se ve en mujeres jóvenes, las cuales están obsesionadas por mantener su figura, comen compulsivamente y recurren al vómito para controlar el peso, los principales efectos odontológicos de la bulimia son: alteración de las glándulas salivales, consecuentemente hay xerostomía, decoloración y erosión en el esmalte dentario (Barranca, 2008).



FIG: 19; BULIMIA.

FUENTE: Kubo, 2006.

Dichas lesiones se presentan siempre en caras palatinas superiores, excepto en lingual de incisivos inferiores, ya que la lengua protege dichas caras en el momento del vómito, el efecto químico del contenido gástrico vomitado o regurgitado de forma crónica, sumando al efecto mecánico de los movimientos de la lengua, produce una pérdida del esmalte o dentina llamada perimólisis o perimilolisis, estos términos proviene del latín, peri: alrededor: milo: muela y lisis: destrucción (Cuniberti de Rossi, 2009).



FIG: 20; DESGASTE DE CARAS PALATINAS.

FUENTE: Collet, 2012.

La manifestación clínica de la erosión se presenta cuando el ácido gástrico ha actuado en los tejidos dentarios regularmente, varias veces por semana, en un período de hasta aproximadamente 1 a 2 años, a su vez Jarvinen y col., Scheutzel, Penaut col., y Staninec encontraron que no sólo estaban relacionadas con la duración y la frecuencia del vómito o regurgitación, sino también con los hábitos de higiene oral del paciente después de estar expuesto a la presencia del ácido gástrico (Flores Fraustro, 2009).

Los bulímicos y los anoréxicos presentan xerostomía, en los primeros es ocasionado por el vómito, se ha reportado una importante disminución de la tasa-flujo de saliva no estimulada, los anoréxicos recurren a maniobras para atrofiar las papilas gustativas con el fin de evitar el placer de la comida, como por ejemplo la preparación de una mezcla de mostaza y jugo de limón que actúa en forma sinérgica para la erosión con la disminución de la saliva (Grippo, 2010).

2.4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Están afectadas las superficies linguales, incisales y oclusales de las piezas dentales cuando el origen es el ácido clorhídrico proveniente del estómago, las superficies vestibulares están afectadas cuando se succionan alimentos con alto contenido de ácido cítrico (limón, naranja, pomelo, etc.) o por acción de sustancias ácidas provenientes de medio laboral (Negroni, 2009).



FIG: 21; DESGASTE CARAS OCLUSALES

FUENTE: Fernández, 2010.

Posee una superficie defectuosa, suave, de aspecto ligeramente rugoso y opaco, tiene la forma de una superficie aplanada, el esmalte se ve liso, opaco, sin decoloración con periquematías ausentes y la matriz inorgánica desmineralizada, en la dentina los ácidos débiles actúan sobre el tejido intertubular y lo ácidos fuertes atacan la zona peritubular; consecuentemente quedan aberturas en forma de embudo (Tortolini, 2011).

2.4.3 TRATAMIENTO:

Todo tratamiento de rehabilitación dental debe ser realizado después de inactivar las erosiones, como por ejemplo modificar la oportunidad del cepillado (nunca inmediatamente después del vómito), reemplazar pastas dentales convencionales por geles fluorados, colutorios con sustancias neutralizantes del pH como el bicarbonato, e incentivar el consumo de goma de mascar para aumentar la cantidad de saliva, especialmente aquellos chicles que contengan carbamida (úrea), con la finalidad de aumentar la capacidad de tampón de la saliva (Flores Fraustro, 2009).

Kubo y col., en el 2006, manifiestan que las cavidades no son retentivas en la forma y los márgenes están en las capas de la dentina que es esclerótica o en el cemento, lo cual es desfavorable para los procedimientos restaurativos, sin embargo, las restauraciones son necesarias para aliviar la hipersensibilidad dental y prevenir más pérdida de estructura dental además de influir en la estética.

e) MATERIALES Y MÉTODOS.

Se considera una investigación cuantitativa ya que se basó en la asociación o relación entre variables cuantificadas con métodos matemáticos y estadísticos; se utilizó una fórmula la cual divide el número de casos existentes por el número total de individuos (Ct/Nt), que permitió conocer la prevalencia de desgaste dental en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años., los resultados se expusieron de manera sistemática y se interpretaron objetivamente.

Se utilizó un estudio observacional ya que se observó atentamente el hecho o caso, tomé información y la registré para su posterior análisis, la observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos, gran parte del acervo de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación

La investigación se desarrolló directamente en la Universidad Nacional de Loja por ello se consideró como un estudio de campo, se mantuvo una relación directa con las fuentes de información tanto a nivel general como individual, y también en este ambiente se llevó a cabo la realización de diagnósticos odontológicos.

La base teórica, se la sustentó mediante consultas a: fuentes bibliográficas, textos, revistas, apuntes, documentos varios, así como también fuentes informáticas e Internet, considerándose una investigación bibliográfica.

El universo de esta investigación lo constituyeron los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial, de las Carreras de la UNL, que corresponden a 8228, de allí se tomó una muestra que es de 894 estudiantes que constituyó el 9% del universo, misma que se la definió utilizando el programa EPIINFO, con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%; de la muestra 765 estaban entre las edades de 18 a 24 años, 129 entre los 25 y 30, con respecto al género encontramos 442 hombres y 452 mujeres.

Fueron considerados dentro de los criterios de inclusión los estudiantes legalmente matriculados en la UNL en cualquiera de las carreras, comprendidos en edades de 18-30 años de edad cumplidos al 1 de Mayo de 2014 y que desearon participar expresando su consentimiento por escrito.

Dentro del criterio de exclusión estuvieron los estudiantes que no se encontraban legalmente matriculados, menores de 18 años y mayores de 30 años cumplidos al 1 de mayo de 2014, los que no desearon participar en la investigación, incapacitados de realizarse el examen odontológico, y pacientes portadores de ortodoncia fija.

Para la realización de la investigación se utilizó una Historia Clínica Odontológica, y fotografías intraorales, de esta manera se recopiló datos informativos de diagnóstico odontológico.

Una vez que se contó con la aprobación pertinente por parte de las distintas autoridades, con horarios y listas de los estudiantes y de haber constituido la muestra aleatoriamente tanto en hombres como en mujeres, se les hizo firmar un consentimiento

informado que fue llenado por aquellas personas que desearon participar voluntariamente en esta investigación y se procedió a realizar el respectivo diagnóstico clínico odontológico, utilizando la luz artificial y llenado de datos complementarios de la historia clínica respectiva, pudiendo así determinar la existencia de desgaste dental, el estudio fue basado en las bases científicas de Negroni 2009, con este sustento se pudo realizar un diagnóstico exitoso.

DESGASTE DENTAL	CONCEPTO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
ATRICIÓN	Desgaste fisiológico del diente debido al contacto de las superficies oclusales e incisales	Formación de facetas, que consiste en una superficie plana con un borde circunscrito y perfectamente definido de aspecto brillante y púlida.
ABRASIÓN	Desgaste de la estructura dentaria causada por frotado raspado o pulido 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	Contorno indefinido, con una superficie dura y pulida, a veces con grietas, no presenta placa bacteriana ni manchas de coloración, el esmalte se ve liso, plano y brillante; la dentina expuesta se presenta extremadamente pulida, y la forma de la lesión es de plato amplio con márgenes no definidos y se acompaña de recesión gingival
ABFRACCIÓN	Lesión en forma de cuña causada por fuerzas	Clínicamente tiene una forma de cuña profunda con estrías y grietas, con

	oclusales excéntricas que llevan a la flexión dental.	ángulos ásperos, márgenes definidos, puede presentarse en múltiples superficies en una pieza y rara vez llega a ser circunferencial
EROSIÓN	Se define como la pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por acción química ante la presencia continua de agentes desmineralizantes especialmente ácidos.	Posee una superficie defectuosa, suave, de aspecto ligeramente rugoso y opaco, tiene la forma de una superficie aplanada, el esmalte se ve liso, opaco, sin decoloración.

FUENTE: NEGRONI Martha. Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica, Capítulo 18. Editorial Médica Panamericana, 2009

Finalizado el diagnóstico se precedió a la toma fotográfica intraoral con espejos intrabucales nichrominox.

Una vez obtenida diariamente esta información fue remitida a los digitadores que introdujeron los datos en el programa de EPIINFO, con una plantilla previamente diseñada.

f) RESULTADOS

Desgaste dental, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

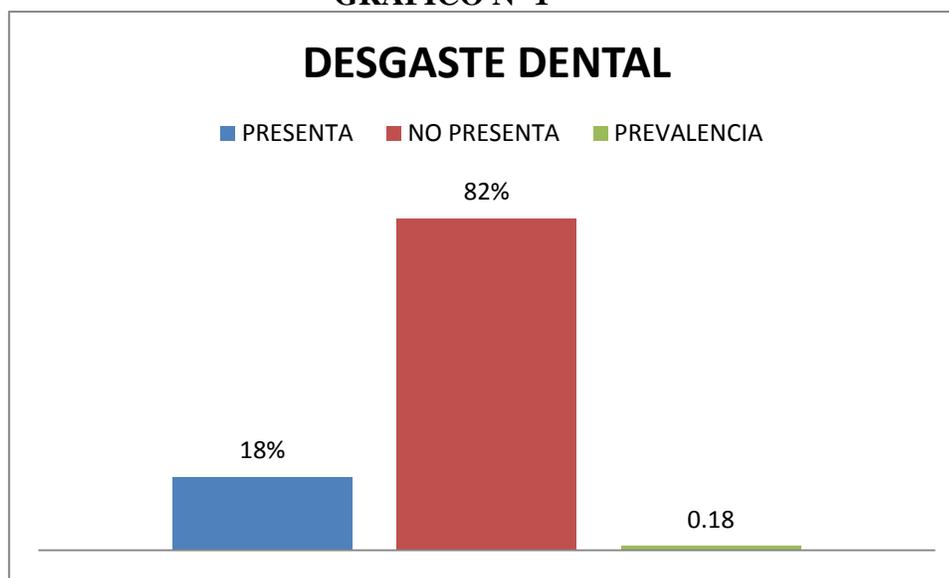
TABLA N° 1

DESGASTE DENTAL	F	%	PREVALENCIA
PRESENTA	159	18	0.18
NO PRESENTA	735	82	0.82
TOTAL	894	100	1

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 1



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

El 18% de los estudiantes presentan desgaste dental, es decir 159 estudiantes; mientras que el 82% (735) alumnos, no presentan desgaste dental; lo que determina que la prevalencia de desgaste dental es de 0.18.

Desgaste dental, por estratos de edad, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

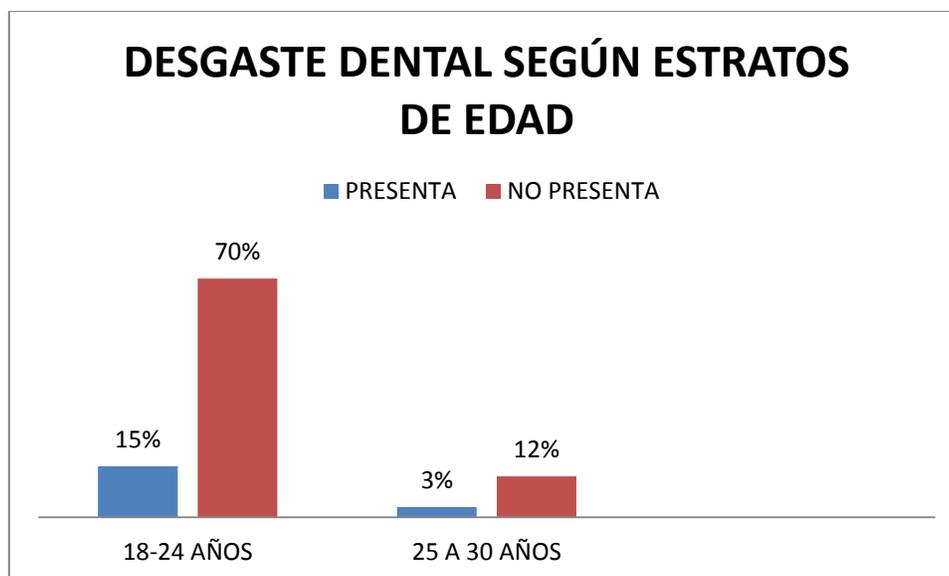
TABLA N° 2

ESTRATO DE EDAD	18-24 AÑOS		25 A 30 AÑOS		Total	
	F	%	F	%	F	%
PRESENTA	129	15	30	3	159	18
NO PRESENTA	636	70	99	12	735	82
TOTAL	765	85	129	15	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

GRÁFICO N° 2



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

En los estratos de edad comprendido entre 18 a 24 años de los estudiantes investigados el 15% (129) alumnos presentan desgaste dental, mientras que el 70% (636) no tienen desgaste dental, para el estrato de edad de 25 a 30 años, se observa que el 3% (30) estudiantes presentan desgaste dental, y el 12% (99) no lo presentan.

Desgaste dental, según género, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

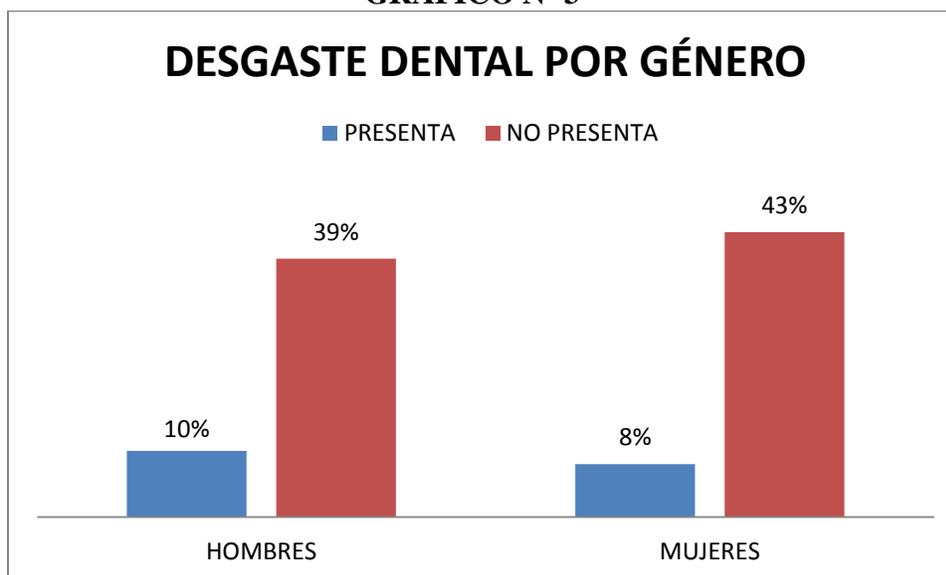
TABLA N° 3

GÉNERO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
DESGASTE DENTAL	F	%	F	%	F	%
PRESENTA	93	10	66	8	159	18
NO PRESENTA	349	39	386	43	735	82
TOTAL	442	49	452	51	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluza Villalta.

GRÁFICO N° 3



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluza Villalta.

INTERPRETACIÓN

El desgaste dental por género se observa que el 10% (93) hombres presentan desgaste dental, mientras que el 39% (349) no presentan, en el género femenino el 8% (66) mujeres presentan desgaste dental, y el 43% (386) estudiantes no presentan.

Atrición, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

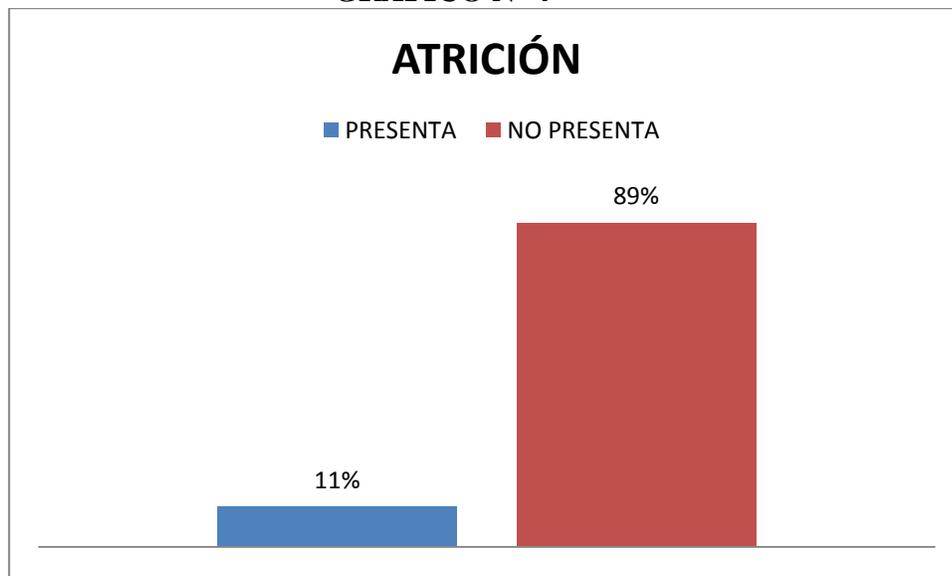
TABLA N° 4

ATRICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENTA	101	11%
NO PRESENTA	793	89%
TOTAL	894	100 %

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 4



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

La atrición en los estudiantes se observa el 11 % (101) alumnos presentan atrición, mientras que el 89% (793) no presentan atrición.

Atrición, por estratos de edad, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

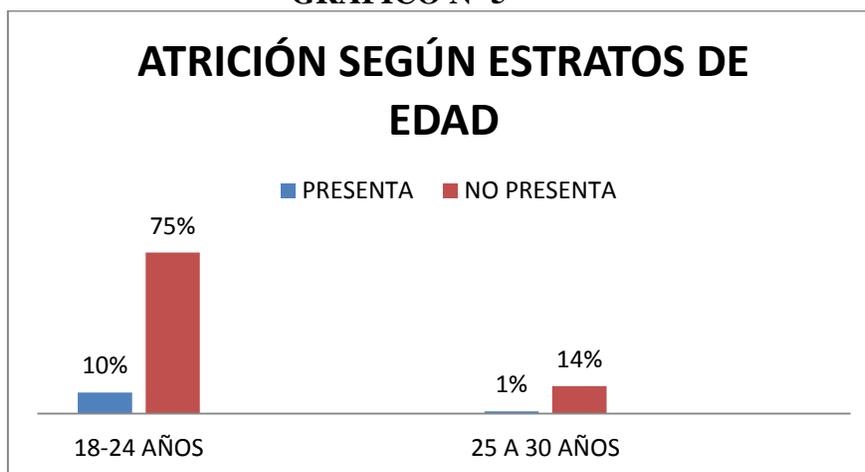
TABLA N° 5

ESTRATO DE EDAD	18-24 AÑOS		25 A 30 AÑOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ATRICIÓN PRESENTA	92	10	9	1	101	11
NO PRESENTA	673	75	120	14	793	89
TOTAL	765	85	129	15	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 5



FUENTE Historia Clínica Odontológica

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

INTERPRETACIÓN

En los estratos de edad comprendido entre 18 a 24 se encuentra la atrición en el 10%, (92) alumnos, mientras que el 75% (673) no tienen atrición, en el estrato comprendido de 25 a 30 años de edad presentan atrición el 1% (9) estudiantes, mientras que el 14% (120) estudiantes, no la presenta.

Atrición, según género, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

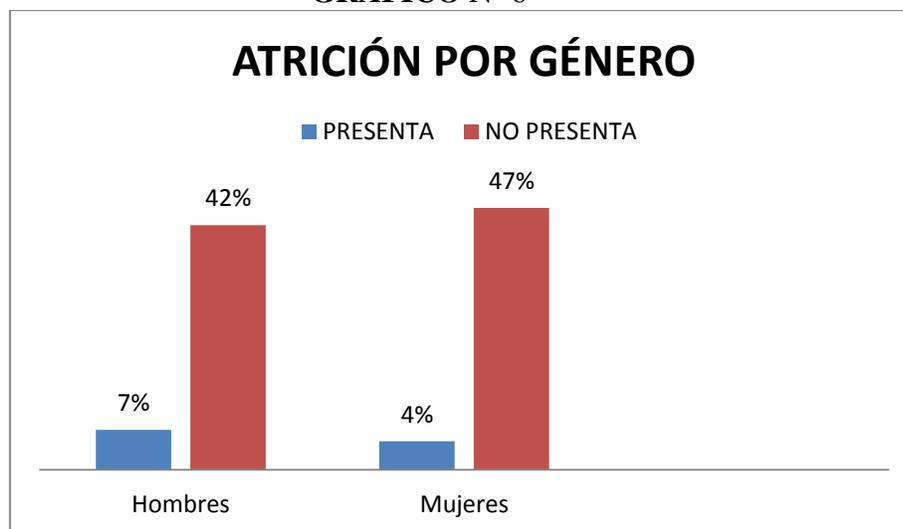
TABLA N° 6

GÉNERO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ATRICIÓN PRESENTA	60	7	41	4	101	11
ATRICIÓN NO PRESENTA	382	42	411	47	793	89
TOTAL	442	49	452	51	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 6



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

Según la atrición por género se observa que el 7% (60) hombres presentan atrición, mientras que el 42% (382) no presentan atrición, en cuanto a las mujeres en el 4% (41) se observó atrición, mientras que en el 47% (411) no la presentaban.

Abrasión, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

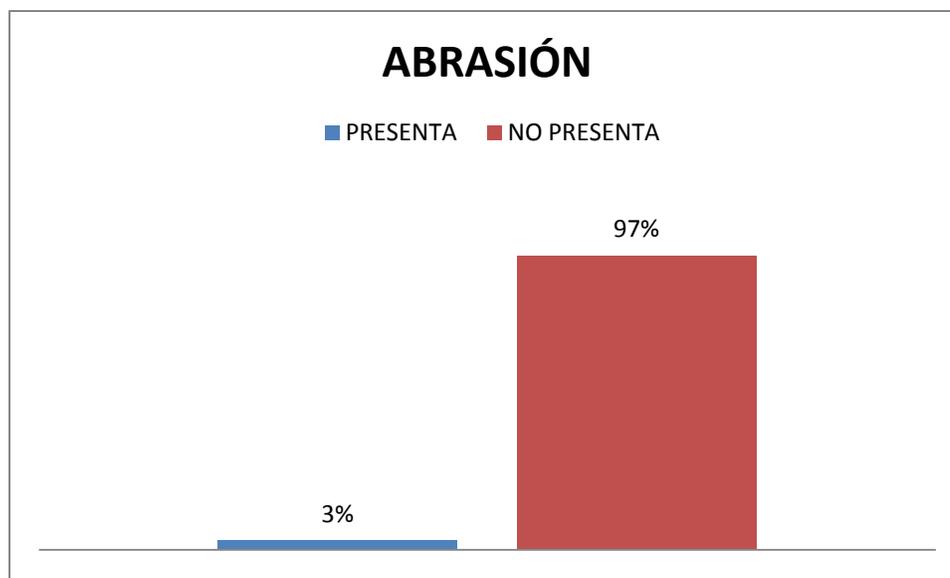
TABLA N° 7

ABRASIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENTA	27	3%
NO PRESENTA	867	97%
TOTAL	894	100 %

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 7



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

INTERPRETACIÓN

La abrasión en los estudiantes investigados se observa que el 3% (27) alumnos, mientras que el 97% (867) no se presentan.

Abrasión, por estratos de edad, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

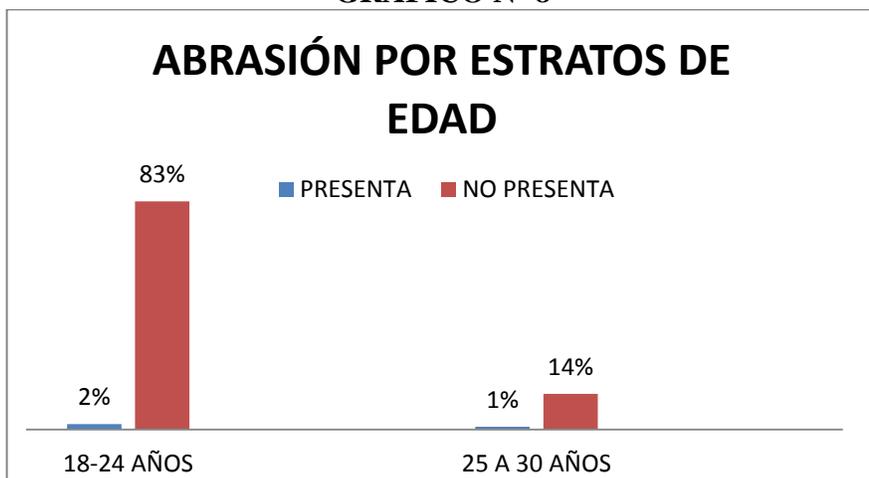
TABLA N° 8

ESTRATO DE EDAD	18-24 AÑOS		25 A 30 AÑOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ABRASIÓN PRESENTA	19	2	8	1	27	3
NO PRESENTA	746	83	121	14	867	97
Total	765	85	129	15	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 8



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

En los estratos de edad comprendido entre 18 a 24 años, el 2% (19) alumnos, presentan abrasión, mientras que el 83% (746) no la presentaron, en la edad comprendida entre 25 y 30 años se observó un porcentaje del 1% (8) estudiantes que presentan abrasión, y el 14% (121) no presentan.

Abrasión según género, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

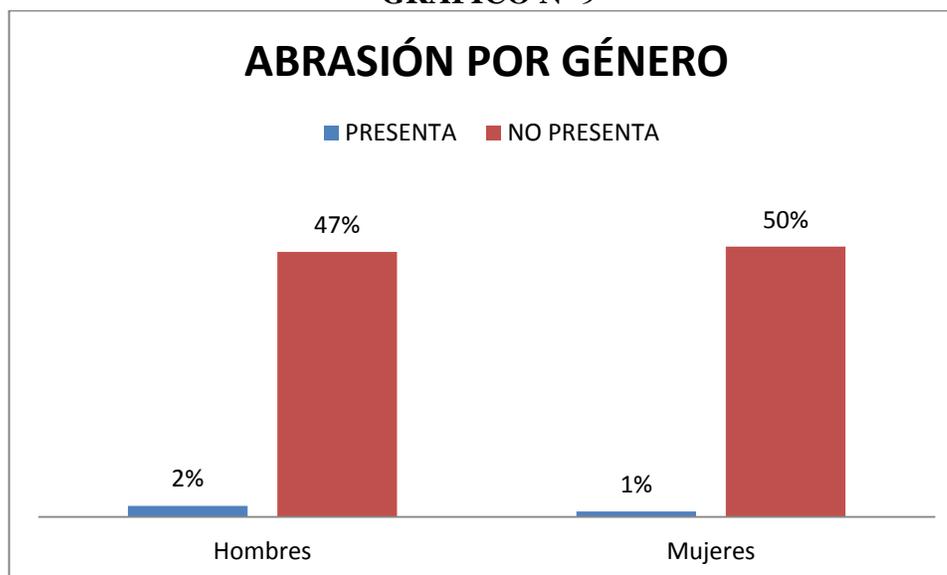
TABLA N° 9

GÉNERO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ABRASIÓN PRESENTA	15	2	12	1	27	3
NO PRESENTA	427	47	440	50	867	97
TOTAL	442	49	452	51	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

GRÁFICO N° 9



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

En la abrasión por género se encontró que el 2% (15) hombres presentan abrasión, mientras que el 47% (427) no presentan abrasión, en cuanto a las mujeres el 1% (12) presentaron abrasión, mientras que el 50% (440) no la presentaron.

Abfracción, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

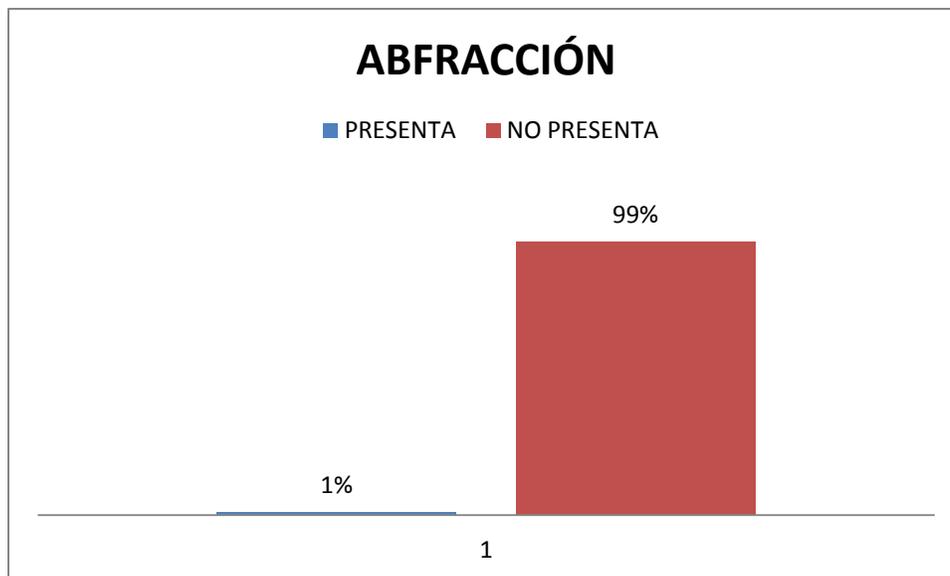
TABLA N° 10

ABFRACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENTA	8	1%
NO PRESENTA	886	99%
TOTAL	894	100 %

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 10



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

La abfracción en los estudiantes investigados fue de un 1% (8) alumnos presentan abfracción, mientras que el 99% (886), no presentan abfracción.

Abfracción, por estratos de edad, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

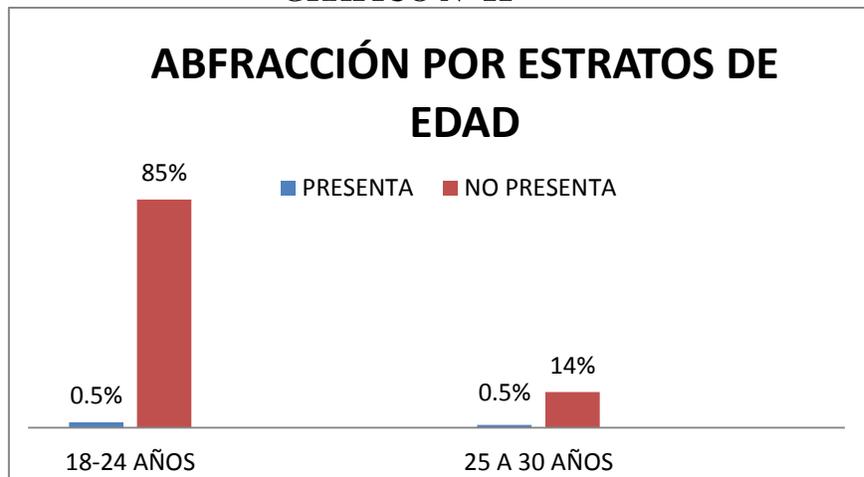
TABLA N° 11

ESTRATO DE EDAD	18-24 AÑOS		25 A 30 AÑOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRESENTA	4	0.5	4	0.5	8	1
NO PRESENTA	761	85	125	14	886	99
TOTAL	765	85.5	129	14.5	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 11



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

En los estratos de edad comprendido entre 18 a 24 años el 0.5% (4) alumnos, presentan abfracción, mientras que el 85% (761) no tienen abfracción, en las edades de 25 a 30 años observamos que el 0.5% presentan abfracción (4) estudiantes, mientras que el 14% (125) no presentaron.

Abfracción, según género, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

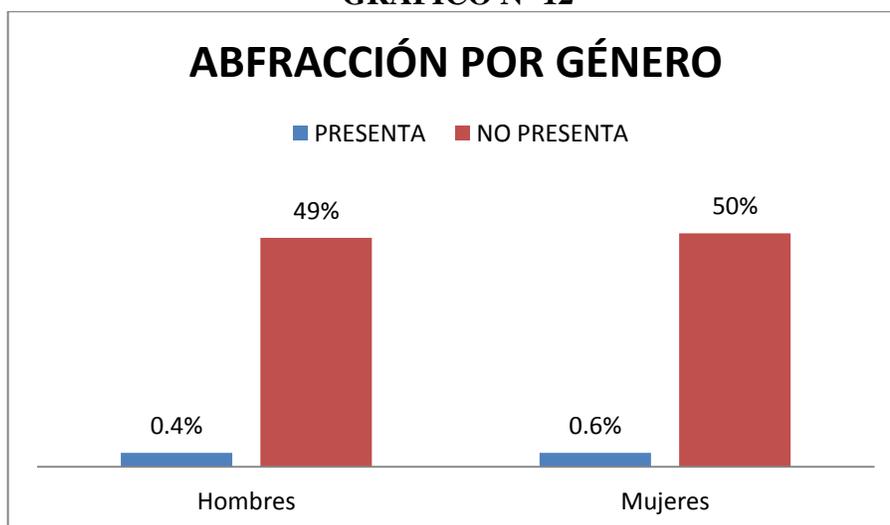
TABLA N° 12

GÉNERO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
ABFRACCIÓN PRESENTA	3	0.4	5	0.6	8	0.9
NO PRESENTA	439	49	447	50	886	99.1
TOTAL	442	49.4	452	50.6	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

GRÁFICO N° 12



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

La abfracción por género en los estudiantes se observó que el 0.4% (3) hombres presentan abfracción, mientras que el 49% (439) no presentan abfracción, por su lado las mujeres presentan abfracción en un 0.6% (5) alumnas, y un 50% (447) no la presentaron.

Erosión, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

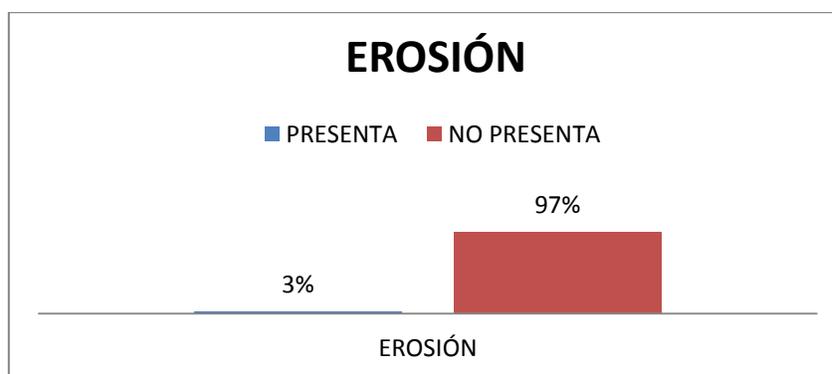
TABLA N° 13

EROSIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENTA	23	3%
NO PRESENTA	871	97%
TOTAL	894	100 %

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluza Villalta.

GRÁFICO N° 13



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluza Villalta.

INTERPRETACIÓN

La erosión en los estudiantes investigados se observa que el 3% (23) alumnos presentan erosión, mientras que el 97% (871) no presentan erosión.

Erosión, por estratos de edad, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años.

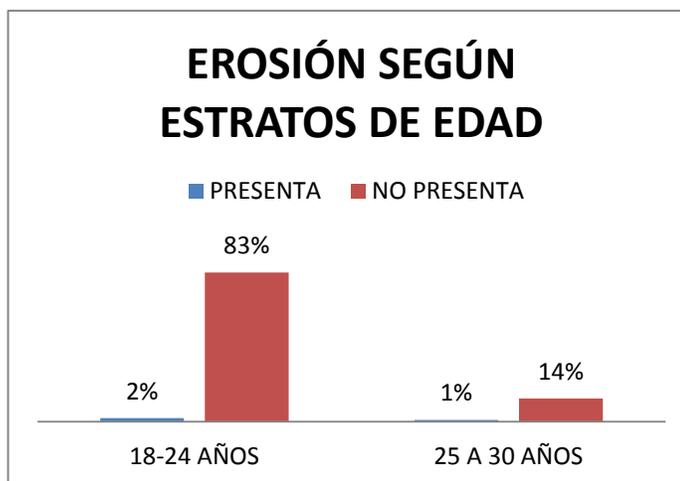
TABLA N° 14

ESTRATO DE EDAD	18-24 AÑOS		25 A 30 AÑOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRESENTA	14	2	9	1	23	3
NO PRESENTA	751	83	120	14	871	97
TOTAL	765	85	129	15	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

GRÁFICO N° 14



FUENTE Historia Clínica Odontológica

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta.

INTERPRETACIÓN

En los estratos de edad comprendido entre 18 a 24 años el 2% (14) alumnos presentan erosión, mientras que el 83% (751) no tienen erosión, en las edades de 25 a 30 años presentaron erosión el 1% (9) estudiantes, y no presentaron 14% (120) estudiantes.

**Erosión según género, en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja
modalidad presencial en las edades de 18 a 30 años.**

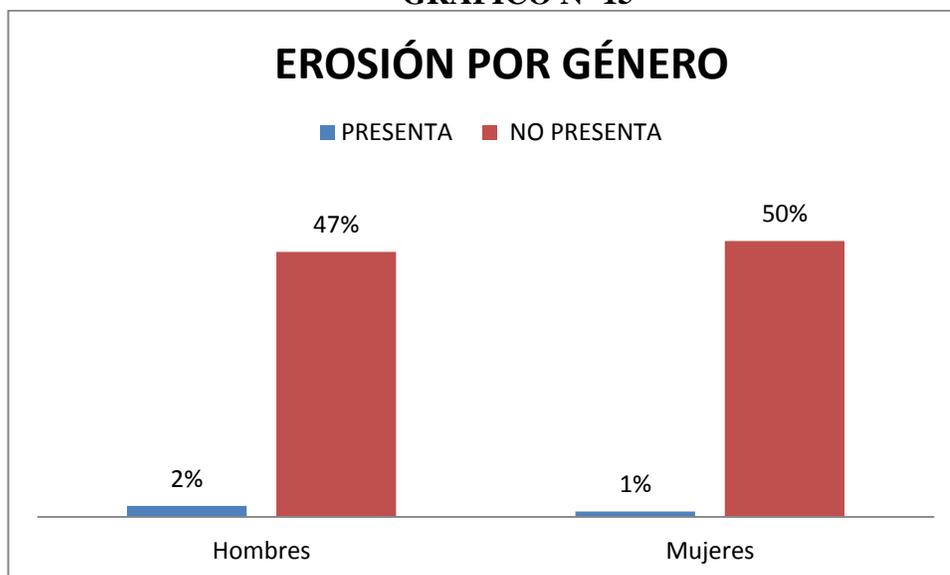
TABLA N° 15

GÉNERO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRESENTA	15	2	8	1	23	3
NO PRESENTA	427	47	444	50	871	97
TOTAL	442	49	452	51	894	100

FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

GRÁFICO N° 15



FUENTE Historia Clínica Odontológica.

ELABORACION: Daniela Alexandra Chiluiza Villalta

INTERPRETACIÓN

La erosión por género en los estudiantes investigados es de un 2% (15) hombres presentan erosión, mientras que el 47% (427) no presentan, en cuanto a las mujeres el 1% 8 mujeres presentaron erosión, y un 50% (444) no presentan.

g) DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos después de realizar la evaluación en 894 estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial en edades de 18 a 30 años, mostraron una prevalencia de desgaste dental de 0.18 es decir 159 alumnos, lo que corresponde a un 18% de nuestra población según la muestra seleccionada.

La atrición se presentó en un 11% de estudiantes, según los estratos de edad de 18 a 24 años obtuvieron un 10% y los de 25 a 30 años el 1% de estudiantes, de acuerdo al género los hombres alcanzaron un 7% y las mujeres un 4%.

La abrasión se presentó en un 3% de los estudiantes, según los estratos de edad, de 18 a 24 años obtuvieron un 2% y los de 25 a 30 años un 1%, de acuerdo al género los hombres tuvieron un 2% y la mujeres alcanzaron el 1%.

La abfracción se presentó en un 1% de estudiantes, según los estratos de edad, de 18 a 24 años obtuvieron el 0.5% al igual que los de 25 a 30, de acuerdo al género los hombres tuvieron el 0.4% y las mujeres alcanzaron un porcentaje del 0.6%.

La erosión se presentó en un 3% de estudiantes, según los estratos de edad, de 18 a 24 años obtuvieron un 2% y los de 25 a 30 años un 1%, de acuerdo al género los hombres tuvieron un 2% y las mujeres alcanzaron el 1%.

Cifras que se aproxima a lo que Marín en el año 2010 obtuvo en un estudio que realizó en pacientes adultos que oscilaban entre los 18 y 30 años en una población en Huánuco aquí presentaron un 15% de este tipo de desgastes dentales.

Smith y col en el 2008, en un estudio realizado en una Clínica Universitaria, en Trinidad, con pacientes de 20 a 35 años de edad, obtuvo que el 62% de los pacientes evaluados tenía una o más lesiones por desgaste en sus piezas dentales, un valor mucho más alto con respecto al del estudio realizado en la Universidad Nacional de Loja, en este mismo

estudio mencionan que los grupos más jóvenes tenían una correlación más baja con la presencia de desgaste dental que los mayores.

Varillas en el 2003 encontró también una alta prevalencia de desgaste dental en el Hospital Militar Central de Lima, en pacientes a partir de los 28 años en adelante, el 97.5% de los pacientes evaluados en su investigación tenían desgaste dental.

Faye y Col, en un estudio realizado en Tijuana, en pacientes de 25 años universitarios en el año 2005, encontró que la atrición y la abrasión son el tipo de desgaste dental que más se repitió, tal como lo muestran los resultados de esta investigación, al igual encuentran erosión dental con un promedio de 2,8% personas presentando este desgaste a nivel cervical; cifra que se asemeja a la encontrada en nuestra investigación puesto que se repitió en un promedio de 3% de la población evaluada.

Por su parte, Macedo en el 2011, realizó su estudio en el Instituto Cândida Vargas, con jóvenes adolescentes de 18 a 25 años, encontró un porcentaje de 26,47% de pacientes con abfracción.

h) CONCLUSIONES

- La prevalencia de desgaste dental en los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial, en las edades de 18 a 30 años es de 0.18, es decir 159 alumnos que representa el 18% de la muestra.

- La atrición se presentó en un 11% (101) estudiantes, según los estratos de edad, de 18 a 24 años obtuvieron un 10% (92) y los de 25 a 30 años 1% (9) estudiantes, de acuerdo al género los hombres alcanzaron un 7% (60) y las mujeres un 4% (41).

- La abrasión se presentó en un 3% (27) estudiantes, según los estratos de edad, de 18 a 24 años obtuvieron un 2% (19) y los de 25 a 30 años un 1% (8) estudiantes, de acuerdo al género los hombres alcanzaron el 2% y las mujeres el 1%.

- La abfracción se presentó en un 1% (8) estudiantes, según los estratos de edad, de 18 a 24 años obtuvieron el 0.5% (4), al igual que los de 25 a 30, de acuerdo al género los hombres tuvieron 0.4% y las mujeres alcanzaron el 0.6%.

- La erosión se presentó en un 3% (23) estudiantes, según los estratos de edad, de 18 a 24 años obtuvieron un 2% (14) y los de 25 a 30 años un 1% (9), de acuerdo al género los hombres alcanzaron un 2% (15) y las mujeres 1% (8).

i) RECOMENDACIONES.

- A los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja que presentan desgaste dental evitar cepillarse los dientes inmediatamente después de un reto erosivo debido a que el esmalte se ablanda y es susceptible al desgaste mecánico (abrasión, atrición), al menos durante una hora después de un reto erosivo.
- Utilizar un cepillo de dientes de cerdas suaves y dentífrico de baja abrasión y pH, para minimizar cualquier desgaste dental.
- A los estudiantes de Odontología, remitir los pacientes o aconsejarles que busquen la atención médica apropiada, cuando hay factores intrínsecos implicados, como la anorexia, la bulimia o la enfermedad del reflujo gastroesofágica.
- Es necesario aconsejar a los estudiantes afectados por esta patología reducir o eliminar la exposición frecuente a zumos y refrescos ácidos, evitar hábitos que induzcan a la erosión, como agitar o mantener las bebidas en la boca, asegurándose de que el flujo no esté dirigido directamente a ninguna superficie dental individual (si se consumen bebidas ácidas), no podemos simplemente prohibir a nuestros pacientes el consumo de frutas (la mayoría de ellas naturalmente ácidas); nuestro objetivo principal es orientarlos a consumir racionalmente las sustancias ácidas, a efecto de disminuir el aporte de ácidos a la cavidad bucal.
- Se recomienda a los estudiantes de las Universidad Nacional de Loja, tratar de corregir sus maloclusiones, puesto que un factor predisponente para el desgaste dental es la inadecuada posición de los dientes.

j) BIBLIOGRAFÍA

1. ADDY Mathew, interacción entre desgaste, abrasión y erosión en desgaste de diente, Erosión dental, 3ª Ed, 2011; pág 33. 45
2. AW Tiel, LEPE Xiomar, JOHNSON Gasper, MANCL L. Characteristics of noncarious cervical lesions: a clinical investigation. 7ª Ed. 2009 pág 725-33.
3. BARRANCA Ea, LARA Pe, GONZÁLEZ De. Desgaste dental y bruxism, 2ª Ed. ADM. 2008, pág 215-219
4. BARRANCOS MOONEY, Patricio, Operatoria dental. 4ª Ed; Buenos Aires: Médica Panamericana, 2ª Ed 2006 pág 122- 134.
5. BARREDA PAREDES R. Abfracciones lesiones cervicales no cariosas. Prevalencia y distribución. En Actualidad odontológica y salud (internet) 2011 septiembre–octubre. (Acceso 19 de enero de 2011); 5 (18). Disponible en: <http://www.actualidadodontologica.com/0912/lista.shtml>
6. BARTLETT DW. El papel de la erosión en el desgaste dental: etiología, prevención y tratamiento, 6ª Ed, 2010; pág 278-285. .
7. CHAN RODRÍGUEZ, José: La guía dental anterior-conceptos de oclusión dental aplicación clínica. <http://www.latindex.ucr.ac.cr/odontos-6/odonto-2004-08pdf>. Fecha 10 de marzo de 2012.
8. COLLET AM, Guglielmontti MB. Patologías dentarias no infecciosas. En: Barrancos Mooney, Julio Director. Operatoria dental: integración clínica. 4º Edición. España: Ed. Médica Panamericana; 2012. pág 291-295
9. CUNIBERTI de Rossi N, Lesiones Cervicales no Cariotas. La lesión dental del futuro. 4ª Ed Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009, pág 121.
10. DAWSON, Peter E.: “Oclusión Funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la A.T.M.” Editorial AMOLCA, 2ª Ed Caracas Venezuela. (2009), pág 245-247
11. FAYE B, SARR M, Kane Aw,[Prevalence and etiologic factors of non-cariouscervicallesions, a study in a Senegalese population], Odontostomatol Trop. 2ª Ed 2005; pág 15-8.

12. FERNÁNDEZ TARAZONA, Juan Augusto: Relación Céntrica ¿mito o realidad? http://www.monografias.com/trabajos_49/relación-centrica-odontologia/relacion_centrica-odontologia.shtml Fecha 2010-03-27.
13. FLORES FRAUSTRO NS, Gil Orduña NC, SAN MARTÍN W, HERNÁNDEZ TREJO NG, GALINDO MARTÍNEZ J. Prevalencia de erosión dental en niños de uno a seis años con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Hospital Para el Niño Poblano. 5ª Ed, Rev. Acad. Mex. Odon. Ped. 2009; pág : 46-49.
14. GRIPPO JO, SIMRING M, Schreiner. Attrition, corrosion and abfraction revisited. A new perspective on tooth surface lesions. 3ª Ed J Am Dent Assoc (USA). 2010: pág 1109-1118.
15. JIANG H, DU MQ, HUANG W, PENG B, BIAN Z, TAI BJ. The prevalence of and risk factors for non-carious cervical lesions in adults in Hubei Province, China. Community Dent Health. 2011; pág. 22-8.
16. GÓMEZ Juan T. the prevalence of and risk factors for non-carious cervical lesions in adults in Hubei Province, China. Community Dent Health (2009) pág 1132
17. KAIDONIS JA, Richards LG, Townsend GC. Cambios no cariosos en las coronas dentales. En Graham J. Mount, Director. Conservación y restauración de la estructura dental. 2º Edición. España: Elsevier; 2008. Pág 27-35
18. KUBO S, KAWASAKI K, Yokota H, Hayashi Y. Five-year clinical evaluation of two adhesive systems in non-carious cervical lesions. J Dent. 2006; 34 pág 97-105.
19. WC Lee, WC Eakle. Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of teeth. J ProsthetDent. 2011; pág 374-80.
20. MACÊDO Oliveira Isabelle Lins. Prevalência de lesões cervicais não cariosas em gestantes atendidas no Instituto Cândida Vargas. (Tesis de pregrado). Paraíba. Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da saúde. 2011
21. MARÍN CÁRDENAS Julian. Factores que definen las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas en las pacientes mujeres adultas de los comedores populares del distrito de Pillcomarca – Huánuco (Tesis de pregrado). Huánuco. Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”, Facultad de Ciencias Médicas. 2010.
22. MONTENEGRO Grip. (2011). Un nuevo enfoque en salud Oral. Bogotá - Colombia: salud pública y epidemiología oral, pág 543 - 1112

23. MONTENEGRO Grip, (2010). Un nuevo enfoque en salud Oral. 5ta Ed, Bogotá - Colombia: salud pública y epidemiología oral, pág 432 – 678.
24. NEGRONI M. Microbiología estomatológica. Fundamentos y guía práctica. Capítulo 18. Editorial Médica Panamericana, 2009, pág 125, 132, 231, 246, 315.
25. OKESON, Jeffrey P.: “Oclusión y Afecciones Temporomandibulares”, 5ta edición, Editorial Elsevier, Madrid España. (2011) pág 435 – 629- 987
26. RINGELBERG Gilbert Antonson, TA Dolan, DW Legler, U Foerster, and MW Heft. Rootcaries and rootdefects in urban and ruraladults: the Florida Dental Care Study. J Am Dent Assoc. 1996; 127 pág 885
27. SMITH Wais, Marchan S, Rafeek RN. The prevalence and severity of non-cariouscervicallesions in a group of patients attending a university hospital in Trinidad. J Oral Rehabil. 2008; pág 128-34.
28. TORTOLINI Peter. Sensibilidad dentaria. Av Odontoestomatol [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2011 Ene 14]; 19(5):233-237. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852003000500004&lng=es.doi:10.4321/S0213_2852003000500004.
29. VARILLAS CASTRO Enver. Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas según sus características clínicas en pacientes adultos del Hospital Militar Central (Tesis de pregrado). Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. 2003.
30. GARONE F Wilson, VALQUÍRIA Abreu S. Lesiones No Cariotas. Sao Paulo: Santo editora; 2010 pág 33 – 32 – 38 - 55
31. ZERÓN Alan. Erosión ácida Tribología en odontología, nueva visión al desgaste dental. ADM. 2009; 65 (5):12-16.
32. ZERO (DT. Etiology of dental erosion – extrinsic factors. Eur J Oral Sci 2010; 104:162-77 y de Scheutz P. Etiology of dental erosion – intrinsic factors.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

k) ANEXOS

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

GENERO:F

M

CI.

ESTADO CIVIL: SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA:

CICLO:

TELÉFONO:

TRABAJA:

SI

NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD

SI

NO

QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

SI

NO

QUE FARMACO?

ALERGIAS

SI

NO

CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI Parentesco NO

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente poco frecuente nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI NO QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 1 vez	<input type="checkbox"/>	Utiliza hilo dental	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	Cepilla 2 veces	<input type="checkbox"/>	Utiliza enjuague bucal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 3 veces	<input type="checkbox"/>					
		Otros	<input type="checkbox"/>					

CONTROL ODONTOLÓGICO

Óptimo	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	1 vez al año	<input type="checkbox"/>
regular	<input type="checkbox"/>	visitas al Odontólogo	2 veces al año	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>			

malo

visitas al Odontólogo 3 veces al año

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>							
FRONTAL	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MAXILAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>
MANDIBULAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACIOS	SI	<input type="checkbox"/>
NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>

ATM:

Función de ATM	RUIDO (click/crépito)	<input type="checkbox"/>	DESVIACIÓN	<input type="checkbox"/>	DEFLEXIÓN	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>
Dolor en la ATM	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Limitación en apertura	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Desviación mandibular a la apertura.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DERECHA	<input type="checkbox"/>	IZQUIERDA	<input type="checkbox"/>
Pérdida de soporte Oclusal Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>

LABIOS:

Pigmentaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Labio fisurado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Queilitis angular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Color cianótico:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros Cuáles

Tonicidad labial

Hipertónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Hipotónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Normal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FORMA DE ROSTRO

Cuadrado	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Triangular
Ovalado

BIOTIPO FACIAL:

Braquicéfalo
Normocéfalo
Dolicocéfalo

ASIMETRÍA FACIAL:

FOTOGRAFÍA

SI

NO

DERECHA

SI

NO

IZQUIERDA

SI

NO

LÍNEA MEDIA FACIAL

recta

--

desviada

--

HABITOS

MORDEDURA DE OBJETOS

SI

--

NO

--

CUAL

--

CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS

SI

--

NO

--

CUAL

--

INTERPOSICION LINGUAL

SI

--

NO

--

DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES

SI

--

NO

--

ONICOFAGIA

SI

--

NO

--

BRUXISMO

SI

--

NO

--

RESPIRADOR BUCAL

SI

--

NO

--

SUCCION DIGITAL

SI

--

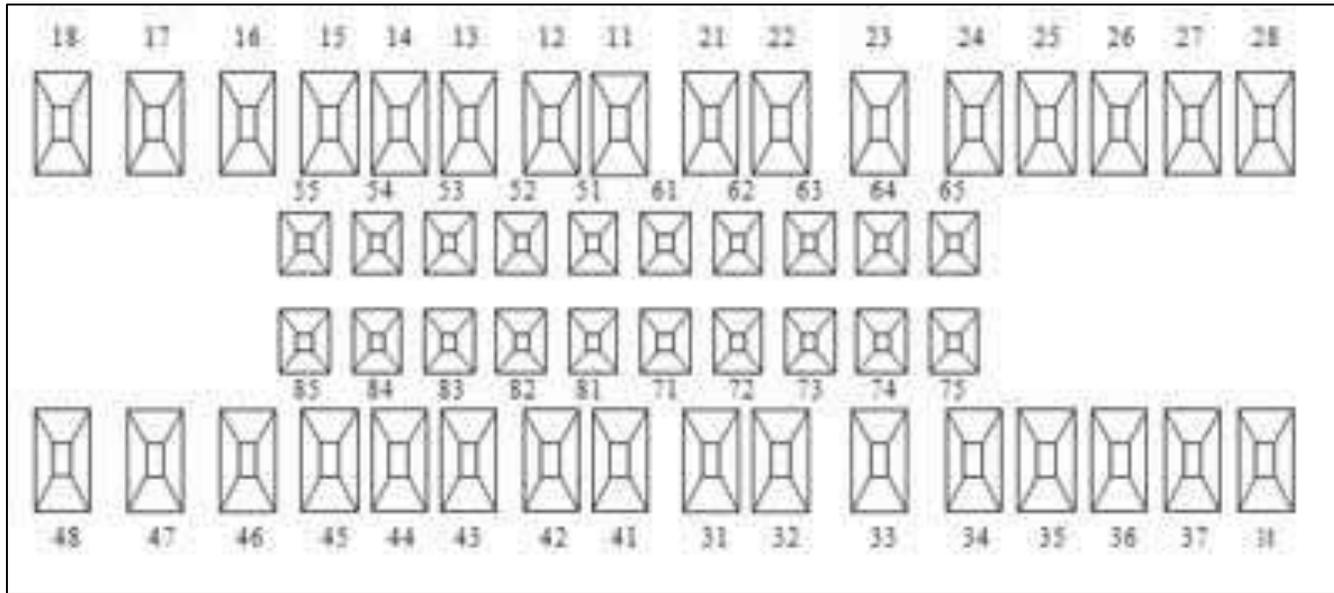
NO

--

Localización

--

ODONTOGRAMA:



C

P

O

Porta ortodoncia fija SI NO

Tuvo tratamiento ortodoncico SI NO

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1

1

2

3

4

CUADRANTE 2

1

2

3

4

CUADRANTE 3

1

2

3

4

CUADRANTE 4

1

2

3

4

2
3
4

2
3
4

CLASE DE KENNEDY

CLASE I SI NO MODIFICACION
 CLASE II SI NO MODIFICACION
 CLASE III SI NO MODIFICACION
 CLASE IV SI NO

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA SI NO Tipo
 P.REMOVIBLE SI NO MATERIAL
 P. TOTAL SI NO UNI/ BIMAXILAR

LESIONES NO CARIOSAS SI NO

Erosión SI NO Clase I clase II clase III
 Abrasión SI NO
 Atrición SI NO Leve Moderado Severo
 Abfracción SI NO
 Fluorosis dental SI NO Cuestionable Muy leve Leve Moderado Severo

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios SI NO Pieza:
 Agenesia SI NO Pieza:

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos SI NO Pieza:
 Caries SI NO Pieza:

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I SI Derecha Izquierda
 Clase II SI Derecha Izquierda

Clase III SI Derecha Izquierda
 No aplicable Derecha Izquierda

RELACIÓN CANINA:

Clase I SI Derecha Izquierda
 Clase II SI Derecha Izquierda
 Clase III SI Derecha Izquierda
 No aplicable Derecha Izquierda

OVERJET MEDIDA POSITIVO NEGATIVO
 OVERBITE MEDIDA POSITIVO NEGATIVO

MALOCLUSIONES

Mordida abierta Anterior SI NO
 Mordida Abierta Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL
 Mordida profunda SI NO
 Mordida cruzada anterior SI NO
 Mordida cruzada posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL
 Mordida bis a bis SI NO

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior SI NO Leve Moderado Severo
 Posterior SI NO Leve Moderado Severo

FORMA DE DIENTES

Triangular
 Ovalados
 Cuadrados

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALISADAS Pieza DISTALIZADAS Pieza
 LINGUALIZADAS Pieza VESTIBULARIZADAS Pieza

EXTRUIDAS

Pieza

INTRUIDAS

Pieza

MAXILAR:

Forma de arcada

Cuadrado

Triangular

Ovoidal

PALADAR DURO

Torus palatino

SI

NO

Comunicación bucosinusal

SI

NO

Atresis maxilar

SI

NO

Micrognatismo maxilar

SI

NO

Macrognatismo Maxilar

SI

NO

Petequias

SI

NO

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas

Aftas mayores

Aftas menores

Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada

Cuadrado

Triangular

Ovoidal

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas

SI

NO

Localización

Lesiones Rojas

SI

NO

Localización

Lesiones Ulcerosas

SI

NO

Localización

EPULIS TRAUMATICO

SI

NO

Localizado Carrillos

Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula

SI

NO

Localización

Hipertrofia de frenillo lingual	SI	NO
Torus lingual	SI	NO

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
---------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

GLÁNDULAS SALIVALES:

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción Purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluidez Salival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrucción de conductos salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH SALIVAL

ÁCIDO (ROJO)	<input type="checkbox"/>
BÁSICO (AZUL)	<input type="checkbox"/>
NORMAL (NO HAY CAMBIO)	<input type="checkbox"/>

FRENILLO LABIAL

NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
INSERCIÓN BAJA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

APÉNDICE DE FRENILLO

Produce diastemas a nivel incisivos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

FRENILLO LINGUAL

NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ANQUILOGLOSIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
PRODUCE PROBLEMAS FONÉTICOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

LENGUA:
FISURADA SI NO
GEOGRÁFICA SI NO
MACROGLOSIA SI NO
PATOLOGÍA PULPAR: SI NO

1. Inspección

Cambio de color Si No Piezas:
Caries penetrante Si No Piezas:
Exposición pulpar Si No Piezas:
Líneas de fisura Si No Piezas:
Fistula Si No Piezas:
Microfiltración Si No Piezas:

Fractura Si No Piezas:

Tejidos Dentales

Coronaria
Radicular
Corono-radicular

Tejidos de Soporte

Contusión
Subluxación
Luxación
Intrusión
Avulsión

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado
 § Localizado
 § Corto
 § Intermitente
 § Espontaneo
 § Difuso

§ Sordo
 § Expansivo
 § Pulsátil
 § Irrradiado
 § Ocasional
 § Constante

§ Prolongado
§ Continuo

§ Agudo
Otros

3. Palpación

Coronaria Sintomática Si No
Apical Sintomático Si No
Tumefacción firme
Tumefacción Blanda
Asintomático

4. Percusión

Horizontal Positivo Negativo
Vertical Positivo Negativo

5. Pruebas térmicas

Frío Positivo Negativo Cede después del estímulo
Calor Positivo Negativo Al retirarlo persiste

6. Movilidad

Grado I Pieza
Grado II Pieza
Grado III Pieza

7. Sondaje periodontal

MV MeV DV
MP-L MeP-L DP-L

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar Normal
Modificada

Conductos radiculares Calcificación

Resorción interna		<input type="text"/>
Resorción externa		<input type="text"/>
Otros		<input type="text"/>
Periapícea		
Lesión periapical	Presente	<input type="text"/>
	Ausente	<input type="text"/>
Ligamento periodontal		
	Normal	<input type="text"/>
	Denso	<input type="text"/>
	Roto	<input type="text"/>

9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR

PULPITIS IRREVERSIBLE

PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA

PULPITIS REVERSIBLE

ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO

ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA

ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA

DESPULPADO / RETRATAMIENTO

OTRO:

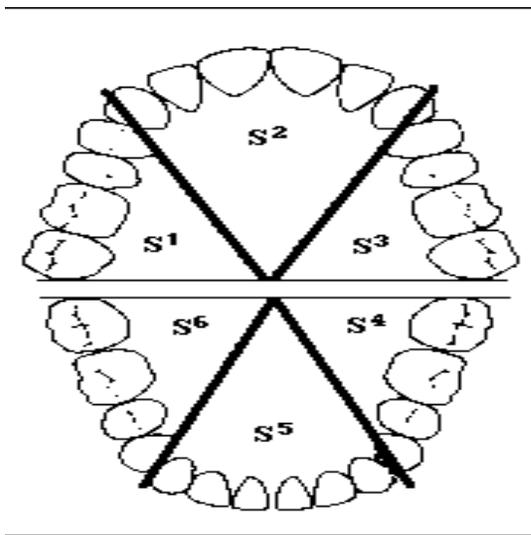
PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 Tejidos sanos



- 1 Sangrado gingival
- 2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas
- 3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm

S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		

Código 0: Mantener las medidas de prevención.
Código 1: Instrucción de higiene bucal
Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes
Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular

DIAGNOSTICO
OBSERVACIONES

VALORACIÓN DE RAMFJORD

G0		G0	AUSENCIA DE INFLAMACION
G1		G1	Zona enrojecida de encía que rodea al diente
G2		G2	Gingivitis alrededor del diente
G3		G3	Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones

PERIODONTITIS

Perdida de inserción de 3 mm - LEVE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de inserción de 3 - 6 mm - MODERADO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de inserción mayor 6 mm - SEVERO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona

CÁLCULO SUBGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz
PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz	<input type="text"/>	2/3 raíz	<input type="text"/>	3/3 raíz

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="text"/>	2/3 corona	<input type="text"/>	3/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaría recibir tratamiento odontológico

Si No Que tipo de tratamiento

Qué tipo de atención prefiere

Publica Privada

Conoce los servicios que ofrece la clínica odontológica de la UNL

Si No

Le gustaría ser atendido en la clínica odontológica de la UNL

Si No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontológico

Si No Porque

RESPONSABLE:

FOTO 1. HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE CON DESGASTE DENTAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jessica Alejandra Muñoz GÉNERO: F M

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO

FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/1992 EDAD: 24 años

LUGAR DE NACIMIENTO: Loja LUGAR DE PROCEDENCIA: Loja

CARRERA: Odontología D.D.O.: Vill. TELÉFONO: 0984322111

TRABAJA: SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

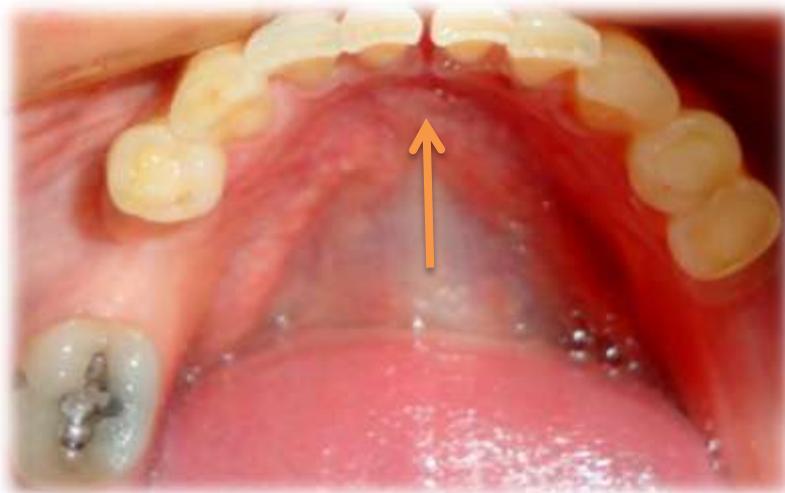
EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD: SI NO

ESTA ÚLTIMA TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: SI NO QUE TIPO:

ALERGIAS: SI NO CUÁL:

EMBARAZO: SI NO

FOTO 2. PACIENTE CON ATRICIÓN



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 3. HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE CON DESGASTE DENTAL

DATOS DE FILIACION

NOMBRES Y APELLIDOS: Esteban Fernando Conde Pineda

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASA

FECHA DE NACIMIENTO: 13 Sept 1988 EDAD: 25

LUGAR DE NACIMIENTO: Loja LUGAR DE PROCEDENCIA:

CARRERA: ECONOMIA CICLO: SEXTO

TRABAJA: SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

FOTO 4. ATRICIÓN



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

FOTO 5. HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE CON DESGASTE DENTAL

HISTORIA CLÍNICA DE

N

DOS GEN

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO

ENTO: EDAD:

ENTO LUGAR DE PROCEDENCIA:

FOTO 6. ABRASIÓN



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 7. ABRASIÓN



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 8. HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE CON DESGASTE DENTAL

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: Diego Sibero Cabello Torres GÉNERO: F M

D: 1102032407 ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO: 9/10/1989 EDAD: 24

LUGAR DE NACIMIENTO: Catamarca LUGAR DE PROCEDENCIA: Catamarca LUGAR DE RESIDENCIA: Catamarca

CARRERA: Odontología CICLO: 8.º Módulo TELÉFONO: 9540437

TRABAJA: SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD SI NO ¿QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? SI NO ¿QUE FARMACO?

ALERGIAS: SI NO CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS: SI NO REFLUJO GÁSTRICO: SI NO

FOTO 9. ABFRACCIÓN



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loj

FOTO 10. ABFRACCIÓN



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 11. HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE CON DESGASTE DENTAL

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Zeas GÉNERO: F M

CL: 0104893102 ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO

FECHA DE NACIMIENTO: 1 Agosto 1986 EDAD: 27

LUGAR DE NACIMIENTO: Cuenca LUGAR DE PROCEDENCIA: Cuenca LUGAR DE RESIDENCIA: Cuenca

CARRERA: Administración CICLO: 6^{to} TELÉFONO: 0993160482

TRABAJA: SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD SI NO

¿ESTÁ UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? SI NO ¿QUE FARMACO?

ALERGIAS SI NO ¿CUAL?

FOTO 12. PACIENTE CON EROSIÓN



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 13. Llenado de las Historias Clínicas



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

FOTO 14: Llenado de las historias clínicas



Fuente: Estudiantes de la Universidad Nacional de Loja

ÍNDICE

DESCRIPCIÓN	PÁG.
Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
Índice	vi
Título	1
Resumen (traducido al Inglés)	2
Introducción	4
Revisión de Literatura	6
Materiales y Métodos	29
Resultados	32
Discusión	47
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Bibliografía	51
Anexos	54

ÍNDICE DE FIGURAS

DESCRIPCIÓN	PÁG.
Figura 1: Desgaste Dental	6
Figura 2: Desgaste Lingual	7
Figura 3: Desgaste Vestibular	7
Figura 4: Desgaste vestibular por frutas.	7
Figura 5: Desgaste Vestibular	8
Figura 6: Desgaste Incisal	9
Figura 7: Atrición	11
Figura 8: Atrición	11
Figura 9: Atrición en un diente extraído	12
Figura 10: Abrasión	14
Figura 11: Abrasión	16
Figura 12: Abfracción	17
Figura 13: Abfracción	18
Figura 14: Abfracción	19
Figura 15: Erosión	20
Figura 16: Efecto de cook - swishing	22
Figura 17: Regurgitación en el embarazo	24
Figura 18: Respirador bucal	25
Figura 19: Bulimia	26
Figura 20: Desgaste caras palatinas	26
Figura 21: Desgaste caras oclusales	27

INDICE DE TABLAS

DESCRIPCIÓN	PÁG.
Tabla 1: Presencia de desgaste dental.	33
Tabla 2: Desgaste dental por edad.	34
Tabla 3: Desgaste dental por género.	35
Tabla 4: Presencia de Atrición.	36
Tabla 5: Atrición por edad.	37
Tabla 6: Atrición por género.	38
Tabla 7: Presencia de Abrasión.	39
Tabla 8: Abrasión por edad.	40
Tabla 9: Abrasión por género.	41
Tabla 10: Presencia de Abfracción.	42
Tabla 11: Abfracción por edad.	43
Tabla 12: Abfracción por género.	44
Tabla 13: Presencia de Erosión	45
Tabla 14: Erosión por edad.	46
Tabla 15: Erosión por género	47

INDICE DE GRÁFICOS

DESCRIPCIÓN	PÁG.
Gráfico 1: Presencia de desgaste dental.	33
Gráfico 2: Desgaste dental por edad.	34
Gráfico 3: Desgaste dental por género.	35
Gráfico 4: Presencia de Atrición.	36
Gráfico 5: Atrición por edad.	37
Gráfico 6: Atrición por género.	38
Gráfico 7: Presencia de Abrasión.	39
Gráfico 8: Abrasión por edad.	40
Gráfico 9: Abrasión por género.	41
Gráfico 10: Presencia de Abfracción.	42
Gráfico 11: Abfracción por edad.	43
Gráfico 12: Abfracción por género.	44
Gráfico 13: Presencia de Erosión	45
Gráfico 14: Erosión por edad.	46
Gráfico 15: Erosión por género	47