



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

INVESTIGACIÓN:

**“LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS EN PACIENTES QUE ACUDEN
AL TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE ADMISIÓN, FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA, UNAM”**

INFORME DE SERVICIO SOCIAL

**CLÍNICA DE ADMISIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)**

PRESENTA:

P.S.S DULCE ANAHI SILVANO LÓPEZ

2203060719

PERIODO DEL SERVICIO SOCIAL:

FEBRERO 2025 - ENERO 2026

FECHA DE ENTREGA:

NOVIEMBRE DEL 2025.

ASESOR INTERNO: DR. SALVADOR GARCÍA LÓPEZ.

ASESOR EXTERNO: MTRO. PABLO HUMBERTO NAVARRO

HERNÁNDEZ.



ASESOR EXTERNO DEL SERVICIO SOCIAL

MTRO. PABLO HUMBERTO NAVARRO HERNÁNDEZ.

**COORDINADOR DE LA CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CREDP) DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ,
UNAM, TURNO VESPERTINO.**

SERVICIO SOCIAL DE LA UAM XOCHIMILCO



ASESOR INTERNO
DR. SALVADOR GARCÍA LÓPEZ



COMISIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA
UAM XOCHIMILCO.
DRA. KARLA IVETTE OLIVA OLVERA

RESUMEN

Introducción: Las lesiones cervicales no cariosas (LCNC) son la pérdida patológica del tejido duro del diente, sin la intervención de microorganismos. Estas lesiones representan un problema clínico frecuente, que afecta la estructura dentaria, la función, la estética y la calidad de vida del paciente. Su etiología involucra factores biomecánicos, químicos y fuerzas oclusales. **Objetivo:** Describir las características clínicas y determinar la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas en los pacientes atendidos en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología, UNAM. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en 278 pacientes atendidos en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología, UNAM entre febrero y septiembre del 2025. La recolección de datos fue mediante revisión de historias clínicas y un examen clínico intraoral, registrando la presencia de LCNC, el tipo de lesión, la edad, el sexo y los factores clínicos asociados. **Resultados:** De los 278 pacientes evaluados, 108 (38.8%) presentaron LCNC. La abfracción fue la lesión más frecuente, seguida por las lesiones multifactoriales (Atrición-Abfracción). Se identificó mayor predominio en el sexo femenino (58.3%) entre los 26 a 42 años de edad. Entre los factores asociados se observaron maloclusiones, obturaciones mal ajustadas, facetas de desgaste, disfunción articular y ausencias dentales. **Conclusión:** Las lesiones cervicales no cariosas (LCNC) presentaron una frecuencia considerable en la población estudiada, con predominio de la abfracción y mayor afectación en mujeres entre 26 y 42 años. Estos resultados destacan la necesidad de fortalecer la detección temprana y la implementación de estrategias preventivas orientadas a la educación del paciente.

Palabras clave: Lesiones cervicales no cariosas, Abfracción, Abrasión, Desgaste dental, Prevalencia, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Non-carious cervical lesions (NCCL) are the pathological loss of hard tooth tissue without the involvement of microorganisms. These lesions represent a common clinical problem that affects tooth structure, function, aesthetics, and the patient's quality of life. Their etiology involves biomechanical and chemical factors, as well as occlusal forces. **Objective:** Describe the clinical characteristics and determine the frequency of non-carious cervical lesions in patients treated at the Admission Clinic of the Faculty of Dentistry, UNAM. **Material and method:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted on 278 patients treated at the Admission Clinic of the Faculty of Dentistry, UNAM, between February and September 2025. Data were collected by reviewing medical records and performing intraoral clinical examinations, recording the presence of NCCL, the type of lesion, age, sex, and associated clinical factors. **Results:** Of the 278 patients evaluated, 108 (38.8%) had NCCL. Abfraction was the most common lesion, followed by multifactorial lesions (Attrition-Abfraction). A higher prevalence was identified in females (58.3%) between the ages of 26 and 42. Associated factors included malocclusions, poorly fitted fillings, wear facets, joint dysfunction, and missing teeth. **Conclusion:** Non-carious cervical lesions (NCCL) were found to be quite common in the study population, with abfraction being the most prevalent and affecting women between the ages of 26 and 42 the most. These results highlight the need to strengthen early detection and implement preventive strategies focused on patient education.

Keywords: Non- carious cervical lesions, Abfraction, Abrasion, Tooth wear, Prevalence, Risk factors.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	11
CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN.....	12
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 GENERALIDADES DEL DIENTE.....	13
2.1.1 Esmalte.....	13
2.1.2 Dentina.....	17
2.1.3 Pulpa.....	19
2.1.4 Cemento.....	20
2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS LESIONES NO CARIOSAS.....	21
2.3 EROSIÓN.....	23
2.3.1 Definición.....	23
2.3.2 Etiología.....	23
2.3.3 Características clínicas.....	25
2.3.4 Medidas de prevención.....	25
2.4 ABRASIÓN.....	26
2.4.1 Definición.....	26
2.4.2 Etiología.....	26
2.4.3 Características clínicas.....	27
2.4.4 Medidas de prevención.....	28
2.5 ABFRACCIONES.....	29
2.5.1 Definición.....	29
2.5.2 Etiología.....	29
2.5.3 Características clínicas.....	32
2.5.4 Medidas de prevención.....	32
2.6 ATRICIÓN.....	33
2.6.1 Definición.....	33
2.6.2 Etiología.....	29
2.6.3 Características clínicas.....	35
2.6.4 Medidas de prevención.....	35
2.7 LESIONES MULTIFACTORIALES.....	36
3. JUSTIFICACIÓN.....	37
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
6. OBJETIVO GENERAL.....	38
7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
8. MATERIAL Y MÉTODOS.....	38
9. RESULTADOS.....	40
10. DISCUSIÓN.....	48
11. CONCLUSIONES.....	50
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
13. ANEXOS.....	54
CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA.....	58
a. Antecedentes históricos.....	58

b. Ubicación geográfica.....	58
c. Aspectos demográficos.....	59
d. Servicios educativos.....	60
e. Servicio de salud.....	61
f. Organigrama de la CREDP.....	62
g. Bibliografía.....	64
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO.....	65
CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	69
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	70
ANEXOS.....	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura del diente, tomado de Gómez de Ferraris, ME. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental (2019).....	13
Figura 2. Dirección de los prismas del esmalte, tomado de Gómez de Ferraris ME. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental (2019).....	14
Figura 3. Tipos de relaciones entre esmalte y cemento, tomado de Soares PV. Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity (2017).....	16
Figura 4. Túbulos dentinarios peritubular e intertubular, tomado de Gómez de Ferraris ME. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental (2019).....	18
Figura 5. Erosión en esmalte, tomado de Barranco Monney PJ. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	23
Figura 6. Erosión en las cúspides dentarias, tomado de Barranco Mooney J. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	25
Figura 7. Erosión en forma de panal de abejas, tomado Barranco Mooney J. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	25
Figura 8. Abrasión dental, tomado de Barranco Mooney J. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	26
Figura 9. Abrasión acompañada de recesión gingival, tomada de Barranco Mooney J. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	28
Figura 10. Abrasión en premolares, tomada de Barranco Mooney J. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	28
Figura 11. Abfracción dental, tomada de Barranco Mooney J. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	29
Figura 12. Disipación de tensiones, tomado de Soares PV. Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity (2017).....	30
Figura 13. Clasificación de tensiones, tomado de Soares PV. Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity (2017).....	30
Figura 14. Fuerzas oclusales cíclicas, tomado de Soares PV. Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity (2017).....	31
Figura 15. Ángulo redondeado, tomado de Soares PV. Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity (2017).....	32
Figura 16. Ángulo agudo, tomado de Soares PV. Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity (2017).....	32
Figura 17. Atrición dental, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).....	33

Figura 18. Forma aplanada y alargada, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).....	35
Figura 19. Atrición en caras oclusales, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).....	35
Figura 20. Férula, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).....	35
Figura 21. Lesiones multifactoriales, tomado de Barranco Mooney J. Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética (2015).....	36
Gráfica 1. Promedio y desviación estándar del sexo masculino (M) y femenino (F).....	40
Gráfica 2. Promedio y desviación estándar de los pacientes evaluados, con y sin lesiones cervicales no cariosas (LCNC).....	41
Gráfica 3. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con abrasión (LCNC).....	42
Gráfica 4. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con abfracción (LCNC).....	43
Gráfica 5. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con atrición (LCNC).....	44
Gráfica 6. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con erosión (LCNC).....	45
Gráfica 7. Promedio y desviación estándar de las lesiones cervicales no cariosas multifactoriales.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Promedio y desviación estándar del sexo masculino (M) y femenino (F).....	40
Tabla 2. Promedio y desviación estándar de los pacientes evaluados, con y sin lesiones cervicales no cariosas (LCNC)	41
Tabla 3. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con abrasión (LCNC).....	42
Tabla 4. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con abfracción (LCNC).....	43
Tabla 5. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con atrición (LCNC).....	44
Tabla 6. Promedio y desviación estándar de la lesión cervical no cariosa con erosión (LCNC).....	45
Tabla 7. Promedio y desviación estándar de las lesiones cervicales no cariosas multifactoriales.....	46
Tabla 8. Análisis del cumplimiento de las hipótesis formuladas.....	47

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN GENERAL

En este informe presento las actividades realizadas en mi año de servicio social, comprendido entre el 1 de febrero del 2025 al 31 de enero del 2026, adscrita en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) de la Facultad de Odontología, UNAM, actualmente conocida como “Clínica de Admisión”, en un horario de lunes a viernes de 14:00 a 18:00 horas. La clínica se encuentra en 8RM9+ P7, C.U., Coyoacán, C.P 04510 Ciudad de México, CDMX; específicamente en la planta baja del Edificio E, junto al estacionamiento de la Torre de Humanidades, en un horario de lunes a viernes de 14:00 a 18:00 horas.

Entre el mes de febrero y el mes de septiembre del 2025, realicé una investigación sobre las lesiones cervicales no cariosas mediante una revisión bibliográfica, con un enfoque observacional, descriptivo y transversal. El objetivo fue describir las características clínicas y determinar la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas en los pacientes atendidos en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología, UNAM, ya que este problema ha sido desapercibido tanto por los pacientes como por algunos profesionales de la salud bucal.

Como complemento, elaboré un folleto educativo para fomentar la prevención y el autocuidado en la población atendida.

Asimismo, se describió el organigrama de la CREDP, abarcando temas como antecedentes históricos, ubicación geográfica, aspectos demográficos y los servicios educativos y de salud de la zona.

Por último, se proporciona un análisis de datos a través de gráficas y tablas, así como un informe numérico narrativo para cada una de las actividades realizadas.

CAPÍTULO II. INVESTIGACIÓN

“LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS EN PACIENTES QUE ACUDEN AL TURNO VESPERTINO DE LA CLÍNICA DE ADMISIÓN, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM”

1. INTRODUCCIÓN

El desgaste dental es un proceso fisiológico normal que conlleva cambios adaptativos en las estructuras masticatorias, pero cuando la pérdida de tejido supera los valores normales (20–38 μm por año), se considera una pérdida patológica.¹

Las lesiones cervicales no cariosas (LCNC) son definidas como la pérdida patológica del tejido duro en la zona cervical del diente, sin la intervención de microorganismos. Estas lesiones presentan diversas morfologías según los factores etiológicos implicados; pueden presentarse en forma de plato, aplanadas o de cuña, con superficies lisas, duras y con márgenes definidos, hasta adquirir un ángulo agudo, similar a una muesca. La geometría de estas lesiones pueden variar desde superficiales hasta depresiones profundas, que pueden progresar hacia la cámara pulpar, afectando tanto la estética como la función dental.²

En diversos estudios se ha comprobado que las LCNC tienen una etiología compleja, producidas por las fuerzas de oclusión, mecánicas (fricción) y químicas (biocorrosión). Entre ellos están la abrasión, erosión, abfracción, y lesiones multifactoriales, que al combinarse, pueden agravar la lesión.³

Sin embargo, a pesar de que estas lesiones son muy comunes, existen casos en donde no han sido diagnosticados ni tratados adecuadamente, debido a la complejidad de su etiología y al limitado conocimiento que existe sobre dichas lesiones. Por ello, es importante describir las características clínicas para su identificación temprana, mediante una revisión bibliográfica y fomentar estrategias para la prevención y el autocuidado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DEL DIENTE

Los dientes son órganos duros que forman parte del sistema estomatognático; su función es participar en la masticación, fonación y en la estética facial. Se encuentran incluidos y fijados en los procesos alveolares de la mandíbula y el maxilar, y están formados por capas de tejidos especializados que les permiten resistir a las fuerzas masticatorias.⁴

Como se observa en la *figura 1*⁵, el esmalte es la capa más externa que cubre a la dentina, la cual a su vez recubre a la pulpa dental (tejido blando y vascularizado) y al cemento.⁴

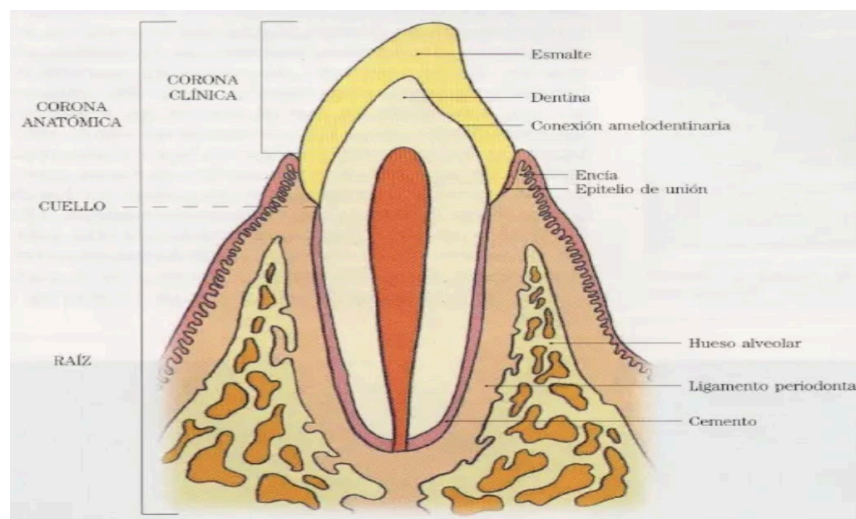


Figura 1. Estructura del diente, tomado de Gómez de Ferraris, ME. *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental* (2019).

2.1.1 Esmalte

El esmalte dental, también denominado tejido adamantino o sustancia adamantina, es una sustancia extracelular que presenta una alta mineralización que deriva de las células ectodérmicas de la cavidad bucal embrionaria.⁴

Dicho tejido cubre la corona anatómica del diente y desempeña una función protectora sobre la dentina y la pulpa dental contra el desgaste mecánico y la biocorrosión. Pese a que carece de capacidad regenerativa en caso de fractura, puede experimentar procesos de remineralización.⁶

Está compuesto por:

- I. 96% Matriz inorgánica: Sales minerales cálcicas (fosfatos y carbonato en forma de hidroxiapatita). Lo que hace que sea el tejido más duro del cuerpo humano.
- II. 3% agua.
- III. 0,36-1% Matriz orgánica: Naturaleza proteica con polisacáridos (amelogeninas, enamelinas, ameloblastinas, amelotina, proteínas, colágena tipo VII y tuftelina).⁵

Su unidad estructural básica es el prisma o las varillas adamantinas, ordenados de manera precisa para que resistan las fuerzas masticatorias y mejore sus propiedades mecánicas.⁵

En la *figura 2*, se observa la orientación de las varillas que cambian según la zona del diente:⁵

- a. En la mayor parte del esmalte, van perpendiculares a la dentina, es decir, de dentro hacia fuera.
- b. Hacia la cúspide, se inclinan ligeramente hacia arriba, siguiendo la forma de la corona.
- c. En la punta de la cúspide, son casi verticales.
- d. En el esmalte cervical, se orientan horizontalmente.²

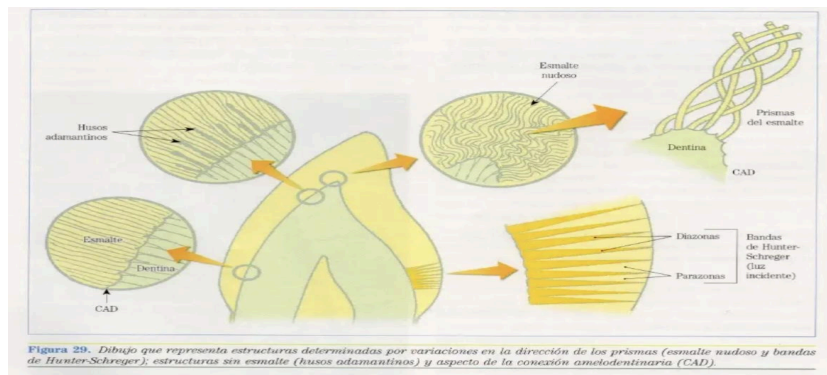


Figura 2. Dirección de los prismas del esmalte, tomado de Gómez de Ferraris ME.

Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental (2019).

Este tejido posee las siguientes propiedades físicas:

1. **Dureza:** Pueden variar entre 2,5 y 6 GPa (mineral puro de apatita libre de la materia orgánica). Algunos autores dicen que la dureza dependerá de la orientación y la cantidad de cristales en las distintas zonas de los prismas o varillas.¹
2. **Espesor:** Varía en diferentes partes de la corona; es más grueso en las cúspides de molares y premolares en las caras mesiovestibulares y en el borde libre de caninos e incisivos (alcanzando un máximo de 2,5 a 3 mm) y más delgado en las fisuras, base de las fosas y la región cervical del diente a la altura del límite amelocementario.⁵
A medida que los individuos envejecen, el espesor del esmalte disminuye.¹
3. **Elasticidad:** Es muy escasa debido a la cantidad de agua y materia orgánica, con tendencia a las macro y microfracturas, cuando no tiene apoyo dentinario sano.⁵
4. **Color y transparencia:** Es translúcido, ya que dependerá de la dentina; en zonas con mayor espesor tiene tonalidad grisácea (cúspides) y blanco-amarillento en las zonas delgadas (cervicales).
A mayor mineralización, mayor translucidez.⁵
5. **Permeabilidad:** Es semipermeable, porque posee la propiedad de captar ciertos iones o moléculas existentes en la saliva (catión calcio) de bajo peso molecular que ayudan a la remineralización, como el flúor.²
6. **Radiopacidad:** Es la estructura más radiopaca del organismo humano por su alto grado de mineralización.⁵

La Unión Amelocementaria (UCE) o Línea Cemento-Esmalte (CEJ)

Se encuentra en la región cervical del diente, compuesto por tres tejidos mineralizados: esmalte, dentina y cemento.²

Esta zona se considera desprotegida porque:

- A. El grosor del esmalte tiene un espesor de 0,5 μm .²
- B. La angulación de sus prismas es de 106°.
- C. La presencia de poros y canales que existen entre los prismas del esmalte.
- D. Dos de los cuatro casos de Choquet:
 - a) El esmalte se coloca encima del cemento.
 - b) La dentina queda expuesta sin ser cubierta por esmalte y cemento.¹

Casos de Choquet

Choquet describió las relaciones entre el esmalte y el cemento. Como se observa en la *figura 3*², se clasifican en cuatro tipos principales:

- a) **Superposición del cemento sobre el esmalte (60 % de los dientes):** una pequeña porción de cemento cubre el esmalte. En esta zona el tejido conectivo contiene cementoblastos que producen un tipo de cemento llamado cemento afibrilar, el cual contacta directamente con el esmalte.
- b) **El esmalte cubre el cemento (muy poco probable).**
- c) **Unión de tope o extremo a extremo (30 % de los dientes):** el cemento y el esmalte se encuentran borde con borde, sin superposición.
- d) **Ausencia de contacto entre esmalte y cemento (10 % de los dientes):** no hay contacto entre ambos tejidos, quedando expuesta la dentina cervical y, por tanto, ausente la línea cemento-esmalte (CEJ). Por lo que esta, tiene mayor riesgo de desarrollar abfracciones y otras lesiones cervicales no cariosas.¹

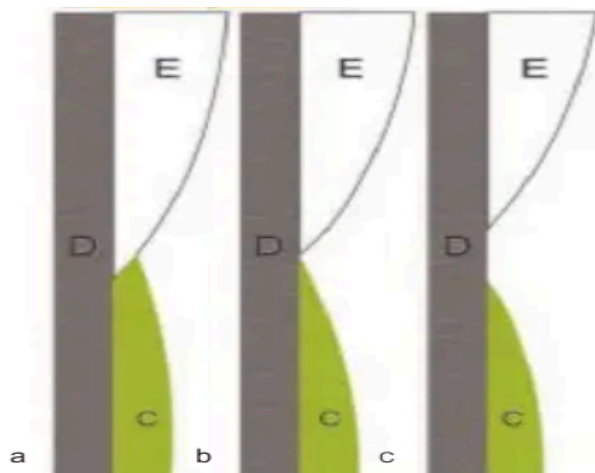


Figura 3. Tipos de relaciones entre esmalte y cemento, tomado de Soares PV. *Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity* (2017).

Implicaciones clínicas de las NCCL:

1. Contactos oclusales prematuros:

Debido a que el esmalte tiene menor espesor y organización típica de prismas o varillas adamantinas en la región cervical del diente, es más susceptible a fracturarse ante las fuerzas de tracción y flexión que se generan durante la función masticatoria. Estas tensiones mecánicas pueden iniciar

microgrietas que, con el tiempo, se amplían y dan origen a las lesiones cervicales no cariosas, como las abfracciones.

2. Proceso de desmineralización-remineralización:

El esmalte se desmineraliza principalmente por los ácidos provenientes de la dieta, del reflujo gastroesofágico o de la biopelícula dental. Los componentes carbonatados de los cristales de hidroxiapatita del esmalte son los primeros en disolverse, especialmente en la zona cervical del diente, donde el esmalte es más delgado y menos mineralizado.

Por lo tanto, la presencia o la aplicación del fluoruro permite remineralizar el esmalte, al sustituir iones dentro de la estructura cristalina y formar fluorapatita, un componente más resistente ante nuevos ataques ácidos.²

2.1.2 Dentina

La dentina, ebúrnea o marfil, constituye el tejido mineralizado con mayor volumen de la pieza dentaria, de un color blanco amarillento. Es sensible al calor, al frío, al tacto y a las sustancias dulces.⁵

Está compuesta por:

- I. 70% de matriz inorgánica: Cristales de hidroxiapatita. Ubicados en los espacios entre las fibrillas de colágeno.
- II. 18% de matriz orgánica: Fibras colágenas tipo I.
- III. 12% agua.⁵

Como se observa en la *figura 4* ⁵, su micromorfología se compone por túbulos dentinarios con un diámetro de 1 a 2 μm , rodeados por dentina peritubular e intertubular.⁶ Esta estructura tubular constituye una vía de permeabilidad, permitiendo la difusión de fluidos, solventes y bacterias. A medida que estos túbulos se acercan a la pulpa dental, aumenta su densidad y diámetro, lo que incrementa la sensibilidad y la susceptibilidad a estímulos externos.

Cada túbulo dentinario se describe como un cono invertido rodeado por un manguito hipermineralizado pobre en colágeno.¹

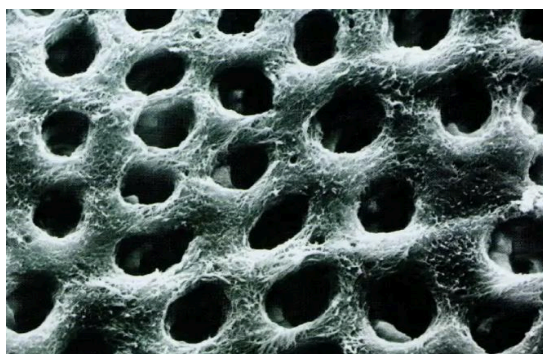


Figura 4. Túbulos dentinarios peritubular e intertubular, tomado de Gómez de Ferraris ME.
Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental (2019).

La dentina se clasifica en tres:

- a. **Primaria:** Es la primera en formarse y delimita la cámara pulpar de los dientes ya formados hasta que entren en oclusión.
- b. **Secundaria, adventicial, regular o fisiológica:** Se produce después de que se haya formado la raíz del diente y su producción continúa durante toda la vida.⁵
- c. **Terciaria, reparativa, reaccional, irregular o patológica:** Se forma más internamente, deformando la cámara solo en un estímulo localizado para aislar la pulpa de la zona afectada ⁵, ejemplo: ante una progresión rápida de caries radicular, traumatismos, desgaste dental o dentina hipersensible expuesta.²

Sin embargo, debido a su naturaleza viscoelástica, la dentina actúa como un amortiguador o antiestrés para el esmalte que la recubre, ya que la presencia de agua dentro de la disposición escalonada de las moléculas de colágeno contribuye a la absorción de las cargas masticatorias. No obstante, esta podría verse afectada si la concentración de estrés es cíclica o cuando el tejido se expone a medios con pH bajos, disminuye su dureza y favorece la aparición de microfracturas, especialmente en las áreas cervicales del diente.²

2.1.3 Pulpa

La pulpa dental es un tejido conectivo laxo, vascularizado e innervado. Se desarrolla a partir del tejido ectomesenquimal derivado de la cresta neural.⁵

Está compuesta por:

- I. 75 % agua.
- II. 25% Materia orgánica: Matriz extracelular (MEC).⁵

Posee las siguientes funciones:

1. **Inductora:** El mecanismo del complejo dentino-pulpar se lleva a cabo durante la amelogénesis, para producir la síntesis y el depósito del esmalte.
2. **Formativa:** Formación de la dentina.
3. **Nutritiva:** Nutrición de la dentina a través de las prolongaciones odontoblásticas y de los metabolitos del sistema vascular pulpar.
4. **Sensitiva:** Responde ante el dolor dentinario (agudo y de corta duración) y pulpar (sordo, pulsátil y persiste durante un cierto tiempo).
5. **Defensiva o reparadora:** Tiene capacidad reparativa de la dentina frente a las agresiones.⁵

El tejido pulpar experimenta variaciones estructurales y funcionales con la edad, ocasionando una disminución en la capacidad de respuesta biológica y, como consecuencia, el tejido pulpar no responde a los estímulos como lo haría una pulpa joven.⁵

Complejo dentino-pulpar

El complejo dentino-pulpar constituye una unidad morfofuncional del diente, conformada por la dentina y la pulpa dental, cuyas interacciones estructurales y biológicas reflejan un mecanismo regulador esencial para mantener la vitalidad y la función dental.⁵

La pulpa desempeña funciones sensoriales, protectoras y reparadoras esenciales, mientras que la dentina actúa como soporte estructural para el esmalte y el cemento, además de servir como barrera protectora frente a estímulos químicos, térmicos y mecánicos. Ambos tejidos derivan del ectomesénquima de la papila dental y conservan una interdependencia funcional a lo largo de la vida. Modo que

cualquier estímulo nocivo que afecte la dentina se transmite a la pulpa, que responde mediante la formación de dentina terciaria o reparativa como mecanismo de defensa.⁵

2.1.4 Cemento

El cemento dental es un tejido mineralizado y avascular (65% minerales) derivado del ectomesénquima.⁴ Este tejido recubre la dentina radicular y cumple funciones esenciales para la estabilidad y protección del diente: ancla la raíz al hueso alveolar mediante las fibras del ligamento periodontal, protege la dentina subyacente y, a diferencia del hueso, no experimenta remodelación ni resorción ósea. El cemento se puede dividir en celular y acelular.⁷

Posee las siguientes propiedades físicas:

1. **Color:** Más oscuro y opaco que el esmalte, pero menos amarillo que la dentina.
2. **Dureza:** Es menor que la dentina y el esmalte.
3. **Permeabilidad:** A pesar de su mayor contenido de sustancia orgánica y su menor densidad, es menos permeable que la dentina y el esmalte.
4. **Radiopacidad:** Dependerá del contenido mineral.⁵

2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS LESIONES NO CARIOSAS

Siglo XVIII (Primeras descripciones del desgaste dental)

- I. En el año **1728**, *Pierre Fauchard* utilizó por primera vez los términos *caries* y *erosión* en su obra “*Le Chirurgien Dentiste*” (*Tratado sobre los dientes*), donde menciona que el esmalte es carcomido por algún corrosivo y la superficie se torna áspera como un rallador, pero de forma más irregular.
- II. En **1778**, el anatomista y fisiólogo inglés *John Hunter* fue el primero en describir las *lesiones cervicales no cariosas (LCNC)*; señalando que el desgaste dental se inicia en la superficie del diente, específicamente en la zona cervical. La primera aparición es la pérdida de esmalte, dejando expuesta la dentina sin alterar su consistencia, fenómeno que denominó *proceso de denudación*.²

Siglo XIX (Teorías químicas y mecánicas)

- III. En **1849**, *Chapin Harris*, considerado el padre de la ciencia dental estadounidense, aludió a los NCCL y la hipersensibilidad de la dentina cervical. Retomó las observaciones de Hunter, donde menciona que la erosión era una forma de denudación dental causada por la acción de la mucosidad bucal acidulada. Por lo tanto, recomendaba a sus pacientes que no usaran cepillos con cerdas duras y que no se cepillaran de forma horizontal.

Esta constituye una de las primeras citas publicadas sobre la *abrasión dental*.
- IV. En **1873**, *Charles Koch* propuso que las ranuras cervicales podían ser el resultado de un proceso químico y en lugar del cepillado dental, como lo había planteado Charles S. Tomes.
- V. En **1875**, el alemán *U.Zsigmondy* describió morfológicamente a los NCCL como *defectos en forma de cuña* (keilformige Defekte) caracterizándolos como fracturas triangulares resultantes de la flexión del diente.
- VI. En **1892**, *Edwin T Darby*, se dirigió a la Sociedad Dental del Estado de Nueva York y sostuvo que la erosión era causado por una condición ácida de los fluidos de la boca, particularmente de las glándulas mucosas labiales y bucales, relacionándola con el reflujo gastroesofágico.²

Siglo XX (Explicaciones multifactoriales y surgimiento del concepto de abfracción)

- VII. En **1907**, *Willoughby D. Miller* publicó sus experimentos y observaciones sobre el desgaste dental, refiriéndose a él como erosión, abrasión química y denudación. Concluyó que el desgaste dental es un proceso mecánico de abrasión causado por el cepillado de los dientes con polvo dental, y que los ácidos naturales de la boca, aunque descalcifican la estructura, no producen por sí solos el desgaste. Sin embargo, *Greene Vardiman Black* argumentó que la evidencia de Miller no era concluyente de que todas las “erosiones” son la causa y sugirió que los ácidos naturalmente presentes en la boca podrían ayudar al proceso de degradación.
- VIII. En **1932**, *Benjamín Kornfel* describió la erosión como áreas redondeadas, en forma de platillo o muescas triangulares definidas, que afectan las superficies bucales y labiales de los dientes en el tercio gingival.
- IX. En **1962**, *Kóbert* concluyó que las fuerzas aplicadas horizontalmente provocan flexión y compresión cervical, mientras que las fuerzas verticales generan tensión compresiva en el mismo sitio. Posteriormente, *Spranger* describió la génesis de las lesiones no cariosas como un proceso multifactorial, con una biodinámica asociada con el estrés, biocorrosión y fricción.
- X. En **1982**, *Gene McCoy* observó clínicamente una relación entre el estrés por flexión cervical, el bruxismo, los trastornos de la articulación temporomandibular y la fractura del tejido duro en la unión cemento-esmalte, acuñando el término *abfracción*.
- XI. En **1991**, *John Grippo* formalizó el concepto de *abfracción* como la manifestación de los efectos del mecanismo de estrés, o la pérdida microestructural de sustancia dental en áreas de concentración de estrés.²

2.3 EROSIÓN

2.3.1 Definición

La erosión dental, o también conocida como corrosión, es la pérdida de la superficie de la estructura dental causada por una acción química sin la intervención de microorganismos, como se observa en la *figura 5*. Esta acción se produce por la exposición prolongada de agentes desmineralizantes como los ácidos y quelantes, que disuelven el esmalte y la dentina.¹



Figura 5. Erosión en esmalte, tomado de Barranco Monney PJ. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

2.3.2 Etiología

Los factores causales se clasifican en:

1. **Intrínsecos o ácidos endógenos:**

- I. *Somáticos o involuntarios:* Reflujo gastroesofágico (ácido clorhídrico), regurgitación o vómitos en el embarazo y el alcoholismo.⁴ La acidez provocada por el reflujo puede ser neutralizada por el pH alcalino de la saliva, pero a veces la acidez puede ser muy elevada y llega a desmineralizar las zonas donde primero contacta, como se observa en el *Anexo 1*.¹
- II. *Psicosomáticos o voluntarios:* La bulimia, “síndrome de comer y vomitar compulsivamente”, anorexia o por algún trastorno de las glándulas salivales.³ Como se observa en el *Anexo 2*, estas lesiones se presentan en las caras palatinas superiores, ya que la lengua no puede protegerlas en el momento del vómito.¹

2. Extrínsecos o ácidos exógenos:

- I. *Dietético*: Dietas ácidas, bebidas carbonatadas, energizantes y el abuso de cítricos.³

Como se observa en el *Anexo 3*, el pH es un indicador de la acidez de una sustancia, toda bebida natural o industrializada que posea un pH inferior al pH crítico de 5.5 es considerada como un alto potencial erosivo para el esmalte dental, por ejemplo:¹

- a) Las bebidas carbonatadas como la *Coca-Cola* presentan un pH entre 2,37 y 2,81, lo cual es extremadamente ácido. Este pH, además de favorecer la erosión, el azúcar promueve la descalcificación dental y el inicio de las lesiones cariosas.
- b) Las bebidas deportivas o suplementos minerales también son erosivos, debido a la presencia de ácido ascórbico, maleico o tartárico, con un pH similar al de muchas frutas, que oscila entre los 3,8.
- c) Los ácidos cítricos presentes en las frutas y el ácido maleico encontrado en vinagres oscilan un pH entre 2,3 y 2,9, por lo que se convierten en sustancias altamente erosivas.
- d) En cuanto a las bebidas alcohólicas, estas poseen un pH que varía entre 4,3 y 5,5, del cual no se produce daño al esmalte, pero sí puede afectar a la dentina, especialmente si el pH es de 6,8, lo que vuelve más susceptible a la desmineralización.⁸

- II. *Medicamentos*: Vitamina C (ácido ascórbico), nitroglicerina, ácido acetilsalicílico que sean de uso prolongado.³

También los diuréticos, antidepresivos, hipotensores, antieméticos, antihistamínicos, antiparkinsonianos y algunos tranquilizantes actúan disminuyendo la cantidad de saliva; por lo tanto, se ve afectada la posibilidad de remineralización.¹

- III. *Drogas con bajo pH*: Anfetamina, cocaína y metanfetamina.³

2.3.3 Características clínicas

Se limita al esmalte y tiende a desarrollarse en varios dientes al mismo tiempo.

1. Color: Opaco blanquecino, aunque puede adoptar otras apariencias.⁵
2. Textura: Suave, ligeramente rugosa.
3. Localización: En cualquier superficie del diente.
4. Forma: Aplanada en superficies lisas y en forma de copa, cúspide invertida o redondeada en las cúspides, como se observa en la *figura 6*.

Y donde existen restauraciones, se presentan por encima de la estructura dentaria en forma de *panal de abeja*, como se observa en la *figura 7*.¹

5. Sensibilidad: Suelen ser muy sensibles al tacto, así como a estímulos térmicos como el calor y el frío.²



Figura 6. Erosión en las cúspides dentarias, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Figura 7. Erosión en forma de panal de abejas, tomado Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

2.3.4 Medidas de prevención

Diversos autores recomiendan el uso de agentes remineralizantes, como:

- 1) Flúor: Es el agente más utilizado a nivel mundial, debido a su capacidad de inhibir la disgregación de los minerales presentes en el esmalte; puede aplicarse en forma de gel tópico, barniz, enjuague bucal o dentífrico. Usar dentífricos con una alta concentración de flúor (5000 ppm y 19,000 ppm).
- 2) Nano-hidroxiapatita: Presenta un potencial similar al flúor, penetrando las porosidades del esmalte y atrayendo iones calcio y fosfato, lo que favorece la formación de una superficie remineralizada.

- 3) Té verde: Gracias a su contenido de epigallocatequina-3-galato (EGCG), inhibe las metaloproteinasas (MMPs). Los estudios in vitro han demostrado un efecto preventivo contra la desmineralización causada por los jugos ácidos, especialmente enjuagues o pastas con flúor.
- 4) Xilitol: Dado que nos ayuda a la producción del flujo salival y a mantener el pH neutro, actúa como preventivo en chicles o pastillas sin azúcar.⁸

Sin embargo, si la erosión se ha intensificado y hay una pérdida significativa de esmalte, se recomienda llevar a cabo la realización de restauraciones directas de composite o carillas de composite/cerámica para cubrir las áreas erosionadas.⁹

2.4 ABRASIÓN

2.4.1 Definición

La abrasión dental, es un desgaste patológico de la estructura dentaria, causado por la fricción de un objeto que ejerce una acción mecánica sobre los dientes ¹⁰, como se observa en la *figura 8*.¹ Este tipo de lesión se agrava si se combina con una sustancia ácida.³



Figura 8. Abrasión dental, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

2.4.2 Etiología

Los factores causales se clasifican en:

1. **Individuales:** Se deberá tener en cuenta la técnica, la fuerza y la frecuencia con que se cepilla.

2. **Materiales:** Los dentífricos que poseen propiedades abrasivas, como el carbonato de calcio, óxido de aluminio, silica hidratada y el bicarbonato de sodio.¹
3. **Asociados al trabajo o profesión:** Los sastres, los músicos de instrumentos de viento y los carpinteros ³ tienen hábitos lesivos tales como colocar elementos entre los labios y los dientes. Sin embargo, existen otras profesiones que están expuestas al polvo ambiental con sustancias abrasivas.¹
4. **Asociados a tratamientos:**
 - a) Tratamiento periodontal: Instrumentación excesiva por acción de curetajes, limpiezas sónicas ³ y raspados y alisados radiculares, ya que provocan la eliminación del cemento y la consecuente exposición de los túbulos dentinarios.¹
 - b) Tratamiento protésico: Los ganchos retentivos de una prótesis parcial removible están en un lugar inadecuado o no hay apoyo oclusal. Lo que puede provocar su desplazamiento hacia apical y la pérdida de la función.¹
 - c) Tratamiento cosmético: Los blanqueadores dentales con peróxido de carbamida al 10% ¹ y por el uso de “piercings” intrabucles.³

2.4.3 Características clínicas

1. Color: No presenta biopelícula, ni manchas de coloración, pero la dentina se ve esclerosada.
2. Textura: El esmalte se ve liso, plano y brillante; la dentina expuesta se presenta extremadamente pulida.
3. Forma: Plato amplio con márgenes no definidos, acompañado de recesión gingival, como se observa en la *figura 9*.
4. Localización: En vestibular, del canino al primer premolar de ambas arcadas, como se observa en la *figura 10*.
5. Superficie: Dura y a veces con grietas.¹



Figura 9. Abrasión acompañada de recesión gingival, tomada de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Figura 10. Abrasión en premolares, tomada de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

2.4.4 Medidas de prevención

Es fundamental orientar y corregir los hábitos de higiene dental, para evitar que se cepillen de forma horizontal, vigorosa, prolongada y con alta frecuencia. Se deben considerar los siguientes factores:¹¹

- 1) La longitud del mango del cepillo: La fuerza que se aplica será mayor si la toma de la parte activa es más cercana.
- 2) El tipo de cerdas: Las cerdas blandas serán las menos abrasivas.¹
- 3) Técnica de cepillado: La técnica de Bass es la recomendada.¹¹

No obstante, el tipo de dentífrico que se utiliza es aún más relevante, ya que su efecto dependerá de su grado de abrasividad y en qué cantidad se use.¹

En cuanto al tratamiento restaurador, los materiales de composites de nanorelleno, las resinas modificadas con cementos de ionómero de vidrio y los compuestos de microrelleno son los más recomendados.¹¹

2.5 ABFRACCIONES

2.5.1 Definición

La palabra abfracción se deriva del latín: ab = *ausente*, fractio= *romper*.

En 1991, Grippo lo denominó como una pérdida patológica de la estructura dental en áreas de concentración de estrés, causada por las fuerzas de carga oclusal excéntricas que llevan a la flexión dental.²

En la actualidad, corresponde al nombre de *stress flexural*, *stress tensil* o *el síndrome de compresión*.¹² Por ser la lesión de un conjunto de signos (pérdida de la estructura dentaria en forma de cuña, la fractura y el desprendimiento reiterado de restauraciones) y de síntomas (hipersensibilidad dentaria) cuando la lesión está en actividad, como se observa en la *figura 11*.¹



Figura 11. Abfracción dental, tomada de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

2.5.2 Etiología

Varios autores coinciden en que la etiología es un complejo y difícil de comprender¹, pues es multifactorial y sus factores pueden cambiar a lo largo del tiempo.¹³

El desarrollo de las lesiones es proporcional a la dirección, la magnitud, la frecuencia, la duración y la ubicación de las fuerzas de carga estática o cíclicas. Dichas cargas se definen como acciones que tienen la habilidad de alterar el estado de reposo o movimiento de un cuerpo. En la *Figura 12*, se observa cómo la carga aplicada se disipa en el interior del material como energía de tensión, lo que origina deformación y eventual abfracción a causa de las fuerzas de carga excéntricas.²

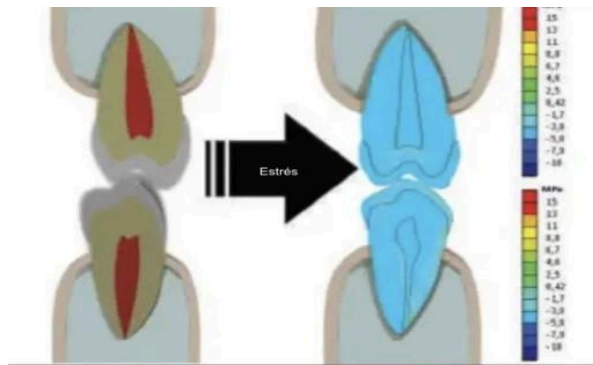


Figura 12. Disipación de tensiones, tomado de Soares PV. *Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity* (2017).

Como se observa en la *Figura 13*, la tensión mecánica o estrés se clasifica en esfuerzo de:

- Tracción: Actúa en direcciones opuestas y divergentes a lo largo del mismo eje, tendiendo a alargar la estructura sobre la que actúa.
- Compresión: Actúa en direcciones opuestas y convergentes a lo largo del mismo eje, tendiendo a comprimir o reducir la estructura sobre la que actúa.
- Cortante: Actúa en direcciones opuestas y paralelas en diferentes planos, tendiendo a deslizar una parte de la estructura a lo largo de la parte adyacente, provocando a menudo dilaceraciones.²

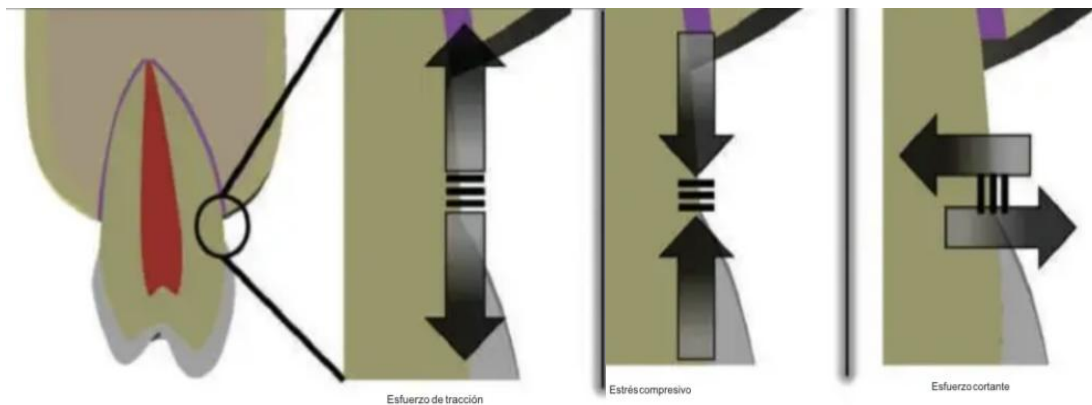


Figura 13. Clasificación de tensiones, tomado de Soares PV. *Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity* (2017).

Por lo tanto, el diente experimenta dos tipos de tensión: tracción o elongación y compresión o aplastamiento.¹² Durante la masticación, hay contacto dentario sometido a compresión, como se observa en la *Figura 14*², ya que intervienen fuerzas axiales y horizontales, lo que provoca un arqueamiento en la corona dentaria y microfracturas del esmalte, utilizando como fulcrum la región cervical.¹

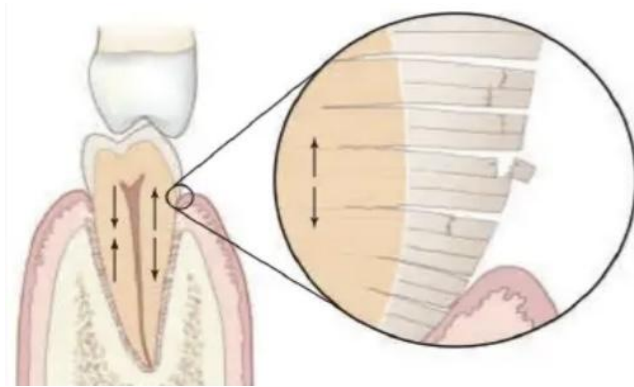


Figura 14. Fuerzas oclusales cíclicas, tomado de Soares PV. *Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity* (2017).

Estudios realizados demuestran que:

- a. Las abfracciones se producen antes que la recesión gingival.
- b. En un primer estadio invaden el espacio biológico periodontal.
- c. Puede progresar en torno a restauraciones existentes y extenderse subgingivalmente.
- d. Puede estar debajo del margen de una corona y carillas.
- e. No siempre están afectados los dientes adyacentes a la lesión.
- f. Puede generar ruptura o desprendimiento de restauraciones cervicales, como se observa en el *Anexo 4*.
- g. Rara vez se presenta en lingual o palatino (alrededor del 2%).
- h. No se presenta en dientes móviles o periodontalmente comprometidos, ya que las cargas se distribuyen al ligamento y el hueso alveolar.
- i. No se presenta en dientes con periodonto ensanchado.¹

2.5.3 Características clínicas

1. Textura: Ángulos ásperos: pueden ser redondeados o agudos, como se observa en las Figuras 15 y 16.²
2. Forma: De cuña profunda con estrías y grietas.
3. Localización: En la unión amelocementaria, donde la flexión puede conducir a la ruptura de los prismas del esmalte, como se observa en el Anexo 5.¹ Puede causar microfracturas del cemento (escalones) y la dentina. Los órganos dentarios más afectados son los premolares y del maxilar y mandibular.²
4. Superficie: Márgenes definidos.¹

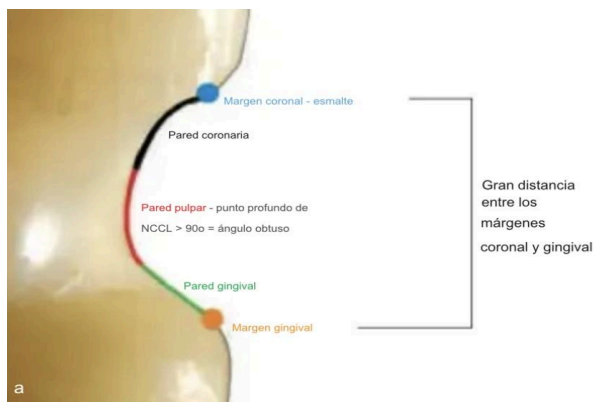


Figura 15. Ángulo redondeado, tomado de Soares PV. *Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity* (2017).

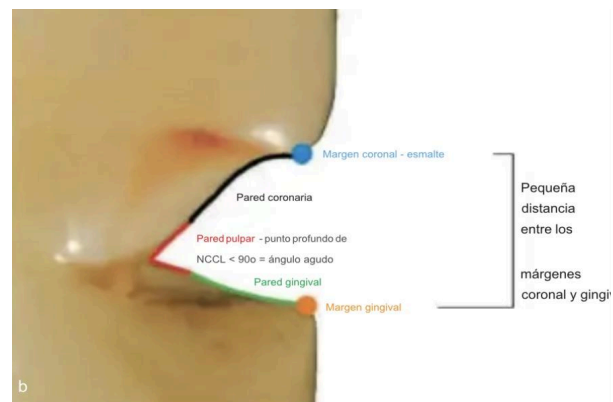


Figura 16. Ángulo agudo, tomado de Soares PV. *Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity* (2017).

2.5.4 Medidas de prevención

Para prevenir el inicio y la progresión de estas lesiones, así como minimizar el fracaso de las restauraciones cervicales, se recomienda:

- 1) Ajuste oclusal: Alteran las inclinaciones cuspídeas y eliminan los contactos prematuros. Pero si un ajuste no se realiza de forma adecuada, podría agravarla.¹³
- 2) Férulas oclusales: Es un dispositivo generalmente de acrílico que ayuda a dispersar la tensión, como se observa en el Anexo 6, para disminuir la actividad muscular y proteger los discos de la articulación temporomandibular (ATM).¹⁴

- 3) Monitoreo de la progresión de las lesiones: Depende del tamaño y profundidad. Cuando son menos de 1 mm de profundidad, indoloras y no afectan la estética, se debe visitar al odontólogo cada 6 a 12 meses o durante las visitas de higiene regular.
- 4) Técnicas para aliviar la hipersensibilidad: En caso de sensibilidad dolorosa, se deben obliterar los túbulos dentinarios colocando una capa adhesiva, desensibilizadores o barniz de flúor.
- 5) Colocación de restauraciones: Cementos de ionómero de vidrio, cementos de ionómero modificados con resina y compuestos a base de resina (compómeros y resinas). Cuando la lesión está próxima al complejo pulpar, se recomienda utilizar hidróxido de calcio.¹³
- 6) Procedimientos quirúrgicos: Cirugía periodontal en caso de que la abfracción se presente en subgingival.¹

2.6 ATRICIÓN

2.6.1 Definición

Es la pérdida del tejido dental que se da por contacto directo diente a diente¹⁵, como se observa en la *Figura 17*, que puede afectar ambos tipos de denticiones, temporal y permanente.¹⁰ El grado que presenta una persona depende de la fuerza de oclusión, es decir, del grado de desarrollo de los músculos masticatorios.¹⁶



Figura 17. Atrición dental, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).

El fenómeno inicia como leves facetas muy suaves en las superficies dentales que hacen contacto durante la masticación y no hay una exposición pulpar o sensibilidad a nivel dentinario, ya que la pérdida de estructura dental es muy lenta, lo que

permite la aposición de dentina secundaria-reparativa.¹⁷ Pero a medida que pasa el tiempo, las facetas aumentan de tamaño y se reduce la altura cuspídea, desapareciendo al mismo tiempo la anatomía incisal y oclusal de los dientes ¹⁰, alterando la función masticatoria y cambios visibles en la armonía bucodental que alteran la estética facial en general.¹⁸

2.6.2 Etiología

Existen varios factores asociados que están respaldados científicamente, entre ellos:

- I. El bruxismo: Es una actividad repetitiva de los músculos asociados a la masticación, caracterizada por apretamiento o rechinar de los dientes, pudiendo estar acompañada de trabazón y deslizamiento de la mandíbula.¹⁹

El bruxismo es causado por un estímulo del sistema nervioso; se clasifica en dos tipos:

- a) Bruxismo diurno o en vigilia: El estrés psicológico y la ansiedad son sus factores de riesgo.
- b) Bruxismo nocturno o del sueño: Se produce tras microdespertares durante el sueño, lo que provoca un aumento de la frecuencia cardíaca, lo que a su vez incrementa la actividad cerebral. Posteriormente se activa el músculo suprahióideo y se produce una actividad rítmica de los músculos masticatorios.²⁰

La evidencia científica demuestra que el bruxismo es el principal problema de la atrición.¹⁸

- II. Dietas: La ingesta de alimentos duros o inusuales como el hueso.²⁰

- III. El número de dientes residuales (< 20): Entre menos dientes presentes, mayor sobrecarga funcional o parafuncional recibirán.¹⁸

- IV. Medicamentos: Los antidepresivos, específicamente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que aumentan los niveles del neurotransmisor serotonina en el cerebro.²⁰

2.6.3 Características clínicas

1. Color: Brillante ¹⁶

2. Forma: Plana, alargada y en las caras oclusales cóncavas (desgaste de la dentina)¹⁶, como se observa en la *Figura 18*.¹⁹
3. Localización: En superficies oclusales, bordes incisales, caras palatinas de incisivos y caninos superiores.¹⁶ como se observa en la *Figura 19*.¹⁹



Figura 18. Forma aplanada y alargada, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).



Figura 19. Atrición en caras oclusales, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018)

2.6.4 Medidas de prevención

Especialmente cuando son causados por bruxismo, son las más difíciles de tratar ya que el tratamiento restaurativo no curará las tendencias de desgaste del paciente, dado que su origen es neurológico. Por lo tanto es fundamental que se use una férula protectora a largo plazo o posiblemente de por vida ²⁰, como se observa en la *Figura 20*.



Figura 20. Férula, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).

2.7 LESIONES MULTIFACTORIALES

Se pueden presentar las siguientes combinaciones:

NCCL	ETIOLOGÍA
Atrición- Abfracción	Es la interacción entre el estrés flexural producido por la fuerza y el desgaste provocado por el contacto diente con diente, como se observa en el <i>Anexo 7</i> . ²
Atrición- Abrasión	Es la interacción entre la masticación de dietas de grano grueso y la utilización de materiales abrasivos para la higiene, como se observa en el <i>Anexo 8</i> . ²
Atrición- Erosión	Es la pérdida de estructura dental provocada por el contacto diente con diente y la combinación de sustancias ácidas, como se observa en el <i>Anexo 9</i> . ²
Abfracción- Abrasión (Abrasión flexural)	Es la pérdida de estructura dental en áreas que fueron sometidas a la fuerza provocado por el estrés y a la fricción de materiales, principalmente por un cepillado agresivo. ²
Abfracción- Erosión (Corrosión por estrés)	Es la interacción del órgano dental con estrés flexural y un medio ácido. Provocando 10 veces mayor la pérdida de la estructura dental, como se observa en el <i>Anexo 10</i> . ²
Abrasión- Erosión (Abrasión química)	Es la interacción de sustancias ácidas que produce la exposición de la dentina y la fricción del cepillo dental con un dentífrico de forma inmediata a la ingesta. Es el caso de los pacientes bulímicos. ²

Figura 21. Lesiones multifactoriales, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

3. JUSTIFICACIÓN

Es de suma importancia llevar a cabo esta investigación debido a su alta prevalencia en la práctica odontológica y por el limitado conocimiento que tiene la población sobre estas lesiones. Esta situación disminuye las posibilidades de establecer estrategias preventivas e incrementa la complejidad del tratamiento.

Por ello, determinar la frecuencia y describir las características clínicas de las LCNC, permitirá generar evidencia local que ayude a la detección temprana, a la prevención y al manejo adecuado de estas lesiones. Asimismo, los resultados proporcionarán información esencial tanto a los estudiantes como a los profesionales de la salud bucal, para la toma de decisiones clínicas y para la planificación de intervenciones educativas.

Además, el folleto educativo ayudará a fomentar la prevención y el autocuidado en los pacientes atendidos en la Clínica de Admisión.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las lesiones cervicales no cariosas (LCNC) son un problema común en la práctica odontológica, caracterizada por la pérdida del tejido duro del diente, sin la intervención de microorganismos. Estas lesiones son causadas por factores químicos, mecánicos y fuerzas oclusales, provocando alteraciones estéticas y funcionales, como la pérdida de estructura dentaria e hipersensibilidad dentinaria.²¹

En diversos estudios han demostrado que debido a su etiología multifactorial, el diagnóstico temprano es complejo por la falta de criterios clínicos estandarizados y por la falta de conocimiento sobre el tema. Por ello, en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología, UNAM se ha observado un gran número de pacientes con LCNC en estadios avanzados, ya que muchos de los pacientes, acuden a consulta odontológica solo cuando hay presencia de dolor.

Esta situación, refleja el bajo nivel de conocimiento y la falta de registros sistematizados donde documenten la frecuencia de estas lesiones, según la edad y el sexo. Por ello, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características clínicas y la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas en los pacientes de la Clínica de Admisión, Facultad de Odontología, UNAM?

5. HIPÓTESIS

- a) Hipótesis alternativa (H_1): La abrasión es el tipo de lesión más frecuente en los pacientes que acuden al turno vespertino de la Clínica de Admisión durante el periodo de febrero a septiembre del 2025.
- b) Hipótesis nula (H_0): La abrasión no es el tipo de lesión más frecuente en los pacientes que acuden al turno vespertino de la Clínica de Admisión durante el periodo de febrero a septiembre del 2025.

6. OBJETIVO GENERAL

Describir las características clínicas y determinar la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas en los pacientes atendidos en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología, UNAM.

7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Describir las características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas, mediante una revisión bibliográfica.
- II. Determinar la frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas e identificar el tipo y el sexo más común dentro de la muestra estudiada.
- III. Determinar qué edad es más frecuente en cada tipo de lesión.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

a) Metodología

El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal, con un enfoque cuantitativo. La población estará conformada por los pacientes que acudan al turno vespertino de la Clínica de admisión de la Facultad de Odontología, UNAM, durante el periodo de febrero a septiembre del 2025. Asimismo, la muestra estará constituida por todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para el desarrollo del estudio.

b) Criterios de inclusión

- I. Pacientes que presenten lesiones cervicales no cariosas identificables clínicamente.
- II. Pacientes que presenten historia clínica completa.
- III. Pacientes mayores de 2 años de edad.
- IV. Pacientes de ambos sexos.

c) Criterios de exclusión

- I. Pacientes que presenten historia clínica incompleta.
- II. Pacientes con carnet retenido.

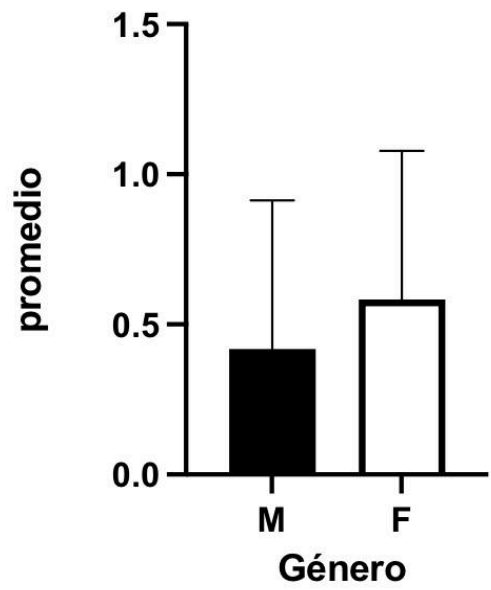
d) Técnica de recolección de información

Instrumento: Historia clínica, unidad dental con buena iluminación, guantes de exploración y un espejo bucal.

Técnica:

- I. Elaboración de la historia clínica del paciente.
- II. Valoración mediante un examen clínico intraoral e identificar los diferentes tipos de lesiones como: abrasión, erosión, abfracción, atrición o multifactoriales (combinadas).
- III. Registro de las características clínicas y hábitos relacionados, incluyendo: Disfunción articular, maloclusiones, obturaciones mal ajustadas, ausencias dentales parciales, facetas de desgaste y frecuencia del cepillado dental.
- IV. Registro de los datos conforme al sexo, la edad y el tipo de lesión presente.
- V. Análisis de datos recolectados para determinar la frecuencia y el tipo de lesión con mayor impacto.
- VI. Distribuir un folleto educativo para fomentar la prevención y el autocuidado de las lesiones cervicales no cariosas, abarcando temas como: Definición, etiología y medidas preventivas.

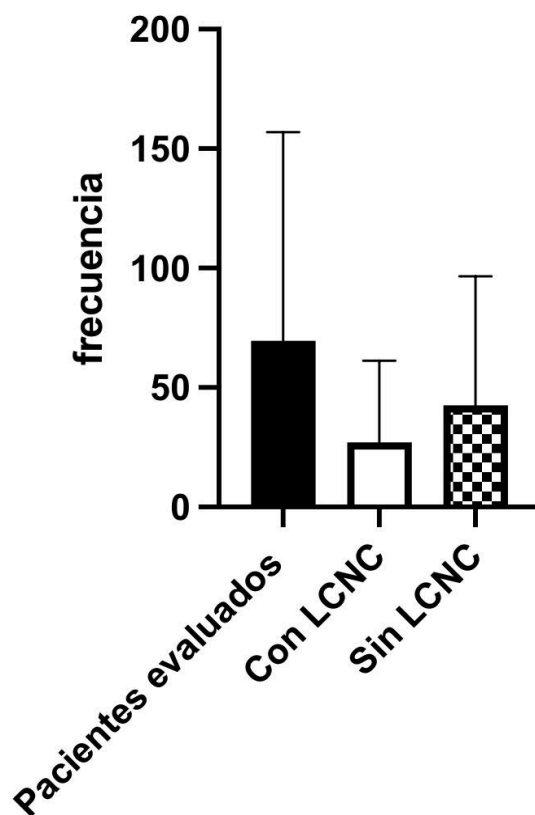
9. RESULTADOS



Gráfica 1. Comparación del Sexo masculino (M) con el sexo femenino (F).

	Femenino	Masculino
Promedio y desviación estándar.	0.583 ± 0.49*	0.41 ± 0.49

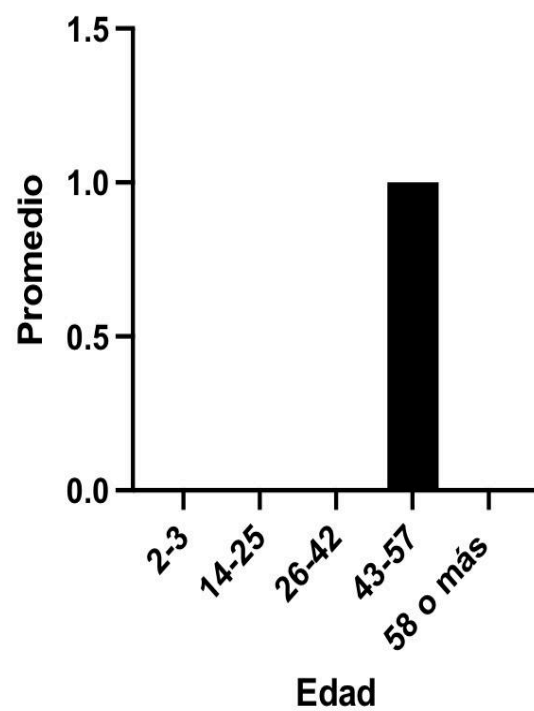
Tabla 1. Hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos sexos, correspondió ser mayor el del sexo femenino* P<0.5. n=108.



Gráfica 2. Representa a los pacientes evaluados, con y sin lesiones cervicales no cariosas (LCNC).

	Pacientes atendidos	Con LCNC	Sin LCNC
Promedio y desviación estándar	1 ± 0	0.38 ± 0.48	0.61 ± 0.48*

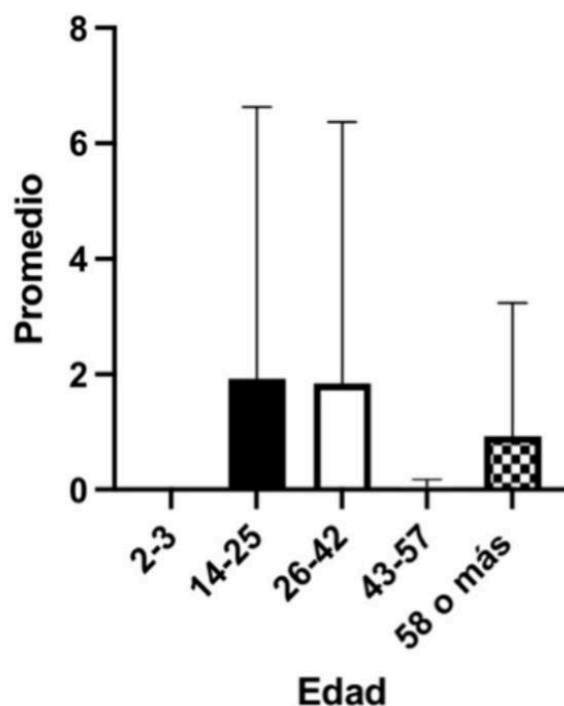
Tabla 2. Hubo diferencia estadísticamente significativa al comparar los pacientes evaluados con y sin lesiones cervicales no cariosas (LCNC), correspondió ser mayor en pacientes sin LCNC* n=278.



Gráfica 3. Representa la lesión cervical no cariosa con abrasión (LCNC).

	2-13 años	14-25 años	26- 42 años	43-57 años	58 > años
Promedio y desviación estándar	0 ± 0	0 ± 0	0 ± 0	1 ± 0	0 ± 0

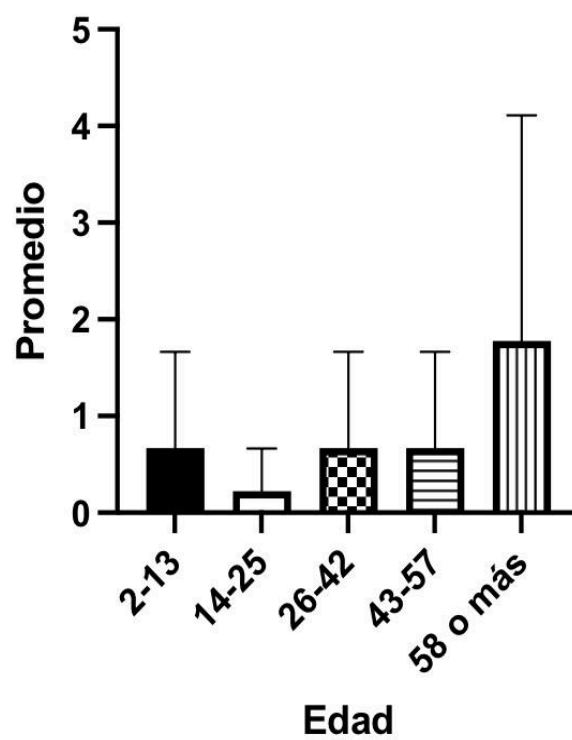
Tabla 3. No hubo diferencias estadísticamente en la comparación entre las diferentes edades debido a que solo hubo un caso en la edad de 43-57 años.



Gráfica 4. Representa la lesión cervical no cariosa con abfracción (LCNC).

	2-13 años	14-25 años	26- 42 años	43-57 años	58 > años
Promedio y desviación estándar	0 ± 0	0.39 ± 0.49	0.38 ± 0.48	0.04± 0.21	0.17± 0.38**

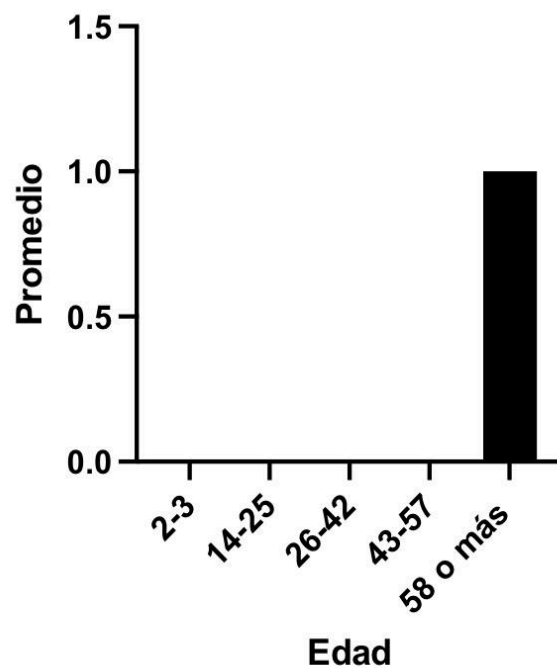
Tabla 4. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar las diferentes edades con la prueba de Análisis de varianza (ANOVA), sin embargo sí hubo diferencia estadísticamente significativa al aplicar la prueba de Barlett a los 58. **



Gráfica 5. Representa la lesión cervical no cariosa con atrición de 2 a 58 años.

	2-13 años	14-25 años	26- 42 años	43-57 años	58 > años
Promedio y desviación estándar	0.16 ± 0.38	0.05 ± 0.23***	0.16 ± 0.38	0.16 ± 0.38	0.44 ± 0.51

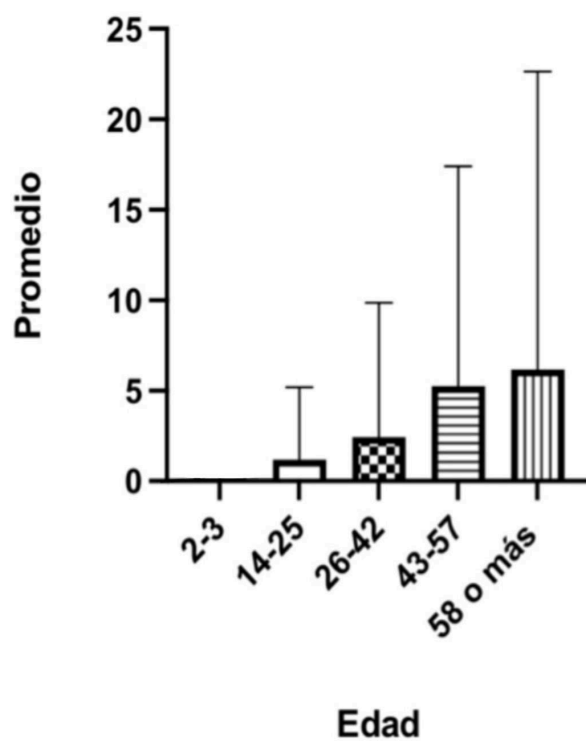
Tabla 5. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar las diferentes edades con la prueba de Análisis de varianza (ANOVA), sin embargo sí hubo diferencia estadísticamente significativa al aplicar la prueba de Barlett a los 58 años. ***



Gráfica 6. Representa la lesión cervical no cariosa con erosión (LCNC).

	2-13 años	14-25 años	26- 42 años	43-57 años	58 > años
Promedio y desviación estándar	0 ± 0	0 ± 0	0 ± 0	0 ± 0	1 ± 0

Tabla 6. No hubo diferencias estadísticamente en la comparación entre las diferentes edades debido que solo hubo un caso en la edad de más de 58 años.



Gráfica 7. Representa lesión cervical no cariosa multifactorial por edad.

	2-13 años	14-25 años	26- 42 años	43-57 años	58 > años
Promedio y desviación estándar	0 ± 0	0.12 ± 0.33***	0.16 ± 0.37	0.32 ± 0.32	0.40 ± 0.49

Tabla 7. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar las diferentes edades con la prueba de Análisis de varianza (ANOVA), sin embargo sí hubo una diferencia estadísticamente significativa al aplicar la prueba de Barlett a los 14-25 años.***

HIPÓTESIS	DESCRIPCIÓN	¿SE CUMPLIÓ?
Alternativa (H_1)	La abrasión es el tipo de lesión más frecuente en los pacientes que acuden al turno vespertino de la Clínica de Admisión durante el periodo de febrero a septiembre del 2025.	x
Nula (H_0)	La abrasión no es el tipo de lesión más frecuente en los pacientes que acuden al turno vespertino de la Clínica de Admisión durante el periodo de febrero a septiembre del 2025.	✓

Tabla 8. Se presenta el análisis del cumplimiento de las hipótesis formuladas, a partir de la identificación del tipo de lesión con mayor frecuencia en la muestra estudiada.

10. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados del presente estudio, el 58.3% de los pacientes evaluados con lesiones cervicales no cariosas (LCNC) pertenecieron al sexo femenino. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Cabrera y colaboradores²², quienes determinaron que la prevalencia es más alta en el sexo femenino, lo cual podría estar relacionado con los factores propios del sexo, como la morfología del diente y hábitos higiénicos. Asimismo, de los 278 pacientes evaluados en la Clínica de admisión de la UNAM, el 38.8% presentaron lesiones cervicales no cariosas (LCNC), un porcentaje inferior al observado con otros estudios. Según los hallazgos de Riera y colaboradores²³, la prevalencia es de 46.7%; Zimmer²⁴ la estableció con el 49.7% y Molina²⁵ con el 54.8%. Esta discrepancia podría atribuirse a las diferencias en la metodología de diagnóstico, el grupo de estudio o los factores de riesgo representativos en cada entorno. En relación a la edad, el grupo más afectado fue el de 26 a 42 años, lo que difiere con lo encontrado por Penoni²⁶, quien determinó una mayor prevalencia entre los 40 a 60 años. De igual manera, Beltrán y colaboradores²⁷ señalaron un predominio en personas mayores de 40 años. Esto sugiere que la edad de inicio o de progresión de las LCNC, puede estar influenciada por los factores ambientales, hábitos de vida y contextos socioculturales. Respecto al tipo de lesión, la abfracción fue la más frecuente (58.3%), seguida de las lesiones multifactoriales (Atrición-Abfracción) y finalmente, la abrasión y la erosión. Estos hallazgos difieren con los resultados de Navarro y colaboradores²⁸, quienes reportaron que la abfracción es la segunda lesión más frecuente después de la abrasión. Esta discrepancia podría estar relacionada por la limitación metodológica de este estudio, ya que solo se registró la frecuencia del cepillado dental y, de acuerdo con lo hallado por Barranco y colaboradores¹ el tipo y la cantidad del dentífrico influyen más con la abrasión. Sin embargo, los principales factores de riesgo en la muestra estudiada fueron las maloclusiones, obturaciones mal ajustadas, disfunción articular, facetas de desgaste y ausencias dentales. Según con lo reportado por Soares y colaboradores², este conjunto de signos clínicos generan concentraciones de estrés en la zona cervical del diente, favoreciendo la aparición de la abfracción debido a las fuerzas de cargas excéntricas. Por otra parte, Astudillo y colaboradores¹⁸ mencionan que el desgaste fisiológico aumenta con la edad y la ausencia de dientes posteriores, producen una sobrecarga funcional o parafuncional sobre los dientes remanentes, incrementado el

contacto oclusal y acelerando el desgaste dental. En relación con las hipótesis planteadas, los resultados no fueron consistentes con la hipótesis alternativa (H_1) ya que proponía que la abrasión era la de mayor frecuencia y la abfracción fue la que predominó en este estudio, la cual correspondió con la hipótesis nula (H_0). Entre las limitaciones del estudio, se encuentra el hecho de que la muestra proviene únicamente de una clínica universitaria, por lo que los resultados no pueden generalizarse a toda la población. Además, aunque se elaboró un folleto educativo para la prevención de estas lesiones, no fue posible difundirlo por el paro estudiantil; sin embargo, este material queda disponible para las futuras campañas de salud bucal. No obstante, los resultados resaltan la importancia de identificar las lesiones cervicales no cariosas de forma temprana, corregir factores de riesgo y orientar a los pacientes sobre sus hábitos.

11. CONCLUSIONES

Considerando las limitaciones de este estudio se puede concluir lo siguiente:

- a) El sexo femenino predominó en la muestra estudiada, lo que coincide con lo reportado en la literatura.
- b) El 38.8% de los pacientes presentaron LCNC, cifra inferior a la descrita en otros estudios.
- c) La abrasión se presentó en pacientes de 43 a 57 años de edad.
- d) La abfracción fue el tipo de lesión con mayor frecuencia, predominando entre los 14 a 25 años de edad.
- e) La atrición, la erosión y las lesiones multifactoriales, predominaron en pacientes mayores de 58 años de edad.

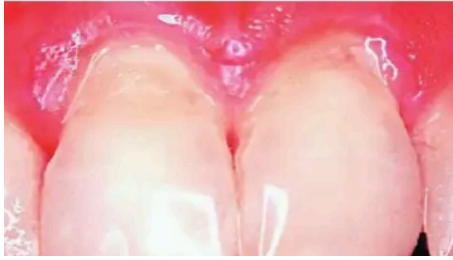
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barranco Monney PJ. *Operatoria Dental. Avances clínicos, restauraciones y estética*. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2015. [citado 2025 abril 26] Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/449859993/Operatoria-Dental-Barrancos-Moonney-5ta-Ed-2015-pdf>.
2. Soares PV, Grippo JO. *Noncarious cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity: etiology, diagnosis, and treatment*. 1st ed. Hanover Park, IL; 2017 [citado 2025 abril 26] Disponible en:
<https://es.scribd.com/document/663338394/Lesiones-Cervicales-No-Cariosa>
3. Peraza Gutiérrez L, Gutiérrez Martorell ST. *Características clinicoetiológicas y terapéuticas en dientes con lesiones cervicales no cariosas e indicadores epidemiológicos*. Revista médica electrónica de ciego de Ávila, 2020 [citado 2025 abril 20] Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2020/mdc203p>.Gómez de
4. Ross MH, Pawlina W. *Histología: Texto y Atlas. Correlación con Biología Celular y Molecular*. 7ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2015. p. 526-543.
5. Ferraris ME, Campos Muñoz A. *Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental*. 4ª ed. Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana; 2019.
6. Calvo GJM, Ríos RFI. *Lesiones cervicales no cariosas: una revisión sistemática*. Rev ADM; 2023; [citado 2025 abril 20] Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2023/od234e.pdf>
7. Lindhe J. *Periodontología clínica e implantología odontológica: Conceptos básicos*. 6ta ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Médica Panamericana, 2017.
8. Ruilova Carrión CE, León Arbulú DC, Tay Chu Jon LY. *Potencial erosivo de jugos naturales, jugos industrializados y gaseosas: revisión de literatura*. Rev. Estomatol. Herediana; 2018 [citado 2025 mayo 3] Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552018000100007&lng=es
9. Inchingolo F, Dipalma G, Azzollini D, Trilli I, Carpentiere V, Hazballa D, Bordea IR, Palermo A, Inchingolo ADI, Inchingolo AML. *Advances in preventive and therapeutic approaches for dental erosion: a systematic review*; 2023 [citado 2025 junio 14].

10. González García X, Cardentey García J, Martínez Pérez MB. *Lesiones cervicales no cariosas en los adolescentes de un área de salud*. Rev Ciencias Médicas: 2020 [citado 2025 mayo 3] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000200186&lng=es
11. Casillas Núñez, R. *Lesiones cervicales no cariosa: Diagnóstico y opciones de tratamiento* [tesis]. Ciudad de México: Repositorio de Tesis DGBSDI, UNAM; 2016 [citado 2025 agosto 24]. Disponible en:
<https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/b50e079e-5613-41ff-ac7c-8f22e804d557/content>.
12. Zavala CEPS, Carrillo Mendiburu J, Lugo Ancona P. *Relación entre la oclusión traumática y abfracciones; su rol en las afecciones pulpares*. Rev Odont mexicana: 2017 [citado 2025 junio 15] Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2017000200081
13. Nascimento MM, Dilbone DA, Pereira PNR, Duarte WR, Geraldeli S, Delgado AJ. *Abfraction lesions: etiology, diagnosis, and treatment options*. Clin Cosmet Investig Dent; 2016 [citado 2025 junio 30] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861607/>
14. Albagieh H, Alomran I, Binakresh A, Alhatarisha N, Almeteb M, Khalaf Y. *Occlusal splints-types and effectiveness in temporomandibular disorder management*. Saudi Dent J. 2023; [citado 2025 julio 3]
15. Warreth A, Abuhijleh E, Almaghribi MA, Mahwal G, Ashawish A. *Tooth surface loss: a review of literature*. Saudi Dent J. 2020 [citado 2025 julio 7].
16. Cardentey García J, Carmona Concepción JA, González García X, González Rodríguez R, Labrador Falero DM. *Atrición dentaria en la oclusión permanente*. Rev Cienc Méd 2015 [citado 2025 julio 26] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400003&lng=
17. González Penagos C, Giraldo López DV, Cano Gómez M, Ramírez Pérez DI. *Facetas de desgaste dental en conductores de buses de una empresa de Medellín*; 2017. [citado 2025 julio 11] Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/5121/512164590006/html/>

18. Astudillo Ortiz J, Lafebre Carrasco F, Ortiz Segarra J. *Factores de riesgo de la atrición dental severa: un estudio de casos y controles*. Acta Odontológica Colombiana; 2019.
19. Rees JS, Somi S. *A guide to the clinical management of attrition*. Br Dent J. 2018.
20. González Soto EM, Midobuche Pozos EO, Castellanos JL. *Bruxismo y desgaste dental*. Revista ADM; 2015 [citado 2025 julio 28] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152g.pdf>
21. Teixeira DNR, Zeola LF, Machado AC, Gomes RR, Souza PG, Mendes DC, et al. Relationship between noncarious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, and associated risk factors: A cross-sectional clinical study. J Dent. 2018.
22. Cabrera Sánchez, M. A.; Murillo Gutiérrez, L. S.; Valdés, H. *Caracterización de las lesiones cervicales no cariosas en pacientes atendidos en las clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo*. Salud & Ciencias Médicas, 2025.
23. Riera Arteaga, C. V., Delgado Gaete, B. A., Morales, B., & Ramos Montiel, R. *Lesiones cervicales no cariosas en pacientes adultos. Revisión de la literatura*. Odontología, Vol. 25, núm. 1, 2023.
24. Zimmer R, Barbosa GF, Portella FF, Soares PV, Reston EG. Association between non-carious cervical lesions, dentin hypersensitivity and anxiety in young adults: a cross-sectional study. *J Dent*. 2025.
25. Molina Alvarado MA. *Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en el Ecuador. Una revisión de la literatura*. Odontología Activa Revista Científica. 2021.
26. Penoni DC, Gomes Nunes ME, Sader F, Vettore MV, Leão AT. Factors Associated with Noncarious Cervical Lesions in Different Age Ranges: A Cross-sectional Study. *Eur J Dent*. 2021 May;15(2):325-331. doi:10.1055/s-0040-1722092. PMID: 33535250.
27. Beltrán Gordón E, Mosquera Chávez T. Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes de la Clínica UCSG semestre B-2016. Repos Digit UCSG. 2017.
28. Navarro A., A.C. Prevalence of non-carious cervical lesions in patients that attend the Odontology department. Revista Médica de la Caja de Seguro Social, 43(1-3), 2023.

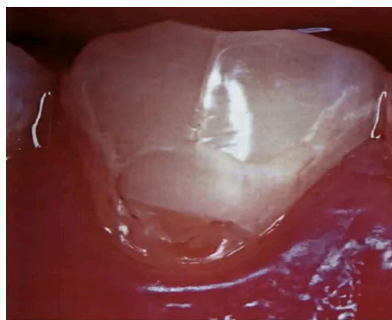
13. ANEXOS



Anexo 1. Erosión producto del reflujo gastroesofágico, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Anexo 2. Erosión típica de paciente bulímica, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



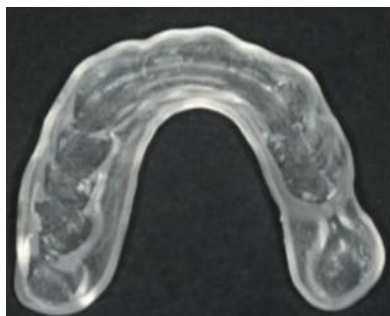
Anexo 4. Desprendimiento de restauraciones cervicales, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

Sustancia/disolución	pH
Disolución de HCl 1 M	0
Jugo gástrico	1,5
Jugo de limón	2,4
Refresco de cola	2,5
Vinagre	2,9
Jugo de naranja o manzana	3
Cerveza	4,5
Café	5
Té	5,5
Lluvia ácida	< 5,6
Saliva (pacientes con cáncer)	4,5 a 5,7
Orina	5,5 - 6,5
Leche	6,5
Agua pura	7
Saliva humana	6,5 a 7,4
Sangre	7,35 a 7,45
Agua de mar	8
Jabón de manos	9 a 10
Amoniaco	11,5
Hipoclorito de sodio	12,5
Hidróxido sódico	13,5 a 14

Anexo 3. Escala de valores de Ph en bebidas, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Anexo 5. Abfracciones subgingivales y escalones en cemento, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Anexo 6. Férula, tomado de Rees JS. A guide to the clinical management of attrition (2018).



Anexo 9. Atrición - Erosión, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Anexo 7. Atrición - Abfracción, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Anexo 10. Abfracción - Erosión, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).



Anexo 8. Atrición - Abrasión, tomado de Barranco Mooney J. *Operatoria dental: avances clínicos, restauraciones y estética* (2015).

Table Analyzed	pacientes con lesion cariosa				
Data sets analyzed	A-C				
Distribution assumption	Normal (Gaussian)				
ANOVA summary					
F	0.9471				
P value	0.4038				
P value summary	ns				
Significant diff. among means ($P < 0.05$)?	No				
R squared	0.08274				
Brown-Forsythe test					
F (DFn, DFd)	0.5840 (2, 21)				
P value	0.5665				
P value summary	ns				
Are SDs significantly different ($P < 0.05$)?	No				
Bartlett's test					
Bartlett's statistic (corrected)	5.448				
P value	0.0656				
P value summary	ns				
Are SDs significantly different ($P < 0.05$)?	No				
ANOVA table					
	SS	DF	MS	F (DFn, DFd)	P value
Treatment (between columns)	7401	2	3701	F (2, 21) = 0.9471	P=0.4038
Residual (within columns)	82056	21	3907		
Total	89457	23			
Data summary					
Number of treatments (columns)	3				
Number of values (total)	24				

Table Analyzed	pacientes con lesion cariosa	
Column C	Sin LCNC	
vs.	vs.	
Column B	Con LCNC	
Unpaired t test with Welch's correction		
P value	0.5063	
P value summary	ns	
Significantly different ($P < 0.05$)?	No	
One- or two-tailed P value?	Two-tailed	
Welch-corrected t, df	t=0.6854, df=11.83	
How large is the effect?		
Mean of column B	27.00	
Mean of column C	42.50	
Difference between means (C - B) $\pm$ SEM	15.50 $\pm$ 22.62	
95% confidence interval	-33.85 to 64.85	
R squared (eta squared)	0.03820	
F test to compare variances		
F, DFn, DFd	2.500, 7, 7	
P value	0.2498	
P value summary	ns	
Significantly different ($P < 0.05$)?	No	
Data analyzed		
Sample size, column B	8	
Sample size, column C	8	

Table Analyzed	Edad Sexo		
Column B	F		
vs.	vs.		
Column A	M		
Unpaired t test with Welch's correction			
P value	0.0142		
P value summary	*		
Significantly different (P < 0.05)?	Yes		
One- or two-tailed P value?	Two-tailed		
Welch-corrected t, df	t=2.473, df=214.0		
How large is the effect?			
Mean of column A	0.4167		
Mean of column B	0.5833		
Difference between means (B - A) ± SEM	0.1667 ± 0.06740		
95% confidence interval	0.03381 to 0.2995		
R squared (eta squared)	0.02778		
F test to compare variances			
F, DFn, Dfd	1.000, 107, 107		
P value	>0.9999		
P value summary	ns		
Significantly different (P < 0.05)?	No		
Data analyzed			
Sample size, column A	108		
Sample size, column B	108		

Table Analyzed	LCNC abrasión
Data sets analyzed	A-E
Distribution assumption	Normal (Gaussian)
Error:See Commentary	

Table Analyzed	LCNC erosión	
Data sets analyzed	A-E	
Distribution assumption	Normal (Gaussian)	
Error:See Commentary		

Table Analyzed	LCNC abstracción				
Data sets analyzed	B, C, E				
Distribution assumption	Normal (Gaussian)				
ANOVA summary					
F	0.5036				
P value	0.6064				
P value summary	ns				
Significant diff. among means (P < 0.05)?	No				
R squared	0.01325				
Brown-Forsythe test					
F (DFn, DFd)	1.000 (2, 75)				
P value	0.3727				
P value summary	ns				
Are SDs significantly different (P < 0.05)?	No				
Bartlett's test					
Bartlett's statistic (corrected)	12.81				
P value	0.0017				
P value summary	**				
Are SDs significantly different (P < 0.05)?	Yes				
ANOVA table	SS	DF	MS	F (DFn, DFd)	P value
Treatment (between columns)	16.10	2	8.051	F (2, 75) = 0.5036	P=0.6064
Residual (within columns)	1199	75	15.99		
Total	1215	77			
Data summary					
Number of treatments (columns)	3				
Number of values (total)	78				

Table Analyzed	LCNC atrición				
Data sets analyzed	A-E				
Distribution assumption	Normal (Gaussian)				
ANOVA summary					
F	1.749				
P value	0.1583				
P value summary	ns				
Significant diff. among means (P < 0.05)?	No				
R squared	0.1489				
Brown-Forsythe test					
F (DFn, DFd)	0.2444 (4, 40)				
P value	0.9114				
P value summary	ns				
Are SDs significantly different (P < 0.05)?	No				
Bartlett's test					
Bartlett's statistic (corrected)	20.40				
P value	0.0004				
P value summary	***				
Are SDs significantly different (P < 0.05)?	Yes				
ANOVA table	SS	DF	MS	F (DFn, DFd)	P value
Treatment (between columns)	12.09	4	3.022	F (4, 40) = 1.749	P=0.1583
Residual (within columns)	69.11	40	1.728		
Total	81.20	44			
Data summary					
Number of treatments (columns)	5				
Number of values (total)	45				

Table Analyzed	LCNC multifactorial				
Data sets analyzed	A-E				
Distribution assumption	Normal (Gaussian)				
ANOVA summary					
F	0.8193				
P value	0.5184				
P value summary	ns				
Significant diff. among means (P < 0.05)?	No				
R squared	0.05623				
Brown-Forsythe test					
F (DFn, DFd)	0.5880 (4, 55)				
P value	0.6727				
P value summary	ns				
Are SDs significantly different (P < 0.05)?	No				
Bartlett's test					
Bartlett's statistic (corrected)	70.34				
P value	<0.0001				
P value summary	****				
Are SDs significantly different (P < 0.05)?	Yes				
ANOVA table	SS	DF	MS	F (DFn, DFd)	P value
Treatment (between columns)	321.8	4	80.44	F (4, 55) = 0.8193	P=0.5184
Residual (within columns)	5400	55	98.18		
Total	5722	59			
Data summary					
Number of treatments (columns)	5				
Number of values (total)	60				

Anexo 11. Tablas de estadísticas descriptivas de los resultados.

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA PLAZA

a. Antecedentes históricos

Desde el año de 1989, la Facultad de Odontología de la UNAM, cuenta con la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), actualmente conocida como Clínica de Admisión. Dicha clínica, opera como el primer punto de contacto para los pacientes que acudan a recibir atención odontológica de acuerdo a sus necesidades clínicas. Sin embargo, también se ha establecido como un centro de práctica profesional y aprendizaje clínico para los estudiantes de odontología.³

Asimismo, la alcaldía de *Coyoacán* donde está situada la CREDP, se ha convertido en el destino turístico y cultural más importante de la Ciudad de México, por la presencia de instituciones académicas de gran prestigio, como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). También, su cultura se manifiesta a través de la gran diversidad de museos y espacios artísticos que posee, como el Museo Anahuacalli, del Automóvil, del Universitario del Arte Contemporáneo, de Frida Kahlo, del Centro Cultural Universitario, de la Casa Museo León Trotsky, del Nacional de las Intervenciones y de la Acuarela Alfredo Guati Rojo. Dichos lugares, contribuyen significativamente a mantener y dar a conocer la identidad artística e histórica de la región.¹

b. Ubicación geográfica

La CREDP se ubica en la planta baja del edificio E, a lado del estacionamiento de la Torre de Humanidades en la Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México.⁴

Como se observa en la *Figura 22*, la alcaldía de *Coyoacán* se ubica al centro-sur de la Ciudad de México, colindando al norte con las delegaciones Benito Juárez e Iztapalapa, al sur con la delegación Tlalpan, al oeste con la delegación Álvaro Obregón y al este con las delegaciones de Iztapalapa y Xochimilco.²

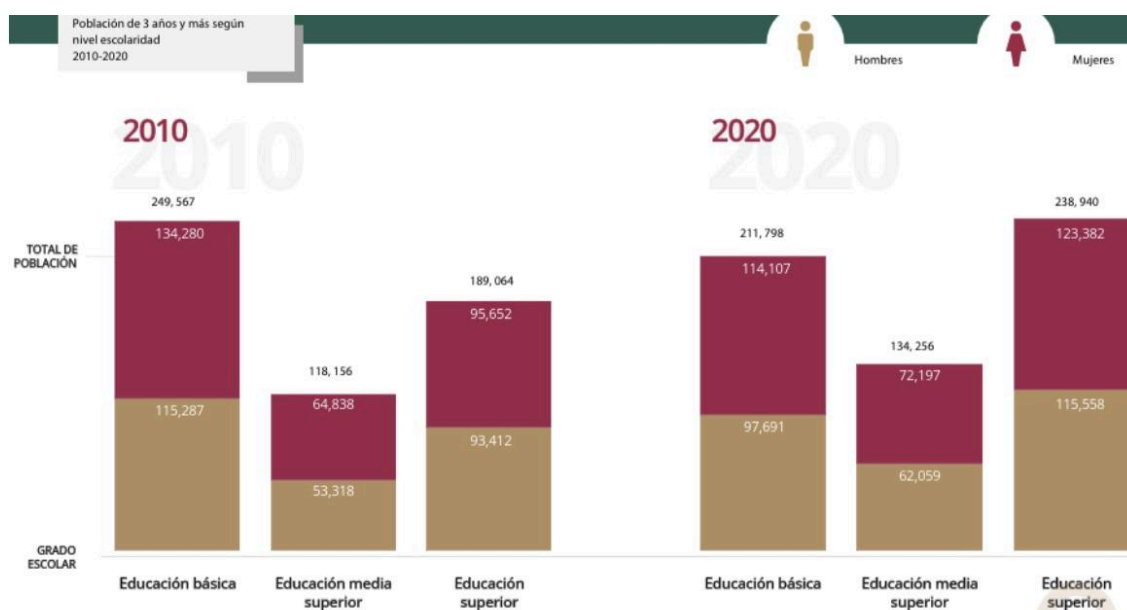
Sin embargo, se menciona que Coyoacán contaba con una población predominantemente joven, concentrada en el grupo de 25 a 29 años de edad¹. Esta distribución etaria representa un bono demográfico importante, pero con desafíos significativos en términos de planeación. Por lo tanto, es imprescindible fortalecer la oferta de servicios educativos de nivel medio superior y superior, así como promover la generación de empleos formales que respondan a las necesidades y capacidades de esta población.²

d. Servicios educativos

Con respecto a los servicios educativos en la alcaldía, cuenta con una sólida infraestructura que abarca todos los niveles de enseñanza. En el nivel preescolar, se registran 181 planteles, de los cuales el 60% pertenecen al sector privado y el 40% al ámbito federal. En cuanto a la educación primaria, existen 222 escuelas, siendo 62% públicas y 38% privadas. En el nivel secundario se contabilizan 100 instituciones, de las cuales el 66% son federales y el 34% privadas. La oferta de educación media superior incluye 50 planteles, entre los que destacan preparatorias, CONALEP, CECyT, CBTIS, Colegios de Bachilleres, un Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), así como dos preparatorias importantes: una perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y otra operada por el Gobierno de la Ciudad de México.²

En el nivel superior, Coyoacán alberga aproximadamente 10 universidades privadas y tres públicas de gran prestigio: la UNAM, la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco) y la Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica (ESIME), perteneciente al Instituto Politécnico Nacional (IPN). Estos centros de educación superior no solo satisfacen la demanda local y metropolitana, sino que también tienen un impacto a nivel nacional, atrayendo estudiantes de diversas regiones del país.²

En la *Gráfica 9*, se observa que en el año 2020, hubo un incremento significativo en la población con estudios de nivel superior, alcanzando un total de 238,940 personas, lo que representa el 41% de la población total. Cabe destacar que las mujeres constituyen la mayoría dentro de este grupo, lo que refleja una tendencia creciente hacia la equidad educativa en la demarcación.¹



Gráfica 9. Población de 3 años y más según nivel escolaridad 2010-2020, tomado del Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva de la Ciudad de México (2024).

e. Servicio de salud

En Coyoacán, el acceso a servicios de salud está respaldado por una red de instituciones pertenecientes a diferentes niveles de gobierno. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) opera cuatro clínicas —números 46, 21, 15 y 19— ubicadas en las colonias Parque Coyoacán, Parque San Andrés, Prado Churubusco y Villa Coyoacán, respectivamente. A estas se suma el Hospital General de Zona No. 32, también situado en la colonia Parque Coyoacán.²

Por otro lado, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con cuatro clínicas: Doctor Chávez, Coyoacán, Churubusco y División del Norte, distribuidas en las colonias Alianza Popular Revolucionaria, La Concepción, Parque San Andrés y El Reloj. Esta red incluye dos unidades de medicina familiar, un consultorio auxiliar y una clínica de especialidades ambulatorias.²

Asimismo, el Instituto Nacional de Pediatría representa un equipamiento especializado de alta relevancia. La Secretaría de Salud opera 11 unidades médicas distribuidas en las colonias Adolfo Ruiz Cortines, Ajusco, Atlántida, Carmen Serdán, Copilco El Alto, Popular Emiliano Zapata, Ampliación Huayamilpas, Santo Domingo, Pueblo de los Reyes, San Francisco Culhuacán y Santa Úrsula Coapa. Estas

instalaciones brindan servicios que van desde consulta general hasta dispensarios médicos.²

El Gobierno del Distrito Federal (hoy Ciudad de México) complementa esta infraestructura con 21 unidades de consulta externa, dos unidades de medicina familiar y un consultorio auxiliar. En cuanto a la asistencia social, la alcaldía cuenta con una red de equipamientos que incluye siete casas hogar, diez centros de bienestar social y urbano, tres centros de desarrollo comunitario, once centros culturales y recreativos, y tres centros de salud comunitaria, que en conjunto contribuyen al fortalecimiento del tejido social y al bienestar de la población.²

f. Organigrama de la CREDP

I. Horario de atención

La clínica atiende a los pacientes de lunes a viernes (excepto los periodos vacacionales y días no laborables marcados en el calendario escolar de la UNAM).

a) Turno Matutino: 7:00 am - 14:00 pm

b) Turno Vespertino: 14:00 pm - 20:00 pm³

II. Actividades principales

Las actividades que se realizan son:

- a) Brindar información a los pacientes que solicitan o requieren los servicios odontológicos a nivel licenciatura.
- b) Realizar una valoración clínica del estado de salud del paciente.
- c) Establecer una ruta clínica adecuada conforme a las necesidades requeridas.
- d) Expedir y/o reponer el carnet de identificación del paciente.
- e) Gestionar los procedimientos de interconsulta en pacientes con antecedentes o presencia de enfermedades sistémicas.
- f) Referir a los pacientes que requieren atención especializada a la División de Estudios de Posgrado de Especialidades e Investigación (DEPEI).³

III. Distribución de áreas

La CREDP cuenta con un único nivel y está conformada por:

- a) Mostrador/Recepción: Pasantes del servicio social realizan el registro y orientación de los pacientes.
- b) Área de farmacia: Se le brinda al paciente un *kit profiláctico* para su valoración.
- c) Área clínica: Cuenta con 14 unidades para la atención odontológica.
- d) Dirección: Se encarga de la gestión administrativa y operativa de la clínica.
- e) Área de ¡Pad's: Utilizadas por el personal para la elaboración digital de las historias clínicas.
- f) Clínica del dolor orofacial y trastornos temporomandibulares (ATM): Se realizan diversas actividades orientadas al diagnóstico, manejo y seguimiento de pacientes que presenten dolor y disfunciones articulares.³ (Ver Figura 23)

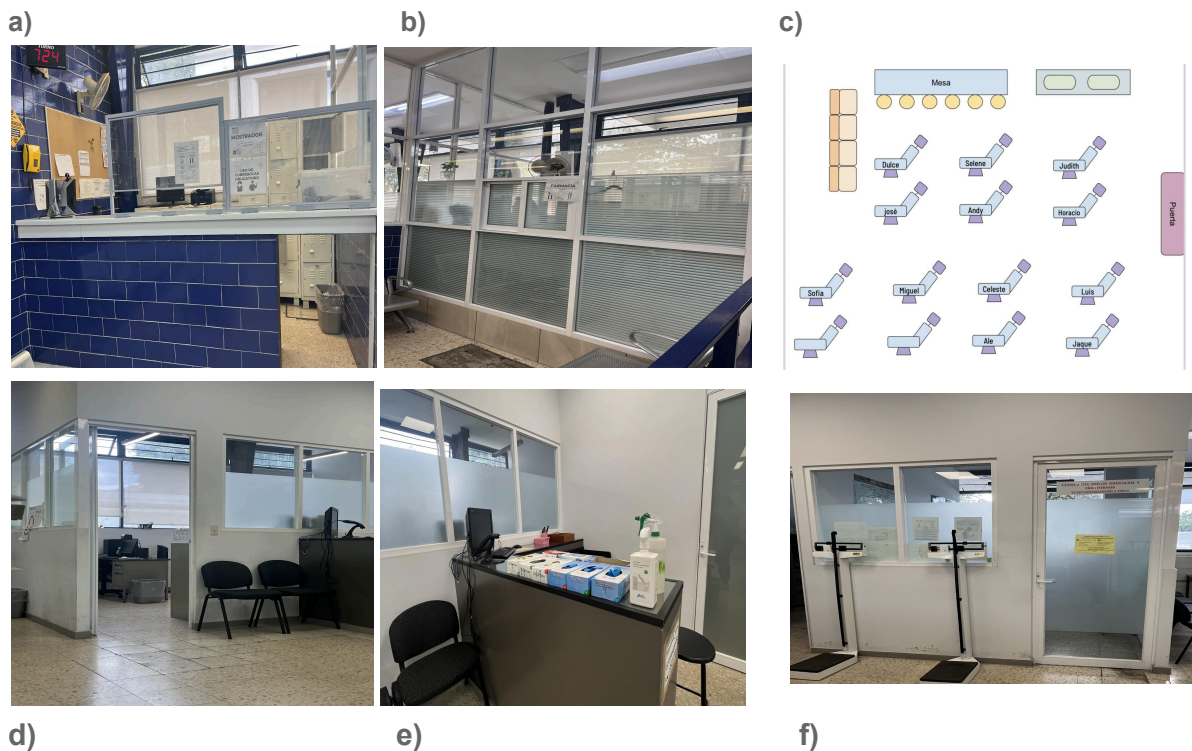


Figura 23. Distribución de áreas de la CREDP. Fotografías de elaboración propia (2025).

IV. Personal

El personal que labora en la Clínica de Admisión está integrado por profesores de la Facultad de Odontología, cirujanos dentistas y pasantes del servicio social.³

g. Bibliografía

1. Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva de la Ciudad de México (IPDP). *Panorama geográfico y estadístico de la Alcaldía Coyoacán*. Ciudad de México: Gobierno de la Ciudad de México; 2024. Disponible en: <https://ipdp.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/670/45a/d2d/67045ad2dc04f746545424.pdf>
2. Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda de la Ciudad de México (SEDUVI). *Programa Delegacional de Desarrollo Urbano de Coyoacán*. Ciudad de México: SEDUVI; 2010. Disponible en: http://www.data.seduvi.cdmx.gob.mx/portal/docs/programas/PDDU_Gacetas/2015/PDDU_COYOAC%C3%81N.pdf
3. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México. Clínica de Admisión [Internet]. Ciudad de México: UNAM; [fecha de consulta: 22 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.odonto.unam.mx/es/clinica-de-admision>.

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

En el periodo de febrero de 2025 a enero de 2026, realicé mi año de servicio social asignada en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) de la Facultad de Odontología, UNAM, en un horario de lunes a viernes de 14:00 a 18:00 horas.

Durante este tiempo desempeñé diversas actividades clínicas y administrativas.

- a. Actividades clínicas: Como se observa en la *Figura 24*, elaboré historias clínicas a través de la plataforma SMILE, que incluyeron la anamnesis, la toma de signos vitales (como el pulso y la presión arterial) y el registro de talla y peso. Posteriormente, realicé un examen intraoral con ayuda del odontograma, para valorar y asignar una ruta clínica donde se lleven a cabo sus tratamientos, de acuerdo a las necesidades del paciente. (Ver *Tabla 9*)

Finalmente, dicha historia es supervisada y autorizada por el doctor que esté en la clínica, para que se le pueda otorgar al paciente su expedición del carnet.

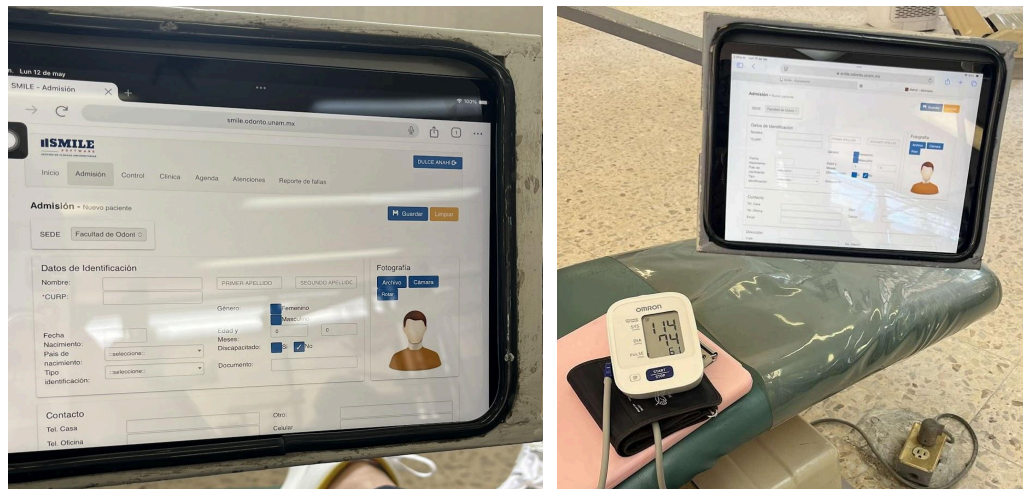


Figura 24.Plataforma SMILE. Fotografías de elaboración propia (2025).

Materias por años		
Segundo año	Preventiva	Profilaxis
	Restauradora I	Operatoria sencilla
Tercer año	Periodontología I	Profilaxis, resecciones menores a 3 mm, gingivitis y Cirugías de 1 a 2 dientes
	Endodontología I	Dientes uniradiculares o birradiculares
	Restauradora II	Operatoria complicada
Cuarto año	Cirugía I	Extracción simples y de restos
	Periodontología II	Enfermedad periodontal y cirugías de de 3 o mas dientes
	Endodontología II	Dientes multirradiculares y retratamiento sencillo
	Cirugía II	Terceros molares, patología, abscesos
	Rehabilitación II	Prótesis fija, removible y prostodoncia total
Quinto Año	Odontopediatría	Niños mayores de 6 y menores de 10 años
	Periféricas	No mandamos hacia allá
Departamento de trastornos temporomandibulares y dolor		Personas con bruxismo y problemas de la ATM
Posgrados	Implantología quirúrgica y protésica	Implantes y prótesis sobre implantes
	Cirugía oral y maxilofacial	Terceros molares no erupcionados, caninos retenidos y biopsias grandes
	Endodoncia	Endodoncias complicadas, retratamientos complicado y cirugía periapical
	Odontopediatría	Paciente pediátrico complicado por patologías o comportamiento y menores de 6 años
	Restauradora avanzada	Rehabilitaciones completas y complicadas
	Ortodoncia	Ortodoncia correctiva
	Periodontología e implantología	Cirugía de periodontología muy complicada: e implantes: injertos óseos, regeneración tisular guiada, etc
	Prótesis maxilofacial	Prótesis de ojo, paladar.
	Patología bucal	Biopsias complejas

Tabla 9. Rutas clínicas de la Facultad de Odontología. Elaborado por la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), 2025.

- b. Actividades administrativas: Brindé orientación a los pacientes para la gestión de su carnet y el proceso de pago. Para después, programar su cita conforme a la ruta clínica asignada. (Ver *Figura 25 y 26*)

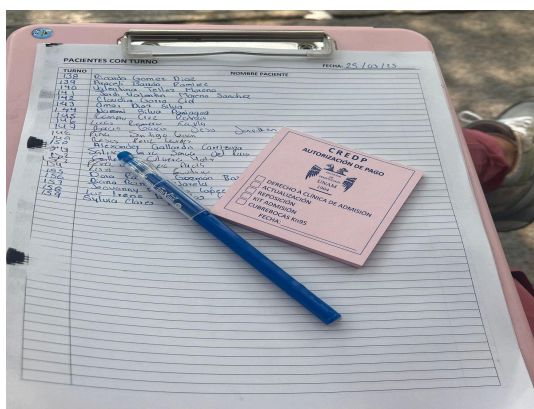


Figura 25. Proceso de Pago.
Fotografías de elaboración propia (2025).

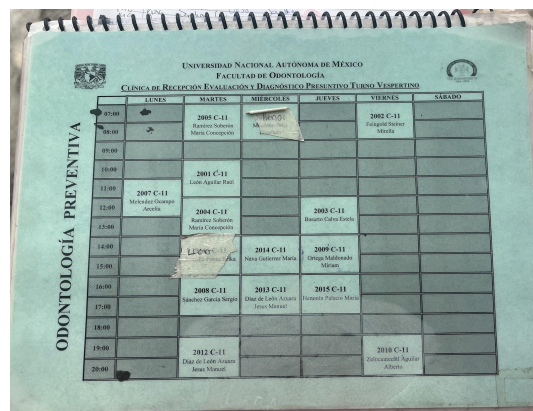


Figura 26. Programación de citas.
Fotografías de elaboración propia (2025)

En la *Tabla 10* se muestran las fechas en las que tuve actividades administrativas.

<i>FECHA</i>
4/Febrero/2025
13/Marzo/2025
7/Abril/2025
8/ Mayo/ 2025
4/ Junio/ 2025
Julio- Periodo Interanual.
27/ Agosto/2025
1/Septiembre/2025
11/ Septiembre/2025
23/Septiembre/2025

Tabla 10. Fechas de Actividades Administrativas. Elaboración propia (2025).

A continuación, en la *Tabla 11*, se muestra el total de pacientes atendidos mensualmente, clasificados por edad y sexo.

<i>MES</i>	<i>SEXO</i>		<i>EDAD</i>						<i>TOTAL</i>
(4to día del mes)	<i>H</i>	<i>M</i>	2-5	6-13	14-25	26-42	43-57	+58	
Febrero	23	40	2	2	21	13	9	16	63
Marzo	32	37	3	9	20	18	7	12	69
Abril	8	4	0	2	5	2	3	0	12
Mayo	8	9	0	0	6	3	1	7	17
Junio	4	9	0	1	3	4	2	3	13
Julio	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agosto	37	19	2	4	11	13	12	14	56

Septiembre	19	29	1	5	21	6	8	7	48
Octubre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Noviembre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diciembre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enero	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	131	147	8	23	87	59	42	59	278

Tabla 11. Pacientes atendidos durante el año 2025 a 2026. Elaboración propia (2025).

Durante en mi año de servicio social, atendí a 278 pacientes, de todo grupo de edad. En el mes de abril, mayo y junio hubo una disminución en la cantidad de pacientes atendidos. Esta disminución fue por el cupo lleno de las clínicas, por el comienzo del período interanual, donde solo se emitieron carnets a pacientes que ya contaban con algún doctor dentro de la Facultad.

Sin embargo, en el mes de julio, su descenso fue por la suspensión de actividades clínicas debido al periodo Interanual y a partir de octubre a enero, fue por el paro estudiantil.

CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Durante mi estancia en el servicio social en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la UNAM, se realizaron actividades clínicas y administrativas. Con el objetivo de brindar atención odontológica accesible a la población, de acuerdo a sus necesidades. Este espacio también brinda una oportunidad formativa significativa para los estudiantes de Odontología, ya que permite fortalecer el ojo clínico, mejorar la capacidad diagnóstica y favorecer la toma de decisiones en la práctica diaria.

Entre las principales actividades realizadas, fue la elaboración de las historias clínicas, diagnósticos presuntivos y el trato con los pacientes. Donde se cumplieron con los protocolos de medidas de bioseguridad, mediante el uso de cubrebocas, guantes de exploración, gel antibacterial, batas y kits profilácticos desechables, con el objetivo de prevenir infecciones cruzadas y minimizar los riesgos tanto para los pacientes como para el personal.

Además, se nos brindó capacitación mediante un curso de protección civil, donde nos explicaron la importancia de preparar una mochila de emergencia y de asignar un rol a cada miembro de la familia ante cualquier incidente.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

La Clínica de Admisión cuenta con una infraestructura necesaria para atender a pacientes con problemas y enfermedades bucales, con precios accesibles y de manera rápida. Por lo tanto, la clínica es ideal para el cumplimiento del Servicio social, pues las actividades realizadas fueron de gran aprendizaje a nivel profesional y personal. Se realizaron actividades como la elaboración de historias clínicas y diagnósticos presuntivos, lo que fortaleció mi ojo clínico para la identificación de signos y síntomas, así como emitir criterios de diagnósticos iniciales. Asimismo, el trato directo con pacientes contribuyó al desarrollo de habilidades de comunicación, empatía y aspectos fundamentales para brindar una atención integral y de calidad.

Por lo tanto, cursar la pasantía en la Clínica de Admisión, fue interesante sobre todo por su alta tasa de pacientes y la gran diversidad de soluciones que se les pueden brindar. No obstante, el apoyo de resoluciones de dudas clínicas por parte de los doctores especialistas, fueron la base principal para obtener un óptimo resultado en el diagnóstico. Además, aprendí la importancia de la ética profesional y el trabajo en equipo, que son elementos indispensables para mi formación como futura odontóloga.

ANEXOS

PREVENCIÓN



Usa cepillo de cerdas suaves y técnica correcta.



Manten una dieta equilibrada y baja en ácidos.



Controla el bruxismo con férulas o relajación muscular.



Acude periódicamente al odontólogo

¡LA PREVENCIÓN ES LA MEJOR RESTAURACIÓN!



REFERENCIAS

1. Barranco Monney PJ. Operatoria Dental. Avances clínicos, restauraciones y estética. 5 de. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana;2015. P.p 97-123.
2. Soares PV, Grippo JO, eds. Noncariou cervical lesions and cervical dentin hypersensitivity: etiology, diagnosis, and treatment. 1st ed. Hanover Park, IL: Quintessence Publishing; 2017.
3. Lisette Peraza-Gutiérrez y Sarah Teresita Gutiérrez-Martorell. Características clínicoetiológicas y terapéuticas en dientes con lesiones cervicales no cariosas e indicadores epidemiológicos. Revista Médica electrónica de ciego Ávila. 2020

Las lesiones cervicales no cariosas son silenciosas, pero progresivas.

¡DETECTARLAS A TIEMPO ES PRESERVAR TU SONRISA!





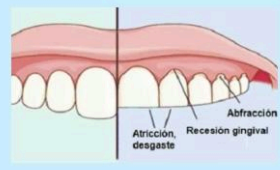
LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS

CUANDO EL DESGASTE DENTAL NO ES POR CARIES

P.S.S Dulce Anahí Silvano López
Universidad Autónoma Metropolitana
Universidad Nacional Autónoma de México

¿QUÉ SON LAS LESIONES CERVICALES NO CARIOSAS?

Son alteraciones estructurales del diente, que no se deben a bacterias, sino a factores físicos, químicos o mecánicos.



TIPOS DE LESIONES

1. EROSIÓN

Pérdida de la estructura dental causada por una **acción química** sin intervención bacteriana.



Etiología: Reflujo gastroesofágico, consumo frecuente de cítricos, bebidas carbonatadas o uso prolongado de medicamentos.

2. ABRASIÓN

Desgaste **mecánico** por fricción con objetos externos.



Etiología: Cepillado traumático, pastas abrasivas, prótesis mal ajustadas, uso de hábitos lesivos, como los palillos.

3. ABRACCIÓN

Pérdida de la estructura dental en el cuello del diente por **fuerzas de carga oclusal excéntricas**.

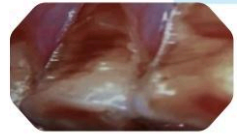


Etiología: Bruxismo, maloclusión, restauraciones mal ajustadas.

4. LESIONES MULTIFACTORIALES

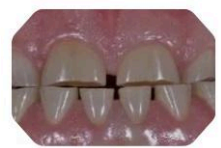
Son lesiones combinada entre sí:

- Atrición- Abrasión
- Atrición- Abrasión
- Atrición- Erosión
- Abfracción- Abrasión
- Abfracción- Erosión
- Abrasión- Erosión.



• ATRICIÓN

Desgaste fisiológico por **contacto directo diente a diente**



Etiología: Fricción oclusal y parafunciones (Bruxismo)

Anexo 12. Folleto educativo “Lesiones cervicales no cariosas”, elaboración propia (2025).



Anexo 13. Foto tomada por la Facultad de Odontología, UNAM (2025).