

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-LEON**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**Monografía para optar al Título de  
“Cirujano Dentista”**

**“Nivel de conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso de los alumnos inscritos en un componente clínico de una Universidad Pública de León en el periodo Agosto - Septiembre del 2023”.**

**Autores:**

Br. Hilda Karolina Narváez Rivera.

Br. María Alejandra Quijano Hernández.

**Tutor:**

Dr. Cristhiam José Zapata García.

León, Nic 19 Enero, 2024

*2024: 45/19 ¡La Patria, La Revolución!*

## **Resumen**

El objetivo de este estudio fue “Determinar el nivel de conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso de los alumnos inscritos en un componente clínico de una Universidad Pública de León en el periodo Agosto - Septiembre del 2023”, el estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, con una población de estudio de 100 alumnos a los que se les aplicó un cuestionario que contenía aspectos relevantes acerca de estas lesiones. Dando como resultado que la población de estudio poseen un nivel de conocimiento, regular con el 65%. Así mismo en la lesión que presentaron mayor conocimiento fue la Abfracción con un 29% y en la que presentaron un conocimiento deficiente fue Abrasión con un 55 %. Concluyendo que el grado de conocimiento fue regular.

**Palabras Claves: Conocimiento, Abfracción, Atrición, Abrasión, Erosión**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN  
FUNDADA EN 1812  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO RESTAURATIVA

León, 08 Noviembre 2023

Dr. Domingo Pichardo  
Decano  
Facultad de Odontología  
Su Despacho

Estimado Doctor Pichardo:

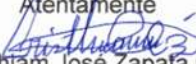
Por este medio hago de su conocimiento que la tesis para optar al título de Cirujano Dentista "Nivel de Conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso de los alumnos inscritos en un componente Clínico de una Universidad Pública de León en el periodo Agosto –Septiembre del 2023".

Realizado por las Bachilleres:

1. Hilda Karolina Narváez Rivera – N° carnet 16-02536-0
2. María Alejandra Quijano Hernández – N° carnet 16 -01792-0

Revisada por mi persona Dr. Cristhiam José Zapata García ya está finalizado  
Agradeciendo su amable atención a la presente le saludo

Atentamente

  
Dr. Cristhiam José Zapata García  
Profesor Titular medio tiempo  
Departamento de Odontología Restaurativa  
UNAN- León

## **Agradecimientos**

Agradecemos sobre todo a Dios por ser el principal motor que nos ha llevado hasta donde hemos llegado, y permitirnos llegar hasta este momento que es el final y a la vez el inicio de una nueva etapa de nuestras vidas, porque sin Él esto no hubiese sido posible.

De igual manera agradecemos a nuestras familias por haber estado siempre presentes apoyándonos en cada decisión que tomamos, en cada situación que pasamos, en cada momento y en este camino el cual hemos concluido con apoyo de ellos.

A nuestro tutor el Dr. Cristhiam José Zapata quien fue una ayuda fundamental en este proceso, gracias por su enseñanza, paciencia, consejos y tiempo que nos dedicó para que pudiéramos lograr este gran sueño y llegáramos hasta donde estamos.

## **Dedicatoria**

Dedicó este logro a Dios quien es el centro de mi vida y me permitió culminar esta carrera, la cual un día fue un sueño y hoy se está materializando, gracias a él pude levantarme cada día a pesar de las adversidades y seguir adelante superando cada obstáculo que se me presentaba.

A mis padres quienes fueron una base fundamental para llegar hasta este punto, brindándome cada día lo que necesitaba no solo económicamente, también emocionalmente dándome palabras de afirmación.

A mis familiares que siempre pude contar con cada uno de ellos, y han sido ese motor que me impulsaba durante esta carrera, motivándome y dándome aliento a seguir adelante.

A toda la comunidad de docentes que fueron parte de mi formación académica a lo largo de estos años, depositando en mi ese grano de arena para poder desempeñarme de la mejor manera en cada uno de sus componentes, dejando enseñanzas que van a permanecer en mi mente y en mi corazón, siendo un ejemplo a seguir cada uno de ellos.

A mis compañeros y amigos que hice durante esta carrera, los cuales hicieron el camino más relajado, solo resta agradecerles porque pude contar con ellos cada vez que necesité.

**Br. Hilda Karolina Narváez Rivera**

## **Dedicatoria**

Primeramente y sobre todo lo dedicó a Dios por ser el que siempre me ayudó a salir adelante y llegar a culminar mi carrera, por siempre acompañarme en toda esta gran trayectoria, porque nunca me ha abandonado, por haberme brindado sabiduría, paciencia, salud, fuerzas y perseverancia para llegar hasta este punto de mi vida ya que sin Él esto no hubiese sido posible.

A mis padres y familiares por ser pilares fundamentales en mi formación y gran apoyo en este gran camino, por su amor y compañía incondicional y por estar presentes en cada etapa de este largo camino que no fue fácil, pero con su ayuda, pude lograrlo y salir adelante.

A maestros que fueron inspiración y ejemplo para seguir adelante y lograron con sus enseñanzas y ejemplos que me enamorara aún más de esta hermosa profesión y estuvieron siempre al pendiente corrigiendo mis errores para poder aprender y llegar hasta donde he llegado.

De igual forma a compañeros y amigos que estuvieron presentes en este camino y que fueron apoyo y ayuda cuando más necesité.

**Br. María Alejandra Quijano Hernández**

## ÍNDICE

<b>I.Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>II.Objetivo General</b> .....	<b>3</b>
<b>III.Objetivos Específicos</b> .....	<b>3</b>
<b>IV.Marco Teórico</b> .....	<b>4</b>
<b>1) ATRICION</b> .....	<b>4</b>
1.1 Etiología de la Atrición .....	4
1.2Clasificación de la Atrición .....	5
1.3 Características Clínicas .....	5
<b>2) ABRASIÓN</b> .....	<b>6</b>
2.1Características Clínicas.....	6
2.2Etiología de la Abrasión.....	6
2.3 Factores Extrínsecos .....	6
2.3.1Cepillado dental: .....	6
2.3.2Dentífricos: .....	7
2.3.3Asociados al trabajo o profesión:.....	7
2.4 Asociados a tratamientos.....	7
2.4.1Tratamiento periodontal.....	7
2.4.2Tratamiento protésico .....	7
2.4.3Tratamientos cosméticos.....	8
2.5Clasifiación de la Abrasión .....	8
<b>3) ABFRACCIÓN</b> .....	<b>9</b>
3.1Teoría de la Abfracción .....	10
3.2.Clasificación de la Abfracción.....	10
3.3Características Clínicas .....	10
<b>4) EROSIÓN O CORROSIÓN</b> .....	<b>11</b>
4.1Factores Extrínsecos.....	11
4.1.1Acidos Exógenos: .....	12
4.1.2Medicamentosos.....	12
4.1.3Dietéticos.....	13

4.2Factores Intrínsecos .....	13
4.2.1Trastornos Alimenticios Psicosomáticos o voluntarios.....	13
4. 2.2Hernia de Hiato o duodenal.....	14
4.2.3Ulceras Pépticas.....	14
4.3.Factores Idiopáticos.....	14
4.4 Características Clínicas: .....	14
4.5Clasificación de lesiones erosivas .....	15
4.5.1Severidad .....	16
4.5.2.Patogenia .....	16
5)Diferencias entre cada una de las lesiones .....	17
6)Medición del nivel de conocimiento: .....	19
7)Escala de actitud tipo Likert.....	19
<b>V.Diseño Metodológico .....</b>	<b>19</b>
1.Tipo de estudio .....	19
2.Área de estudio.....	19
3.Población a estudiar .....	19
4.Muestra .....	19
4.1Tipo de muestreo.....	19
5.Unidad de Análisis .....	19
6.Criterios de Inclusión .....	19
7.Criterios de Exclusión .....	19
8.Fuente de Información .....	19
9.Aspectos éticos .....	19
10.Metodo para la recolección de datos .....	20
<b>VI.Resultados.....</b>	<b>21</b>
<b>VII.Discusiones.....</b>	<b>24</b>
<b>VIII.Conclusiones.....</b>	<b>26</b>
<b>IX.Recomendaciones.....</b>	<b>27</b>
<b>X.Bibliografía.....</b>	<b>28</b>
<b>XI.Anexos.....</b>	<b>30</b>





## **I. Introducción**

En la cavidad oral se presentan un sin número de factores que afectan a tejidos blandos como a los sólidos, cuyo origen pueden ser infeccioso o no. Los dientes son órganos duros formados por dos partes una visible; la corona y una no visible la raíz.

Los dientes son elementos importantes para la masticación, fonación y estética también centros de deterioro que puede ser de origen infeccioso como la caries dental, pero cuando es de un origen no infeccioso, consideramos otros tipos de lesiones que afectan sus diferentes superficies, por lo cual toman relevancias las patologías dentarias de origen no infeccioso entre las cuales encontramos abrasión, atrición, erosión y abfracción y pueden afectar a las diferentes superficies dentales.

En muchas ocasiones las lesiones generadas por el desgaste dental pasan desapercibidas, tanto por el paciente como por el profesional debido a esto es importante que los estudiantes tengan conocimiento básico sobre los protocolos que deben seguirse para el diagnóstico y tratamiento adecuado de cada una de estas lesiones no cariosas, ya que pueden compartir ciertas características clínicas con lesiones de origen infeccioso o bien estar presentes de manera combinada.

Como futuros profesionales de la salud es imprescindible conocer las manifestaciones clínicas que presentan este tipo de lesiones así mismo que población se ve más afectada, a que dientes y que situaciones propias del paciente como estilos de vida, dietas, parafunción, por lo tanto un correcto manejo y conocimiento de las diferentes manifestaciones de estas lesiones es muy importante para evitar un diagnóstico incorrecto y por consiguiente tratamientos no adecuados. Nacionalmente lo poco que se sabe de esto, es de prevalencia y no existen estudios sobre nivel de conocimiento que tienen los estudiantes y esto cobra importancia porque se presentan de forma común en la población. En un estudio realizado por Decena (2012) sobre Frecuencia de Lesiones Cervicales no cariosas en estudiantes de odontología de la Universidad Autónoma de Nicaragua UNAN-León en el periodo Agosto- Diciembre se encontró que la lesión más frecuente fue



abrasión y la menos fue atrición y en rangos de edad y grupo dentario mas afectados fueron 20 años en incisivos, 21 en premolares, y por ultimo 20, 22, y 23 afectando a molares.

En el estudio realizado por Sánchez ( 2021) acerca del Nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de lesiones no cariosas en alumnos del octavo y decimo semestre de la facultad de odontología de la UCSM en Arequipa-Perú, en cual se encontró que el 56.25 % del octavo semestre presentaron un conocimiento regular , seguido de un del 35 % con muy buen nivel de conocimiento, el 6.25% tuvieron un mal conocimiento. El 45% de los estudiantes de decimo semestre presentaron un muy buen nivel conocimiento, seguido del 40% con nivel de conocimiento regular, el 8.75% presentaron mal conocimiento, mientras que solo el 6.25% tienen buen nivel de conocimiento

En otro estudio llevado a cabo por Araica, Somarriba (2022) acerca de Prevalencia de lesiones cervicales no cariosas en pacientes adultos atendidos en un Centro de Salud del Municipio de Telica enero – marzo 2022 se encontró que la lesión más prevalente fue abrasión con un 57.1% en el sexo femenino. Las lesiones que se encontraron fueron erosión con 19.04%, abrasión con 78.5% y abfracción con 2.3%.

Con lo anteriormente expuesto podemos decir que la información en nuestro país es escasa, además que la evidencia científica apunta lo complejo de diagnosticarlas y diferenciarlas unas de otras para dar el tratamiento más acertado en base al origen y condiciones en que estas se encuentran. Por lo cual esto nos crea la duda acerca de cuál es el nivel de conocimiento que poseen los alumnos sobre estas patologías

Al dar respuesta a nuestros objetivos obtendremos datos de suma importancia para la comunidad odontológica de nuestra área de estudio que van a reflejar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes y de esta manera exponer con evidencia si se debe reforzar el aprendizaje en este tema en específico, al igual que los resultados obtenidos pueden servir como antecedentes para futuras investigaciones.



## **II. Objetivo General**

Determinar el nivel de conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso de los alumnos inscritos en un componente clínico de una Universidad Pública de León en el periodo Agosto - Septiembre del 2023”.

## **III. Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento acerca de Atrición.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de Abrasión.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de Abfracción.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca de Erosión.



## **IV. Marco Teórico**

### **Lesiones dentales de origen no carioso**

Son la pérdida irreversible patológica de estructura dentaria que no responde a una etiología bacteriana, afectan las diferentes estructuras dentales como son el esmalte y la dentina, se presentan en varias formas, con o sin sensibilidad, pudiendo llegar a comprometer la pulpa, de avance lento, pausado, progresivo sistemático y en la mayoría de los casos el órgano pulpar forma dentina, logrando un aislamiento con el medio externo. (Barrancos, 2015, pág. 97)

**Las lesiones se clasifican en:**

#### **1) ATRICIÓN**

La palabra atrición viene del lat. Mediev. Attritio y significa desgaste por el uso o el roce. Es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentarios por el contacto diente-diente sin interposición de sustancias y elementos extraños juntos o por separados. Este contacto ocurre cuando los dientes contactan entre sí, por ejemplo, durante la deglución o el habla, el desgaste resultante se produce en las caras oclusales y bordes incisales. (Barrancos, 2006, pág. 292)

Los puntos de contacto entre las caras proximales también se desgastan por atrición durante la masticación y determinan la formación de facetas de contacto. En los bordes incisales el proceso es claramente evidencia por la pérdida de la flor de liz cuando las piezas del sector anterior entran en oclusión. (Barrancos, 2006, pág. 292)

#### **1.1 Etiología de la Atrición**

La causa de una atrición patológica se observa en pacientes bruxópatas y paciente con pérdida de dientes, donde los dientes remanentes reciben una sobrecarga lo que causa pérdida estructural en sus áreas funcionales, en este caso bordes incisales y caras oclusales.



El grado de atrición que presenta una persona se debe a:

- Grado de desarrollo de los músculos masticatorios.
- Edad (edad fisiológica del diente ya que esta está relacionada al tiempo que el diente está expuesto en boca)
- Hábitos de masticación (tipos de alimentos, capacidad de abrasiva)
- Sexo (se atribuye mayor desgaste en hombre en relación a la mayor fuerza de sus músculos masticatorios.
- Condiciones oclusales (perdida de dientes que causan una sobrecarga masticatoria a los dientes presentes en boca, dientes en mala posición que van a causar contactos prematuros o incorrectos.
- Malas Oclusiones (mordida cerrada profunda, Prognatismo).

## 1.2 Clasificación de la Atrición

Este tipo de lesiones se clasifican según su origen:

**1.Fisiológica:** debido a hábitos parafuncionales Diente-Diente / Diente-Restauración. El desgaste por año es 20 a 65  $\mu\text{m}$ .

**2. Patológica:** debido a alteraciones parafuncionales, estéticas y sintomáticas (200  $\mu\text{m}$  de esmalte por año). (Grippio, 2017, pág. 71).

## 1.3 Características Clínicas

La forma de estas lesiones puede ser:

- 1.Escalones en caras palatinas de dientes anteriores-superiores.
- 2.Bordes incisales aplanados de forma recíproca en inferiores y superiores.
- 3.Cúspides de molares, premolares y caninos aplanados superiores e inferiores.
- 4.Las superficies son lisas, duras y brillantes.



5. Se localizan en bordes incisales de dientes anteriores, caras palatinas de dientes anterosuperiores, caras labiales de dientes mandibulares anteriores, caras oclusales de dientes posteriores. (Barrancos, 2006, pág. 292).

## **2.ABRASIÓN**

Es el desgaste de la estructura dentaria causada por el frotado, raspado o pulido provenientes de objetos extraños y/sustancias introducidas en la boca que, al contactar con los dientes, generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelocementario. (Barrancos, 2015, pag.97).

### **2.1Características clínicas**

1. La abrasión presenta un contorno indefinido, con una superficie dura y pulida, a veces con grietas.
2. No presenta placa bacteriana ni manchas de coloración.
3. El esmalte se ve liso, plano y brillante; la dentina expuesta se presenta extremadamente pulida.
4. La forma de la lesión es de plato amplio con márgenes no definidos, acompañada de recesión gingival. (Barrancos, 2015, pág. 97).

### **2.2 Etiología de la abrasión**

La abrasión puede ser originada por:

### **2.3 Factores extrínsecos**

**2.3.1Cepillado dental:** Se deberá tener en cuenta la técnica, fuerza, frecuencia, tiempo y localización del inicio del cepillado.



**2.3.2 Dentífricos:** Las pastas dentales en general están compuestas por un detergente, un abrasivo, agentes para saborizar y sustancias para facilitar su preparación. (Barrancos,2015, pág. 100)

### **2.3.3 Asociados al trabajo o profesión:**

Los hábitos lesivos (como el interponer elementos entre los dientes y los labios), el polvo ambiental entre quienes trabajan con sustancias abrasivas son factores capaces de provocar abrasión.

Se presentan en aquellos individuos que trabajan en ambientes con elementos abrasivos entre ellos:

1. Carpinteros (al introducir clavos, cuerdas, herramientas pequeñas)
2. Costureras (al introducir agujas, descocedores, alfileres)
3. Músicos (siendo más relevantes los instrumentos de viento)
4. Sopladores de vidrios. (Barrancos, 2015, pág. 100).

## **2.4 Asociados a tratamientos**

### **2.4.1 Tratamiento periodontal**

El uso de técnicas de higiene bucal inadecuadas con elementos incorrectos, así como también la instrumentación excesiva por acción de reiterados raspajes y alisados radiculares, provoca la eliminación del cemento y la consecuente exposición de los túbulos destinatarios. Esto puede generar hipersensibilidad. (Barrancos ,2015, pág. 100)

### **2.4.2 Tratamiento protésico**

Se producen lesiones por los retenedores de prótesis removibles dentomucosoportadas cuando se ubican los brazos retentivos de una prótesis parcial removible en un lugar inadecuado o cuando existe falta de apoyo oclusal. Ello lo provoca su desplazamiento hacia apical y la consiguiente pérdida de su función. (Barrancos, 2015, pág. 100)



### **2.4.3 Tratamientos cosméticos**

Los trabajos de investigación han demostrado que la utilización de los aclaramientos dentales no aumenta la susceptibilidad del esmalte al desgaste abrasivo, independientemente del dentífrico usado. Los aclaramientos con peróxido de carbamida al 10% no aumentan el desgaste erosivo del esmalte; sin embargo, pueden cambiar el desgaste abrasivo de la dentina. (Barrancos, 2015, pág. 100)

### **2.5 Las lesiones abrasivas se clasifican en diferentes maneras**

**Según la superficie que afectan:**

**Abrasión clase A:** Desgaste de los dientes solo en la corona/esmalte, sin afectación de la raíz.

**Abrasión clase B:** Desgaste de los dientes presente solo en la superficie de la raíz, sin afectación de la corona.

**Abrasión clase C:** Desgaste de los dientes tanto en la corona, como en la superficie de la raíz. (Sawai, 2014, pág. 45)

**También de referencia la clasificación anterior se puede subclasificar según la gravedad de las lesiones en las superficies afectadas:**

**Tipo I:** Concavidades poco profundas en la superficie del diente, puede tener forma de cuña o muesca, la profundidad de la cavidad de abrasión está en la superficie del esmalte o puede haber alguna exposición de dentina.

**Tipo II:** Este se observa un tipo de desgaste o concavidad en los dientes que se extiende dentro de la dentina, pero la cámara pulpar no es visible.

**Tipo III:** Desgaste o concavidad en los dientes que afecta a la dentina y se observa la cámara pulpar.

**Tipo IV:** Desgaste dental donde la concavidad que se extiende dentro de la dentina y la cámara pulpar está expuesta a la cavidad bucal. (Sawai, 2014, pág. 45,46)





### 3) ABFRACCIÓN

El término “abfracción” del latín (lejos de) y fractio (rompimiento) fue sugerido por Grippo en 1991, Grippo asumió que la abfracción es la causa principal de LDNC, definió esas lesiones como: la pérdida patológica de la sustancia dental causada por las fuerzas de cargas biomecánicas, explicó además que la flexión de la cúspide causada por la carga oclusal pesada conduce a la concentración de las fuerzas de tracción en el cuello del diente con la posterior formación de micro grietas al romper los enlaces entre los cristales de hidroxiapatita en el esmalte y la dentina. Debido a que los cristales de hidroxiapatita están poco formados y vulnerables, presentan menor mineralización y más porosidades, además de que tiene ausencia de células, no puede auto regenerarse cuando su integridad se ve comprometida, iniciándose un proceso de rompimiento del esmalte y la dentina. (Abdalla ,2017, pag.46)

Los factores que hacen a esta zona más vulnerable son:

1. Grosor del esmalte que tiene un espesor menor a 0,5  $\mu\text{m}$ .
2. La angulación de sus prismas (de  $106^\circ$ ).
3. La presencia de poros y canales que existen entre los prismas del esmalte dos de los casos de Choquet.
4. Dos de los cuatro casos de Choquet: en uno de estos, el esmalte se encima sobre el cemento y en el otro la dentina queda expuesta sin ser cubierta por esmalte o cemento. (Barrancos, 2015, pág. 107)

#### 3.1 Teoría de la Abfracción

Algunos autores sugirieron que la fase inicial de las “lesiones de abfracción” implicaría la pérdida de dentina en la unión esmalte-dentina seguida de la fractura del esmalte sin soporte. (Leal, 2017, pág.48).

Otros (Grippo y colaboradores, 2013; Palamara y colaboradores, 2001) argumentaron que el estrés mecánico contribuye a la formación de LDNC al



intensificar el efecto de desmineralización de los ácidos, pero los mecanismos específicos involucrados en este proceso aún no están claros, así como el tipo de estrés asociado a ello.

### **3.2 Clasificación de la Abfracción:**

**Nivel I:** Solo se afecta el esmalte

**Nivel II:** Afecta el esmalte y la dentina

**Nivel III:** Llega prácticamente a la cámara pulpar. (Silva, 2015, pág. 14).

### **3.3 Características Clínicas**

Clínicamente, la abfracción tiene una forma de:

1. Ángulos ásperos.
2. Cuña profunda con estrías y grietas
3. Márgenes definidos.
4. Puede presentarse en múltiples superficies en una pieza y rara vez llegan a ser circunferenciales.
5. Su ubicación será en el límite amelocementario. (Barrancos, 2015, pág. 111).



#### **4) EROSIÓN O CORROSIÓN**

La erosión, del latín erodere que significa corroer también llamada “corrosión”, se define como la pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por acción química, ante la presencia continua, en forma prolongada y reiterada en el tiempo, de agentes desmineralizantes, especialmente ácidos y quelantes. (Barrancos, 2015, pág. 100).

Como mencionamos anteriormente la erosión dental empieza con la desmineralización superficial del esmalte y continúa con la disolución de las capas superficiales y la progresiva pérdida de la estructura dentaria subyacente. Esto se explica porque la saliva, cuando el pH es neutro, ejerce un efecto tampón neutralizando los ácidos que disuelven la hidroxiapatita, y se impide la pérdida mineral. Pero si disminuye el flujo salival y el pH valores críticos para el esmalte (pH 5.5) y para la dentina (pH 6.5), la hidroxiapatita comienza a disolverse. Esto implica que cualquier sustancia que entre en contacto con la cavidad bucal con valores de pH por debajo de 5.5 puede causar desmineralización, especialmente si el ataque es prolongado y repetitivo.

Los factores causantes de la erosión pueden ser intrínsecos producidos por el individuo o extrínsecos por agentes del exterior o dicho de otra manera química mecánica. (Barranos, 2015, pág. 101)

##### **4.1 Factores extrínsecos:**

Factores que disminuyan o que afecten el sistema buffer de la saliva (pacientes sistémicamente comprometidos o dependientes de fármacos que desarrollan un proceso de xerostomía).

Para evitar o retardar la afectación del esmalte ya sea este de origen bacteriano o no, juega un papel vital lo que es el sistema buffer de la saliva: La boca es un ecosistema acuoso que requiere un pH equilibrado para mantenerse en salud, este pH oscila entre 6.8 - 7, es decir, que tiene una tendencia alcalina. Si rompemos este equilibrio aumentan las posibilidades de desarrollar caries dental y erosión en el esmalte. (Barrancos, 2015, pág. 293).



**4.1.1 Ácidos exógenos:** Generalmente son de procedencia ocupacional, en donde los trabajadores, al estar expuestos a la influencia de vapores ambientales, pueden presentar lesiones corrosivas:

1. Trabajadores de fábricas de baterías (ácido sulfúrico).
2. Fertilizantes, industrias químicas (ácido clorhídrico o a los enólogos). Con respecto a los enólogos, se ha comprobado que pueden llegar a catar alrededor de 230 clases de vinos diferentes por sesión, y la lesión se ubica en vestibular de incisivos superiores.
3. Nadadores (piscinas con agua cloradas).(Barrancos, 2015, pág. 101).

#### **4.1.2 Medicamentosos.**

El consumo de vitamina C afecta por la acción del ácido ascórbico. Esta va afectar más aún si el comprimido es efervescente, por la doble acción de la droga y el compuesto que genera la efervescencia.

Estos fármacos actúan disminuyendo la cantidad de saliva. Por lo tanto, se ve afectada la posibilidad de remineralización y neutralización ya que se ve afectado el efecto de tampón de saliva.

1. Los diuréticos
2. Los antidepresivos
3. Los hipotensores
4. Los antieméticos
5. Los anti parkinsonianos
6. Los antihistamínicos
7. Algunos tranquilizantes
8. Los tratamientos con citostáticos (así como también la medicación utilizada para los asmáticos).(Barrancos, 2006, pag.293).



### **4.1.3 Dietéticos**

La frecuencia en el consumo de cítricos y bebidas carbonatadas juegan un papel muy importante, incluso se podría decir más que la cantidad así mismo también es importante tomar en cuenta duración, temperatura, manera de exposición del ácido de comidas y bebidas ya que han demostrado cómo afectan a la progresión de la erosión.

1. Las bebidas cola alcanzan un pH entre 2.37 y 2.81. No solo generan erosión por su bajo pH, sino que aquellas que poseen azúcar dan lugar al inicio de descalcificación por caries.
2. Las bebidas deportivas (suplemento mineral) poseen en su composición ácido ascórbico, maléico o tartárico.
3. En los jugos predomina el ácido cítrico, ácido maléico.
4. Los vinagres y los vinos tienen un pH de 2,3 a 2,7, así también vodka, champagne son bebidas altamente acidas debido al proceso de fermentación, por lo tanto, se convierten en sustancias altamente erosivas.
5. Las cervezas son, de las bebidas alcohólicas, las menos erosivas ya que poseen un pH promedio de 4,3 próximo a los 5,5. (Barrancos, 2015, pág. 102).

### **4.2 Factores intrínsecos**

Estos pueden ser de forma psicossomática o voluntaria, psicossomático o involuntaria, tales como:

#### **Trastornos alimenticios Psicossomáticos o voluntarios**

La bulimia (también llamada “síndrome de comer y vomitar compulsivamente”) es un desorden psiquiátrico en donde la frecuente regurgitación forzada y el vómito provocado generan la disolución ácida de las superficies dentarias expuestas, con efectos devastadores. Tiene 2 etapas:

1. Ácido del vómito: en esta etapa se disuelve la hidroxiapatita (por la unión del hidróxido del ácido más ácido del esmalte).



## 2. Durante el cepillado los prismas debilitados por el ácido

Dichas lesiones se presentan siempre en caras palatinas superiores y caras oclusales de dientes posteriores excepto en lingual de incisivos inferiores, ya que la lengua protege dichas caras en el momento del vómito. (Barrancos, 2015, pág.104).

- **Regurgitaciones o reflujos gastroesofágicos constantes** (ácido hidróclorhídrico).
- **Ácidos gástricos** (pH - 1 a 1,5, ácido hidróclorhídrico, pepsina, sales biliares y tripsina).
- **Pacientes asmáticos** (medicación broncodilatadora reduce secreción salival).
- **Disfunciones gástricas.**
- **Embarazo.**
- **Hernia de Hiato o duodenal.**
- **Alcoholismo** (ácido maléico, ácido tartárico, cítrico y succínico).
- **Úlceras pépticas.** (Barrancos, 2015, pág.104).

### 4.3 Factores Idiopáticos

Estos son de origen desconocidos y es aquí donde radica la importancia de una buena historia clínica en las consultas del paciente, así como un examen clínico exhaustivo, completo y profundo.

### 5. Características clínicas:

1. Se presenta como una superficie aplanada, tal cual lo demuestra su perfil en impresiones con compuestos elásticos.



2. La erosión posee una superficie defectuosa, suave, de aspecto ligeramente rugoso y opaco.
3. El esmalte se ve liso, opaco, sin decoloración, con periquematías ausentes y con la matriz inorgánica desmineralizada.
4. Donde existen restauraciones se presentan por encima de la estructura dentaria que la rodea, dando la sensación de que emergieran sobre el diente. En la literatura esta lesión es llamada “panal de abeja”.
5. Las restauraciones dentales no sufren este desgaste observándose intactas, pero alrededor el tejido circundante se ha desgastado y muestra una típica imagen de “islas de metal” dando la sensación de que emergieron sobre el diente. Las cúspides de las piezas posteriores se observan redondas en forma de plato. (Barrancos, 2006, pág. 293).

## **6. Clasificación de lesiones erosivas**

Las lesiones de tipo erosivas se clasifican según su:

### **6.1 Severidad:**

**6.1.1 Clase I:** Afecta solamente a esmalte.

**6.1.2 Clase II:** Afecta la dentina en menos de 1/3 de la superficie dentaria.

**6.1.3 Clase III:** Afecta la dentina más de 1/3 de la superficie dentaria. (Barrancos, 2006, pág.293).

### **6.2 Patogenia:**

#### **6.2.1 Lesión Latente:**

1. Inactiva
2. Poco descalcificada
3. Esmalte brillante (bordes gruesos y prominentes)



### 6.2.2 Lesión Manifiesta:

1. Superficies lisas y limpias sugieren que el proceso está activo.
2. Se presenta como un esmalte grabado (bordes delgados).
3. Dentina expuesta, sin brillo, lisa y amplia. (Barrancos, 2006, pág.293).

Cabe mencionar que estas se pueden presentar en combinaciones con otras lesiones del tercio cervical entre sí, con lesiones que involucran el desgaste de la cara oclusal, como es la atrición. La atrición puede ser abrasiva, erosiva o la combinación de ambas.

1. **Atrición- abfracción:** es la interacción entre el estrés flexural producido por la fuerza y el desgaste provocado por el contacto diente con diente.
2. **Atrición- abrasión:** es la interacción entre ambas, tal como en la masticación de dietas de grano grueso y la utilización de materiales abrasivos para la higiene.
3. **Atrición-erosión:** es la pérdida de estructura dentaria en áreas de contacto diente con diente en combinación con sustancias ácidas.
4. **Abfracción-abrasión (abrasión flexural):** es la pérdida de estructura dental en áreas que fueron sometidas a concentración de estrés debido a fuerzas y donde actúa en forma sinérgica la fricción de un material. Es el caso de la típica lesión en forma de cuña y el desgaste sobre agregado del cepillado con pastas abrasivas. Su localización más frecuente será en las caras vestibulares y del lado en que se inicia el cepillado.
5. **Abfracción-erosión (corrosión por estrés):** es la degradación fisicoquímica resultante de la biodinámica que ocurre en el medio bucal. En un diente con estrés flexural y en un medio ácido, la pérdida de estructura del esmalte es 10 veces mayor. Es posible que el esmalte en cervical sea socavado, roto y tal vez sea más susceptible a la abrasión del cepillado. (Barrancos, 2015, pág.118).





### 5) Diferencia Clínicas de las lesiones dentales de origen no carioso.

Características	Abrasión	Erosión	Atrición	Abfracción
<b>Concepto</b>	Es el desgaste de la estructura causada por el frotado, raspado o pulido proveniente de objetos extraños, y sustancias inducidas en la boca que al contactar con los dientes generan la pérdida de los tejidos duros.	pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por acción química, ante la presencia continua, en forma prolongada y reiterada en el tiempo, de agentes desmineralizantes, especialmente ácidos y quelantes	Es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentarios por el contacto diente-diente sin interposición de sustancias y elementos extraños juntos o por separados	Es la pérdida patológica de la sustancia dental causada por las fuerzas de cargas biomecánicas
<b>Aspecto Clínico</b>	Contorno indefinido con superficie dura y pulida.	El esmalte se ve liso, opaco, presenta superficie aplanada, presenta márgenes no definidos.	La superficie es dura, lisa y brillante.	Presenta ángulos ásperos y márgenes definidos.
<b>Forma</b>	La forma de la lesión es de plato amplio acompañado de recesión gingival.	Depresiones o cavidades redondeadas sin la rugosidad.	Presenta forma de escalón en caras palatina, forma aplanada en bordes incisales y cúspides.	Presenta forma de cuña profunda y grietas, se ubican en el límite amelocementario.
<b>Localización</b>	Afecta con mayor frecuencia de canino a primer molar superior.	Afecta frecuentemente la zona vestibular de los incisivos centrales superiores.	Afecta con mayor frecuencia a caras oclusales y bordes incisales.	Afecta con mayor frecuencia en la porción más cervical de la cara vestibular.



## **6)Medición del nivel de conocimiento:**

Existen múltiples métodos para el análisis de las actitudes al igual que existen diversas formas de concebirlas. A continuación, se expone una de las escalas que sirven para determinar el nivel de conocimiento.

**7)Escala de actitud tipo Likert:** Es una escala de actitud de intervalos aparentemente iguales. Pertenece a lo que se ha denominado escala ordinal. Utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto. (Sandoval, 2005, pág.5).



## **V. Diseño Metodológico**

### **1. Tipo de estudio**

Descriptivo de corte transversal.

### **2. Área de estudio**

Clínicas multidisciplinares de una Universidad pública de León.

### **3. Población a estudiar**

165 Estudiantes inscritos en un componente clínico.

### **4. Muestra**

100 estudiantes inscritos en un componente clínico

#### **4.1 Tipo de muestra**

Aleatoria simple, programa EPIDAT 4.1

### **5. Unidad de análisis**

Alumnos que respondieron el cuestionario

### **6. Criterios de inclusión**

Estudiantes inscritos en un componente clínico

Estudiantes que deseen colaborar con la investigación.

### **7. Criterios de exclusión:**

Estudiantes que no deseen participar en la investigación.

Estudiantes que no estén inscritos en el componente.



## **8.Fuente de información**

Primaria

## **9. Aspectos éticos**

- Los resultados obtenidos serán utilizados únicamente para fines académicos.
- Las encuestas serán respondidas de manera anónima.
- Los resultados se mantendrán de forma confidencial.

## **10.Método para la recolección de datos**

- a. El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue un cuestionario sobre patologías dentarias no cariosas (Conceptos, Etiología, Características Clínicas) la cual constaba de un total de 20 preguntas de selección múltiple, llevado a cabo bajo la supervisión de nuestro tutor, con el fin de dar respuesta a nuestros objetivos.
- b. Se realizó una carta solicitando a Secretaria Académica el listado oficial de los alumnos inscritos en el componente clínico seleccionado.
- c. Procedimos a aplicar los cuestionarios a nuestra población de estudio.
- d. Una vez que logramos el llenado de los 100 cuestionarios correspondientes a nuestra muestra, los datos obtenidos en cada una de ellas fueron ingresados al programa estadístico SPSS, para así plasmar a través de tablas y gráficas nuestros resultados.



## VI. Resultados de la Investigación Monográfica

En el presente estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual nuestra muestra fue de 100 participantes que cursan un componente Clínico a los que se les aplicó una encuesta con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso.

A continuación, se reflejan los resultados obtenidos en dicho estudio:

### Tabla N° 1

Determinar el nivel de conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso

#### Conocimiento General

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	30	30%
Regular	65	65%
Excelente	5	5%
<hr/>		
Total	100	100

**Fuente de información:** Primaria

Según los datos recolectados los resultados arrojan que el nivel de conocimiento general es regular con un 65 %, seguido de un nivel de conocimiento deficiente con un 30 %, concluyendo con un nivel de conocimiento excelente con un 5%



**Tabla N°2**

Determinar el nivel de conocimiento acerca de Atrición

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Deficiente	46	46%
Regular	40	40%
Excelente	14	14%
<hr/>		
Total	100	100%

**Fuente de información:** Primaria

Estos resultados arrojan que el nivel de conocimiento deficiente predominó en un 46%, seguido de un conocimiento regular con un 40% y finalmente con un conocimiento excelente con 14%.

**Tabla N°3**

Determinar el nivel de conocimiento acerca de abrasión

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Deficiente	55	55%
Regular	42	42%
Excelente	3	3%
<hr/>		
Total	100	100%

**Fuente de información:** Primaria

De la siguiente tabla se obtuvo que el nivel de conocimiento que predominó fue deficiente con un 55%, continuando con un conocimiento regular de 42% concluyendo con un conocimiento excelente de un 3%.



**Tabla N° 4**

Determinar el nivel de conocimiento acerca de Abfracción

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Deficiente	22	22%
Regular	49	49%
Excelente	29	29%
<hr/>		
Total	100	100%

**Fuente de información:** Primaria

En los resultados obtenidos se observa que el conocimiento es regular con un 49% seguida de un conocimiento excelente con 29 % y por ultimo con un conocimiento deficiente con un 22%.

**Tabla N°5**

Determinar el nivel de conocimiento acerca de Erosión

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Deficiente	26	26%
Regular	49	49%
Excelente	25	25%
<hr/>		
Total	100	100%

**Fuente de información:** Primaria

En esta lesión predominó con un 49% el nivel de conocimiento regular, seguido de un conocimiento deficiente con un 26 %, y por ultimo con un 25 % en conocimiento excelente.



## VII. Discusión

Como actores de la salud ya hemos mencionado que es importante tener conocimiento acerca de la amplia variedad de patologías que se pueden desarrollar en el medio bucal ,en este caso a través de nuestro estudio nos enfocamos en determinar el nivel de conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso que como resultado el nivel de conocimiento fue regular con un 65 %, esto quiere decir que la mayor parte de la población de estudio tiene un dominio básico acerca del tema, por otro lado encontramos el 30% de la población posee un nivel de conocimiento deficiente , si bien este porcentaje es menos no hay que restarle importancia de que se debe seguir fomentando la investigación sobre este tema , a través de la formación autodidacta y constante.

Al estudiarse de manera individual cada lesión encontramos que la abfracción es donde hay un mayor conocimiento con un 29 %, por otro lado, en la que menor conocimiento presentaron fue en abrasión.

Comparando nuestros resultados con el estudio llevado a cabo por Sánchez, Yuleysi realizado en Arequipa- Perú (2022) encontramos una similitud en el grado de conocimiento el cual fue Regular con un 56.25 % de la población estudiada.

Es importante mencionar que dichos estudios nos dan a conocer las cifras epidemiológicas que reflejan sobre la prevalencia de este tipo de patologías, en donde podemos evidenciar que son lesiones activas ,latentes y multifactoriales que afectan mayormente a adultos jóvenes de ambos sexos de la población ,por este motivo hacemos énfasis que para poder diagnosticar y tratar efectivamente este tipo de lesiones en cada uno de sus estadíos ,debemos tener dominio sobre su etiología , características clínicas , sintomatología y así garantizar nuestra intervención en cualquier etapa de la lesión.

Lo anteriormente dicho nos refleja que la población de estudio debe profundizar y actualizarse en dichos fenómenos ya que las estadísticas nos dicen que estas patologías están asociadas directamente a nuestros hábitos, trabajo o estilo de vida;





por lo cual involucra que el dentista no solo sea parte activa en el tratamiento sino también en la prevención y educación de estas lesiones.

Así mismo esperamos que nuestro estudio sirva como un antecedente para futuras investigaciones que deseen continuar indagando sobre el tema, ya que es bastante amplio y aún hay muchos aspectos en los que se debe profundizar.



## **VIII. Conclusiones**

- 1.** Los datos del estudio nos reflejan que el nivel de conocimiento regular fue el de mayor prevalencia con un 65 %.
  
- 2.** El nivel de conocimiento deficiente prevaleció en las lesiones de atrición con un 46% y en abrasión con un 55%.
  
- 3.** En las lesiones de Abfracción con un 49% y Erosión con un 49 % el nivel de conocimiento que prevaleció fue regular.
  
- 4.** Al comparar cada una de las lesiones se encontró que en Abfracción está el mayor porcentaje de conocimiento excelente con un 29%.
  
- 5.** Por otra parte, se obtuvo que la lesión dentaria en la que se encontró un mayor porcentaje en el nivel de conocimiento deficiente fue en Abrasión con un 55%.



## **IX. Recomendaciones**

- Nuestras recomendaciones van dirigidas hacia los alumnos que se encuentran activos, para que continúen actualizándose en este tema, recordando que durante su formación y cumplimiento de sus componentes clínicos, estarán en contacto e interacción con pacientes, que pueden presentar este tipo de patologías, por lo cual hacemos énfasis sobre la importancia de que tengamos conocimiento de su etiología, manifestaciones clínicas para dar un correcto diagnóstico y por ende tratar de manera correcta cada una de ellas . Llevando a cabo y poniendo en práctica todo el conocimiento adquirido durante su plan de estudios.
- Así mismo como sugerencia a las autoridades para motivar a los alumnos y brindar herramientas necesarias como conferencias educativas y específicas acerca de este tema para reforzar y ampliar los conocimientos de los alumnos y que estos se sientan más seguros y preparados para poder abordar de manera correcta estas lesiones.
- A los profesionales de la salud bucal para que se mantengan en constante actualización y formación acerca de este contenido y que puedan brindar una atención amplia, así como un correcto diagnóstico y tratamiento a sus pacientes.



## X. Bibliografía

1. Barrancos, P. (2006). *Operatoria Dental*. Buenos Aires: Medica Panamericana.
2. Aliaga, B, M. G. (2015). Lesiones cervicales no cariosas en pacientes adultos atendidos en la clínica odontológica de la facultad de odontología de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de ICA.
3. Araica, J., & Somarriba, U. (Enero-marzo de 2022). monografía para optar al título de cirujano dentista.
4. Barrancos, P. (2015). *Operatoria Dental*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
5. Beatriz, O, Sandoval, J., & Botero, C. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. . *Invest Educ Enferm*, 14-29.
6. Decena, I., & Delgado, F. (Agosto-Diciembre de 2012). frecuencia de lesiones cervicales no cariosa en estudiantes de odontología. monografía para optar al título de cirujano dentista. León, león, Nicaragua: UNAN-LEON.
7. EA, M. (2014). Reporte de caso clínico, Tratamiento de abfracción a causa del bruxismo. Obtenido de <http://docplayer.es>. reporte de caso clínico
8. González GX, C. G. (1 de 12 de 2020;24(2)). Lesiones cervicales no cariosas de un área de salud. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103040>
9. Grippo, J. (2017). Lesiones Cervicales no cariosas, hipersensibilidad de dentina cervical. . korea: publicacion de quinterencia.
10. Leal NMS, S. J. (2017). How mechanical stresses modulate enamel demineralization in non carious cervical lesions. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmbbm>
11. MA, S. (2014). Retrieved from <http://www.dentalhypotheses.com> martinez, g., & alonso, j. (2015). *dientes*. leon: la prensa.



12. Rodrigues. (2022). prevalencia de lesiones cervicales .
13. Sugita I, N. S. (2017). A pilot study to asses the morphology and progression of non carious cervical lesion. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016>
14. Ulloa, S. S. (2015). Frecuencia de las lesiones cervicales no cariosas en los estudiantes de la facultad de odontología en la facultad de Cuenca.
15. Y, S. (2021). Nivel de conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento de lesiones cervicales no cariosas.
16. yuriko, I., & satoru, y. (2017). prevalencia y tipos morfológicos en el tercio cervical de lesiones no cariosas en una población . la sociedad de nippon en la universidad dental.
17. Zuchelli, G., & Guido, G. (2013). lesiones cervicales no cariosas. case series, 1713-1724.
18. Abdalla R, Mitchell RJ, Ren YF. Non-carious cervical lesions imaged by focus variation microscopy. J Dent [Internet]. 2017 [citado 21 septiembre 2019]; 63:14-20. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2017.05.001>

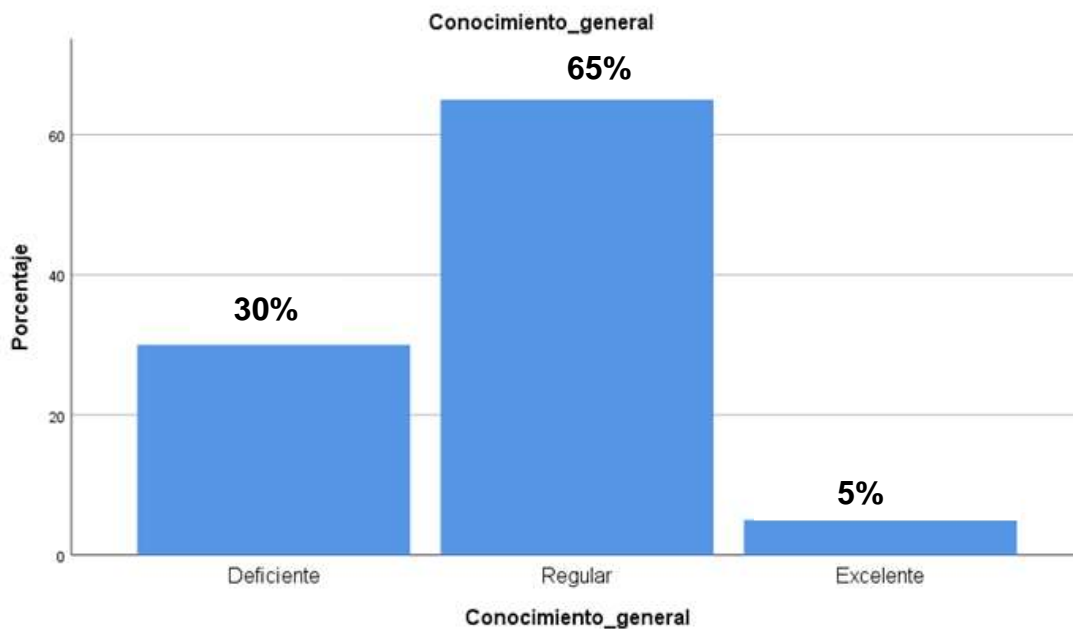


# ANEXOS



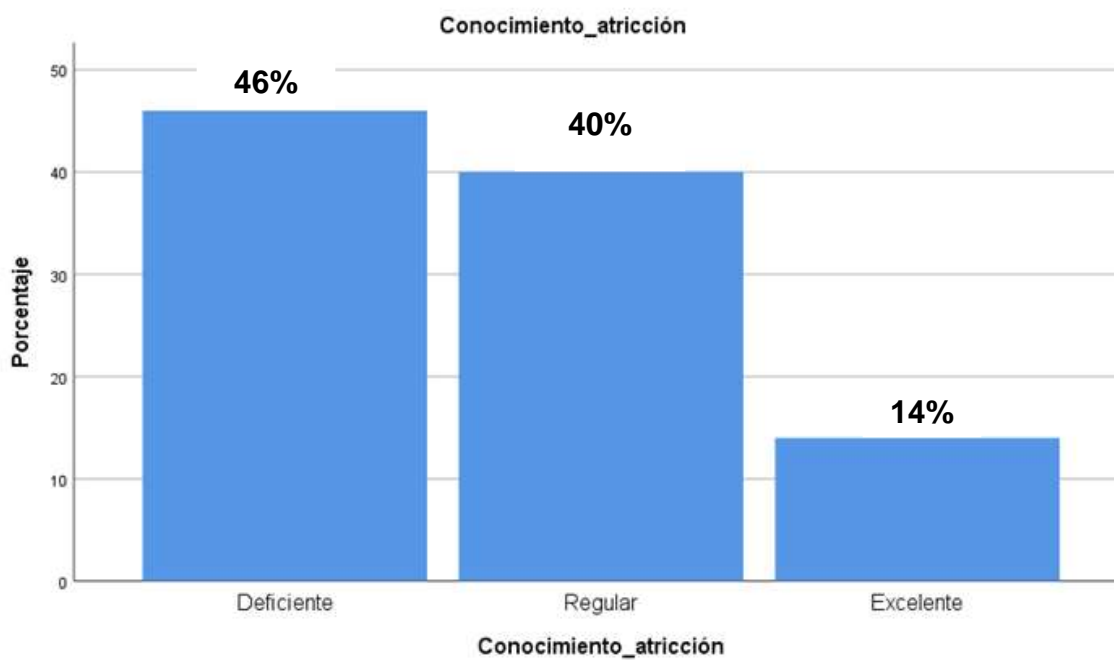
**Gráfica N°1**

**Nivel de conocimiento sobre patologías dentarias de origen no carioso de los alumnos**



**Gráfica N°2**

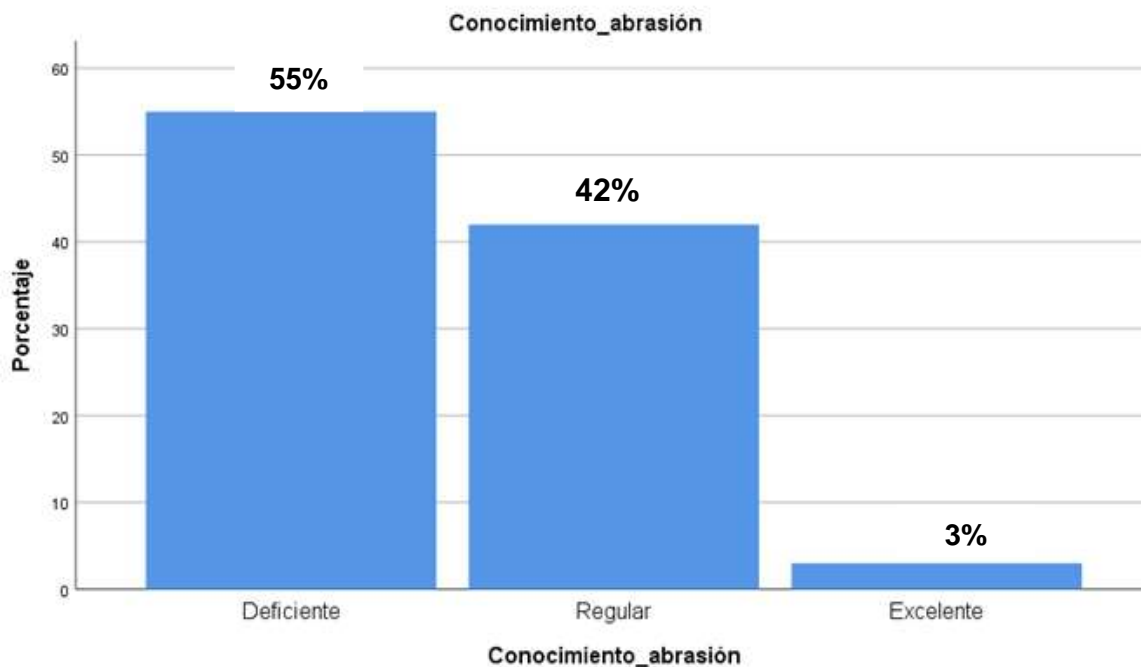
**Nivel de conocimiento acerca de Atrición**





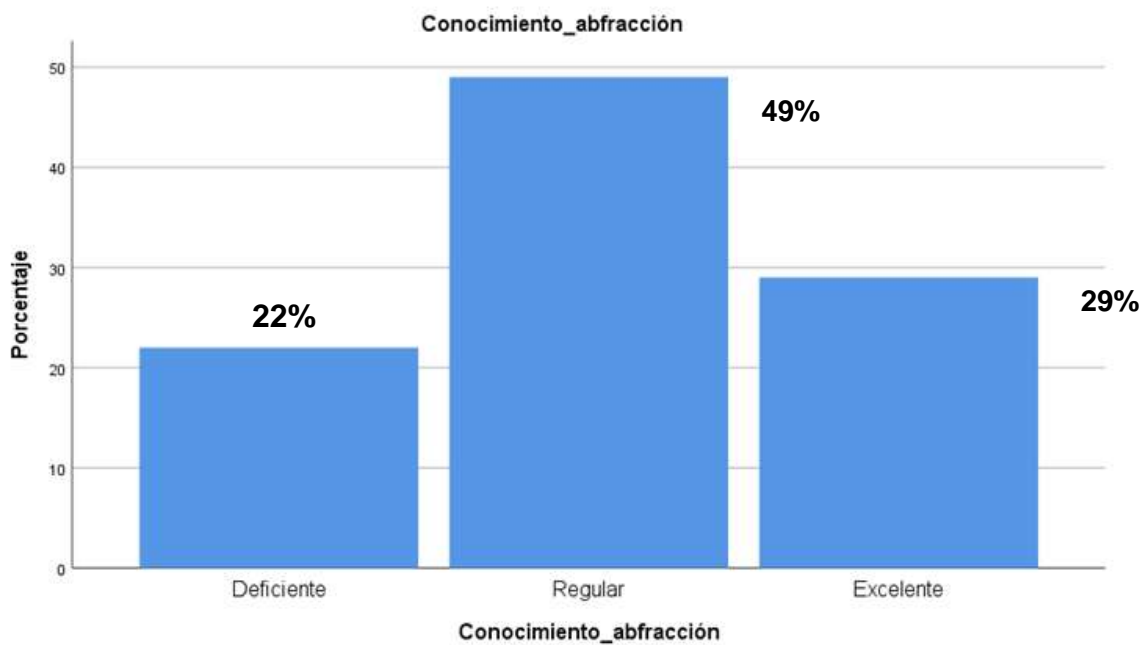
**Gráfica N° 3**

**Nivel de conocimiento acerca de Abrasión**



**Gráfica N° 4**

**Nivel de conocimiento acerca de Abfracción**

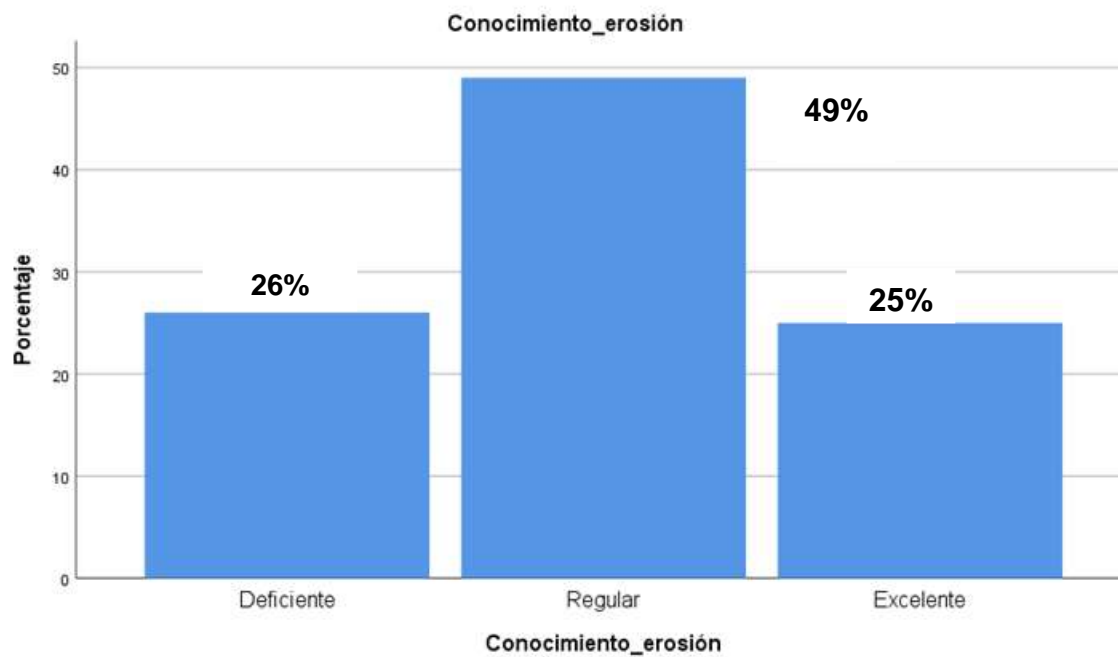






## Gráfica N° 5

### Nivel de conocimiento acerca de Erosión





León, 07 de agosto del 2023

Dra. Samanta Espinoza  
Secretaria Académica, Facultad de Odontología

Estimada Dra. reciba un cordial saludo, a través del escrito deseamos solicitarle el listado de los estudiantes inscritos en el componente Clínico de Operatoria Dental en curso, puesto que dichos datos serán objetivo para nuestro estudio monográfico final titulado "Nivel de conocimiento sobre patologías dentaria de origen no carioso de los alumnos inscritos en un componente Clínico de una Universidad Pública de León en el periodo Agosto - septiembre del 2023".

Agradeciendo su atención y esperando una pronta respuesta.


Att:

Br. Hilda Karolina Narváez Rivera (carnet 16 -02536-0) *Hilda Narváez*

Br. María Alejandra Quijano Hernández (carnet 16-01792-0) *M. Alejandra*

  
Dra. Samanta Espinoza  
(Secretaria Académica)



  
Dr. Cristhiam Zapata  
(Tutor)



**1. Con respecto a la definición de lesión de Abfracción, marque la respuesta CORRECTA:**

- A) Es la pérdida patológica de la estructura dental, causadas por las fuerzas de cargas biomecánicas, y tienen forma de cuña.
- B) La Abfracción es una patología que es ocasionada por múltiples factores en los cuales predomina exponer las piezas dentales a agentes tóxicos.
- C) La Abfracción es un tipo de lesión cervical no cariosa que se desarrolla únicamente en las piezas dentales en las que su antagonista está ausente.
- D) Todas son falsas.

**2. De las características clínicas de Abfracción, podemos AFIRMAR:**

- A) Su ubicación será siempre en el límite amelocementario, debido al menor espesor del esmalte.
- B) Generalmente se encuentra en las caras palatinas de dientes superiores o linguales de dientes inferiores.
- C) Tienen forma de cuña profunda con estrías, sus ángulos son ásperos y tienen márgenes definidos.
- D) Todas son verdaderas.
- E) Solo A y C son verdaderas.

**3. Con respecto a Abfracción, es INCORRECTO lo siguiente:**

- A) Las fuerzas oclusales excéntricas producen una flexión de la pieza dental, lo que favorece el desarrollo de esta lesión.
- B) Está asociada a la parafunción y la tensión psicológica fuerte de los pacientes, como las personas que padecen de bruxismo.
- C) Este tipo de lesiones está asociado mayormente a la exposición de químicos.
- D) Las cargas oblicuas conducen a la flexión del diente, por lo cual una de sus causas, es la magnitud y dirección de las cargas oclusales.



**4. Con respecto a Abfracción, marque la respuesta FALSA:**

- A) Tienen forma de cuña, ubicadas en la unión cemento-adamantina en piezas dentales individuales o en varias piezas no adyacentes.
- B) Ocurre con mayor frecuencia en la porción más cervical por vestibular.
- C) Las lesiones pueden progresar en torno de restauraciones ya existentes y extenderse subgingivalmente.
- D) Pueden estar presentes en dientes móviles que están comprometidos periodontalmente.

**5. Los siguientes signos y síntomas se asocian a Abfracción:**

- A) Sensibilidad dentinaria.
- B) Problemas de autoestima por estética disminuida por pérdida de estructura dental.
- C) Debilidad de la estructura, disminuye el diámetro cervical y aumenta la posibilidad de fractura dental.
- D) Solo A y B son verdaderas.
- E) Todas son verdaderas

**6. De la erosión-corrosión dental, podemos AFIRMAR:**

- A) Es la pérdida de estructura dental por acción química expuesta continuamente y prolongadamente en el tiempo a estos agentes desmineralizantes.
- B) Es la pérdida de estructura dental por presencia de bacteria (asociado principalmente a caries)
- C) Es la pérdida de estructura dental asociada directamente al Bruxismo.
- D) Todas son falsas



**7. De las características clínicas de erosión dental, podemos AFIRMAR que:**

- A) El esmalte se ve liso, opaco, sin decoloración, con periquematías ausentes y con la matriz inorgánica desmineralizada.
- B) Se presenta como una superficie aplanada.
- C) Aparecen depresiones o cavidades redondeadas sin la rugosidad característica de las caries.
- D) Donde existen restauraciones se presentan por encima de la estructura dentaria que la rodea, dando la sensación de que emergieran sobre el diente. Esta lesión es llamada “panal de abeja”.
- E) Todas son verdaderas

**8. De la erosión dental, es INCORRECTO lo siguiente:**

- A) Ocurre de forma lenta y es necesario un Ph ácido inferior a 5.5.
- B) Empieza con la desmineralización superficial del esmalte y continúa con la disolución de las capas superficiales.
- C) Se da por bruxismo.
- D) La frecuencia en el consumo de cítricos y bebidas carbonatadas juegan un papel muy importante, también es relevante la duración, temperatura y exposición a estos alimentos.

**9. Con respecto a la erosión dental podemos AFIRMAR:**

- A) Pueden ser de origen intrínsecos (individuo) o extrínsecos (agentes externos o química mecánica).
- B) Son factores extrínsecos: ácidos exógenos, medicamentos, dieta.
- C) Son factores intrínsecos: anorexia, bulimia, reflujo gástrico.
- D) Todas son verdaderas.
- E) Todas son falsas.



**10. De erosión dental podemos decir que, se clasifican en:**

- A) Según su severidad en (clase I, II, III).
- B) Según su patogenia (lesión latente, lesión manifiesta).
- C) Todas son falsas.
- D) Todas son verdaderas.

**11. De atrición dental podemos afirmar que:**

- A) Es la pérdida de estructura dentaria fisiológicamente.
- B) Factores como la edad y el tipo de dieta son determinantes.
- C) Se da en las superficies masticatorias (bordes incisales y oclusales).
- D) Todas son falsas.
- E) Todas son verdaderas.

**12. Los factores etiológicos que permiten el desarrollo de atrición dental son:**

- A) Hábitos para funcionales (bruxismo).
- B) Apretamiento y/o rechinar dental (por ansiedad y estrés).
- C) Hipertonicidad de los músculos de la masticación (acción funcional/para funcional).
- D) Solo A y B son verdaderas.
- E) Todas son verdaderas.

**13. Dentro de las características clínicas de atrición es FALSO:**

- A) El esmalte presenta un aspecto opaco.
- B) El esmalte presenta facetas de desgaste y se ve brillante y pulido
- C) Se localiza en bordes incisales, caras labiales de dientes mandibulares anteriores, caras oclusales.
- D) También se le conoce demasticación.



**14. De atricción podemos afirmar todo, EXCEPTO:**

- A) Se clasifican en lesiones Iniciales (solo esmalte), moderadas (Esmalte dentina) y avanzadas (compromiso pulpar).
- B) Lesión en forma de Flor de Liz
- C) La lesión tiene forma de cuña, con mayor frecuencia en cervical.
- D) Los puntos de contacto entre las caras proximales desaparecen.

**15. De atricción todo es falso, EXCEPTO:**

- A) Su avance se asocia con el envejecimiento de las piezas dentarias.
- B) Se asocia principalmente a ambientes laborales donde se da el contacto dental con sustancias químicas (fertilizantes, industrias químicas, fábricas de baterías).
- C) Las bebidas carbonatadas influyen en la progresión de la atricción.
- D) El Ph y abrasividad en la dieta aceleran el progreso de la lesión

**16. De Abrasión, marque la respuesta CORRECTA:**

- A) En su etiología el cepillado y la utilización de pastas abrasivas no influyen en el progreso de la lesión
- B) Es el desgaste de la estructura dentaria causada por el frotado, raspado o pulido de factores extrínsecos.
- C) Es una lesión cervical de origen carioso en donde el desgaste se produce progresivamente en la superficie del esmalte.
- D) Se da mayormente en las caras linguales de los dientes posteroinferiores.

**17. Según las características clínicas de abrasión, marque la respuesta CORRECTA:**

- A) Se presenta en el límite amelocementario, el esmalte se ve pulido y brillante, no presenta un contorno definido.
- B) El esmalte se ve opaco y grumoso, presenta un contorno bien definido.
- C) No se presenta recesión gingival.
- D) Todas son correcta.



**18. De la etiología de abrasión, marque la FALSA:**

- A) El cepillado dental influyen en el barrido del esmalte (fuerza aplicada, frecuencia, combinado con pasta dental).
- B) Ciertos componentes de los dentífricos son agentes abrasivos.
- C) Se asocia a tratamientos protésicos y ortodónticos.
- D) Se clasifican en factores intrínsecos/extrínsecos.

**19. De características generales de abrasión dental, elija la FALSA:**

- A) Se da por Fricción o acciones mecánicas anormales como frotado, raspado o pulido, producidas por objetos o sustancias.
- B) Se da por desgastes rituales (dientes afilados, piercings, ablación)
- C) La lesión tiene forma de plato
- D) En este tipo de lesión se forma dentina esclerótica
- E) Pérdida patológica de la sustancia dental causada por las fuerzas de cargas biomecánicas.

**20. La abrasión se localiza mayormente:**

- A) En incisivos, en cualquiera de sus superficies.
- B) Sobre todo en cervical por vestibular de los premolares inferiores.
- C) En caras palatinas de dientes anterosuperiores.
- D) Los bordes incisales y las cúspides son el área más vulnerable.





## Operacionalización de las Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Valor	Tipo
<b>Nivel de Conocimiento</b>	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori)	<b>ATRICION</b> <b>ABRACION</b> <b>AFBRACCION</b> <b>EROSION</b>	Cantidad de respuestas correctas	<b>Específicos</b> Excelente 4-5 Regular 2-3 Deficiente 0-1 <b>General</b> Excelente 14-20 Regular 7- 13 Deficiente 0-6	<b>Ordinal</b>