

PREVALENCIA DE FACETAS DE DESGASTE

PREVALENCE OF ERODING FACETS

Carlos Cava –Vergüí¹, José Robello –Malatto², César Olivares- Berger³, Luis Rodríguez –Torres³, Jorge Reyes –Saberbein³, Giannina Salazar- Bautista³, Gabriel Pérez- Romero³, Olga Orrego- Carrillo³, Cynthia Cuadros- Bobadilla³, Patricia Córdova -Aliaga³, Fabiola La Rosa –Taboada³

RESUMEN.

Objetivo. Determinar la prevalencia de facetas de desgaste. **Material y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en los pacientes usuarios de la Clínica Especializada de la Universidad San Martín de Porres, durante los meses de abril a junio del 2012. La muestra estuvo constituida por 245 pacientes, en los que se realizó un examen odontológico y un cuestionario para evaluar los siguientes factores: edad del paciente, género, ocupación, cantidad de piezas dentarias con facetas de desgaste, factores predisponentes a la aparición de facetas de desgaste. **Resultados.** Los valores obtenidos muestran que el 77.55% de los pacientes presentaron facetas de desgaste, sin diferencia entre el sexo masculino y femenino. El grupo de edad más afectada estuvo constituido por pacientes entre 18-33 años (34.74%) seguido por el grupo de 34-49 años (31.05%). La pieza dental más afectada fueron los Incisivos (43.26%), seguido de los caninos (28.11%), los cuales presentaron también mayor sensibilidad táctil y al chorro de aire. El cepillado vigoroso el único factor predisponente en el que se encontró significancia. (Kiru 2012;9(1): 59-64). **Palabras Claves:** Desgaste dental, dieta, hábitos parafuncionales, sensibilidad (Fuente:DeCS BIREME).

ABSTRACT

Objective. To evaluate the prevalence of eroding facets. **Material and Methods.** A descriptive and cross study was made in patients of the Clinica Especializada of the San Martín de Porres University, during the months of April to June 2012. The sample consisted of 245 patients, to whom was conducted a dental examination and a questionnaire was given to evaluate the following factors: patient age, gender, occupation, number of teeth with eroding facets, factors predisposing to the appearance of eroding surfaces. **Results.** The values obtained show that 77.55% of patients had eroding facets, with no difference between males and females. The most affected age group was patients from 18 to 33 years old (34.74%) followed by the group from 34 to 49 years old (31.05%). The teeth most affected were the incisors (43.26%), followed by the canines (28.11%), which also showed increased sensitivity to touch and air blast. Vigorous brushing was the single predisposing factor of significance that was found. (Kiru 2012;9(1): 59-64).

Keywords: Dental erosion, diet, parafunctional habits, sensitivity (Source: MeSH NLM).

¹ Decano de la facultad de odontología - Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

² Director de la clínica universitaria de la facultad de odontología - Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

³ Docente de la facultad de odontología - Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

Correspondencia:

Carlos Cava Vergüí

Dirección: Calle Badajoz 264, San Luis. Lima 33, Perú.

Correo electrónico: decanato_odontologia@usmp.pe

INTRODUCCIÓN

Las facetas de desgaste en la actualidad constituye un problema emergente dentro de la enfermedades de los tejidos duros de los dientes¹; hay una alta prevalencia a lo largo de la vida, sus consideraciones etiológicas, clínicas, patológicas, de distribución, etc. en nuestro medio, no son muy bien determinadas. Cabe señalar que estas facetas conforme se incrementan y pasan de estructuras duras, como el esmalte, a estructuras blandas como la dentina el daño pulpar resulta irreversible, la severidad del daño que tiene que ver con la cantidad de dientes afectados y la cantidad de tejido perdido, encontrándose nuestra capacidad de diagnóstico temprano asociada directamente a nuestros tratamientos. La asociación de los factores, tales como el incremento del consumo de frutos ácidos, la frecuencia del cepillado y el nivel de ansiedad, llevó al surgimiento de una nueva etapa en el ciclo evolutivo de la odontología, el de las "lesiones no cariosas", las mismas que son originadas por: el roce entre los dientes superiores e inferiores, la disolución provocada por los ácidos de diversos orígenes, la abrasión resultante del cepillado con dentífricos y todo ello agravado por la sobrecarga oclusal².

Ferrer; Gomez³ y Mauno; Klementi et al.⁴ refieren que la

pérdida progresiva de tejido dental duro se considera como un fenómeno fisiológico que aumenta a lo largo de la vida del individuo. Albertini B.⁵, el término faceta, se refiere al desgaste mecánico que ocurre en las superficies oclusales de los dientes como resultado de rozamiento que transforma las superficies curvas en planas, refiere que las facetas pueden clasificarse en funcionales y patológicas o parafuncionales. Las facetas funcionales a su vez pueden ser adaptativas y madurativas. Las adaptativas son aquellas que se producen desde la erupción dentaria hasta que los dientes entran en contacto con sus antagonistas, (oclusión orgánica), este tipo de facetamiento no altera las formas dentarias, sino que las individualiza según las exigencias funcionales. Las madurativas, también llamadas funcionales o ajustativas, suceden durante toda la vida y actúan como mecanismo de ajuste de las discrepancias armónicas de las aéreas oclusales con el resto el sistema. Con respecto a las facetas patológicas o parafuncionales, el esmalte dentario puede presentar procesos patológicos congénitos o adquiridos. Los adquiridos se dan como pérdida de sustancia, como por ejemplo: la caries, traumatismos, erosiones y las facetas. Es así que los cambios

producidos en la estructura del esmalte, alteran la función o facilitan la acción de mecanismos destructivos. Se dividen en tipo 1, de esmalte, tipo 2 de dentina sin alteración pulpar y tipo 3, de dentina con compromiso pulpar.

La Torre, Pallenzona et al. ⁶, manifiestan que se debe considerar la pérdida de estructura dental patológica cuando el grado de la misma crea alteraciones funcionales, estéticas y sintomáticas. Por otro lado, refieren también que la atrición es la pérdida de estructura dental causada por el contacto diente-diente durante la oclusión y masticación; siendo las superficies más afectadas las caras palatinas de los incisivos superiores y las vestibulares de los inferiores. Del mismo modo, el bruxismo, es considerado como una actividad parafuncional, que incluye apretamiento, frotamiento de los dientes y de igual forma, también produce desgaste dental o facetamiento como lo manifiestan Maglione y Barranca ⁷; Lara P et al. ⁸ En tal situación Albertini B. ⁵ indica que el desgaste es una condición natural de los dientes, donde estas involucran patrones de interacciones complejas entre dientes y factores de masticación como morfología de la boca, el arco dental y la dirección del movimiento masticatorio; factores genéticos condicionantes del grado de dureza del esmalte y dentina, factores culturales como la dieta y costumbres culturales como lo reportado por La Torre M et al. ⁶ en el 2010 y Rodríguez F et al. ⁹ en el 2009. Así mismo Díaz Díaz et al. ¹⁰ indica que existen diferentes

aristas como la edad, género, ocupación laboral, estado civil; además Mucenic, Beresescu et al. ¹¹ agrega que el estado general de salud, tipo de higiene oral y productos usados también influyen en el facetamiento.

Pero estas actividades parafuncionales como el bruxismo según Pulido Sosa ¹², implican una patología multifactorial donde el facetamiento es el resultado de factores locales, sistémicos y psicológicos. Sin embargo Frugone Rodríguez ¹³, añade que el desgaste dentario por si solo no implica presencia de bruxismo. De igual forma Lopes; Araujo; et al. ¹⁴, manifiesta que las facetas de desgaste son características ampliamente encontradas en la población, donde los desgastes pueden variar desde pequeñas proporciones localizadas hasta grandes destrucciones de esmalte y dentina donde el desgaste dental se puede atribuir a múltiples variables. Donde autores como Cancino, Stella; et al. ¹⁵ manifiestan que la destrucción paulatina de la superficie oclusal en casos crónicos puede llegar a comprometer la pulpa dental. Existen diversos índices para medir el grado de desgaste dental como: el índice de Smith and Knight, Índice de Richard-Braws, Índice de Guerasimov_Zoubov que de forma objetiva y observacional permiten cuantificar el facetamiento dental tal como ha sido reportado por Cancino; Stella et al. ¹⁵, Widaful et al. ¹⁷, Pindoken A et al. ¹⁸, Machado et al. ¹⁹

El índice de Smith and Knight (1984):

VALOR	SUPERFICIE	CRITERIO
0	B/L/O/I	No existe características de pérdida de esmalte
	C	No hay cambios en el contorno
1	B/L/O/I	Existe pérdida en las características del esmalte
	C	Minima pérdida del contorno
2	B/L/O	Pérdida del esmalte y exposición de la dentina menos de 1/3 de la superficie
	I	Pérdida del esmalte con exposición de la dentina
	C	Defectos con 1 mm de profundidad
3	B/L/O	Pérdida del esmalte y exposición de la dentina mas de 1/3 de la superficie
	I	Pérdida de esmalte y dentina sin exposición pulpar
	C	Defectos 1 - 2 mm de profundidad
4	B/L/O	Pérdida completa de esmalte con exposición pulpar
	I	Exposición pulpar
	C	Defectos con mas de 32mm de profundidad

Cancino, Stella et al. ¹⁵, concluye que las piezas dentarias con mayor grado de desgaste son las anteriores superiores y los molares superiores, habiendo una predisposición por el sexo femenino, asimismo el desgaste es mas severo en el grupo de edad mas avanzado tal como también lo manifiesta Cunha, Hristina et al. ¹⁶ concluyendo que la prevalencia en adultos es mayor. Sin embargo encuentra que los masculinos adultos tienen una prevalencia de 20% más que las del sexo femenino. Las poblaciones humanas actuales presentan abrasiones de

diferentes etiologías, que suelen ser el claro indicador de hábitos como el bruxismo, costumbres alimenticias y ocupacionales, costumbres culturales como masticar tabaco, fumar pipa, destapar botellas con los dientes, preparar materiales o sostener objetos mientras se pesca, caza o trabaja y la abrasividad ocasionada por el cepillado excesivo, concordando con Mucenic, Beresescu et al. ¹¹ quien concluye que el 51% presenta algún tipo de faceta de desgaste asociada a la edad del paciente y el tipo de técnica de cepillado que tiene.

Sin embargo no encuentra mayor relación entre las facetas de desgaste y la dieta, hábitos parafuncionales o problemas gástricos, tipo vómitos o regurgitaciones. Es importante que podamos identificar las lesiones, su distribución, las piezas afectadas con mayor frecuencia, las causas etiológicas, los grupos atareos y de género, lo cual nos va a preparar para conocer mejor estas patologías emergentes y a la vez brindar un mejor tratamiento y una adecuada atención de la salud oral de nuestros pacientes. Se ha realizado un estudio importante dentro de los pacientes que acuden a realizarse diversos tratamientos en la Clínica Especializada de la Facultad de Odontología con los alumnos de VII ciclo, los cuales han sido examinados por los docentes a cargo y se determinó las diversas presentaciones de esta patología como también las causas que lo originaría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con la finalidad de estudiar la prevalencia de facetas de desgaste en los pacientes usuarios de la Clínica Especializada en Odontología de la USMP.

La población estuvo constituido por todos los pacientes que fueron atendidos por los estudiantes de la asignatura de Clínica Estomatológica Integral I (705).

La muestra obtenida estuvo constituida por 245 pacientes que fueron atendidos por los estudiantes de la asignatura de Clínica Estomatológica Integral I en el periodo mencionado y que presentaron los criterios de inclusión considerados en el estudio. La variable edad fue definida en años. La variable grupo dentario fue evaluada según tipo de diente afectado: incisivo, canino, premolar y molar. Se evaluaron registros por separado de cada superficie dental. Vestibular (V), lingual (L), palatino (P), y la superficie incisal (I) u oclusal (O). Las superficies proximales no fueron registradas. La variable nivel de desgaste fue evaluada según el índice de Smith and Knight (Valores del 1 al 4). Este índice fue elegido debido a que es fácil de usar, fácilmente comparable, y ampliamente utilizado. La variable sintomatología fue evaluada si las piezas dentarias afectadas presentaban hipersensibilidad a cambios térmicos o al tacto durante la exploración.

Los sujetos calificados fueron examinados minuciosamente e interrogados en un sillón dental con buena iluminación, por un alumno capacitado, entrenado y supervisado por un docente que controlaba que todos los procedimientos sean realizados correctamente siguiendo los protocolos previamente calibrados. Todos los datos obtenidos fueron recopilados en una ficha clínica elaborada especialmente para el estudio, que incluía los siguientes factores predisponentes a la aparición de facetas de desgaste: bruxismo, prótesis fija antagonista, desordenes gástricos como vómitos crónicos, persistente reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, y gastritis crónica, cepillado vigoroso, interposición de objetos y dieta

ácida. La hipersensibilidad destinaria fue evaluada siguiendo dos métodos de diagnóstico:

- Método de la sensibilidad táctil: Fue realizada con una sonda periodontal de punta roma. La punta de la sonda se pasó sobre la dentina expuesta en la superficie de los dientes seleccionados, ejerciendo una leve presión desde mesial a distal, realizando 3 pases subsecuentes. Si el paciente manifestaba que estaba experimentando sensibilidad se anotaba en la ficha clínica correspondiente.
- Método del chorro de aire: La sensibilidad fue evaluada dirigiendo un chorro de aire de la jeringa triple por un segundo a 2-3 mm. de distancia de la superficie expuesta, después de cubrir los dientes adyacentes del chorro de aire, mediante la colocación de 2 dedos. El chorro de aire fue aplicado con una presión de 60 p.s.i. Si el paciente manifestaba sensibilidad durante o después de la aplicación del chorro de aire era registrado en la historia clínica correspondiente.

Dentro de los criterios de inclusión estuvieron: pacientes mayores de 18 años con buena salud general, y que firmaron el consentimiento informado, pacientes que acuden a la Clínica I, de la FO-USMP. Y dentro de los criterios de exclusión estuvieron: dientes pilares de prótesis fija, dientes con fractura coronal, dientes con restauraciones adhesivas a nivel oclusal y/o incisal, dientes con lesiones de caries a nivel oclusal y/o incisal.

RESULTADOS

De los 245 pacientes examinados que llegaron a la Clínica Especializada, 190 (77,55%) presentaban facetas de desgaste. De los 190 pacientes con facetas de desgaste 98 fueron mujeres (51,57%) y 92 fueron hombres (48,42%). De los 190 pacientes con facetas de desgaste: 66 tenían entre 18 y 33 años (34,74%), 59 tenían entre 34 y 49 años (31,05%), 53 tenían entre 50 y 65 años (27,89%), 12 tenían entre 66 y 81 años (6,32%) (Figura 1).

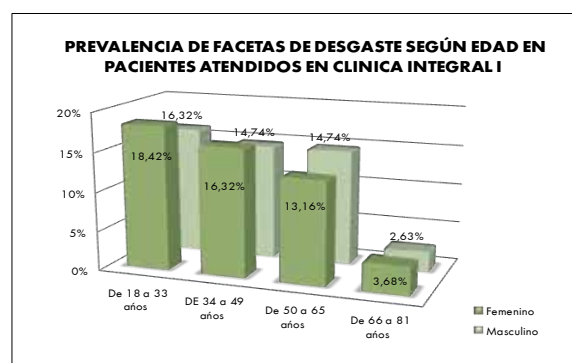


Figura 1. Prevalencia facetas de desgaste según la edad del paciente.

De las 1 206 piezas con facetas de desgaste: 582 fueron incisivos (48.26%), 339 fueron caninos (28.11%), 192 fueron premolares (15.92%) y 93 fueron molares (7.71%) (Figura 2).

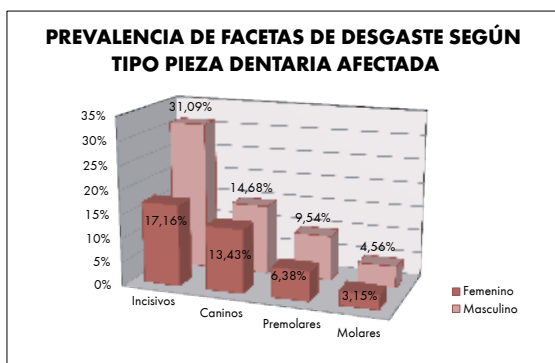


Figura 2. Prevalencia de facetas de desgaste según piezas afectadas.

Con respecto a la relación entre facetas de desgaste y sensibilidad táctil según pieza afectada de los 190 pacientes con facetas de desgaste 38 pacientes presentaron sensibilidad táctil: 16 piezas fueron incisivos (42,11%), 8 piezas fueron caninos (21,05%), 9 piezas fueron premolares (23,68%), 5 piezas fueron molares (13,16%). En relación entre facetas de desgaste y sensibilidad al chorro de aire según pieza afectada, de los 190 pacientes con facetas de desgaste 63 pacientes presentaron sensibilidad al chorro de aire: 29 piezas fueron incisivos (46,03%), 13 piezas fueron caninos (20,63%), 14 piezas fueron premolares (22,22%) y 7 piezas fueron molares (11,11%).

Por otro lado, de los 190 pacientes con facetas de desgaste 44 pacientes (equivalente al 23,16%) reportaron tener una dieta ácida: 21 fueron mujeres (11,05%), 23 fueron hombres (12,11%). De los 190 pacientes con facetas de desgaste 58 (30,53%) reportaron tener Bruxismo, 36 fueron mujeres (16,33%), 22 fueron hombres (8,16%).

Además se observó que la prevalencia de prótesis fija antagonista en pacientes con facetas de desgaste, de los 190 pacientes con facetas de desgaste solo 37 pacientes (equivalente al 19,47%) eran portadores de prótesis fija antagonista: 21 fueron mujeres (11,05%), 16 fueron hombres (8,42%).

De los 190 pacientes con facetas de desgaste 35 pacientes (equivalente al 18,42%) reportaron tener un hábito de masticación de sustancias extrañas: 19 fueron mujeres (10,00%), 16 fueron hombres (8,42%).

Con respecto a la prevalencia de hábito de cepillado vigoroso en pacientes con facetas de desgaste, de los 190 pacientes con facetas de desgaste 92 pacientes (equivalente al 48,42%) presentaron hábito de cepillado vigoroso: 45 fueron mujeres (23,68%), 47 fueron hombres (24,74%).

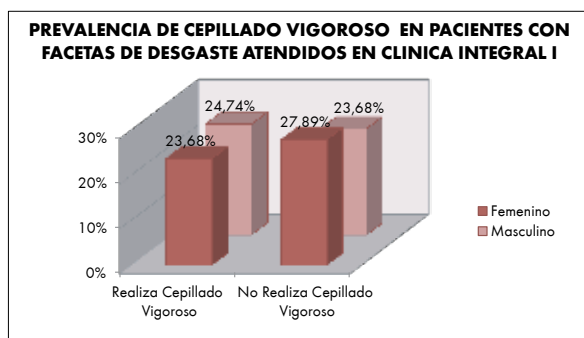


Figura 3. Prevalencia de hábito de cepillado vigoroso en pacientes con facetas de desgaste según sexo del paciente.

De los 190 pacientes con facetas de desgaste 36 pacientes (equivalente al 18,95%) presentaron desórdenes gástricos: 25 fueron mujeres (13,16%), 11 fueron hombres (5,79%).

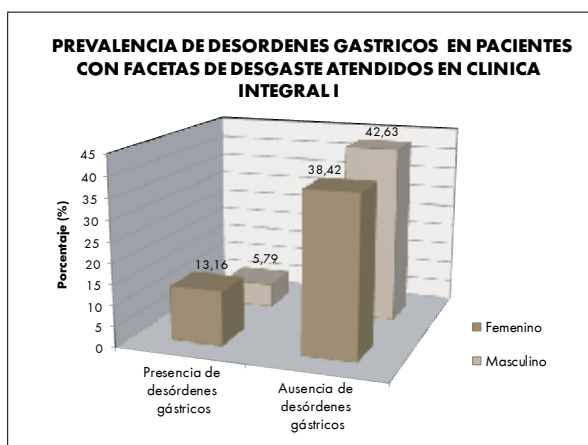


Figura 4. Prevalencia de desórdenes gástricos en pacientes con facetas de desgaste.

También se evaluó la prevalencia de facetas de desgaste según grado de desgaste, de las 1206 piezas con facetas de desgaste: 425 fueron incisivos con grado I (32,24%), 140 fueron incisivos con grado II (11,61%), 17 fueron incisivos con grado III (1,41%), 260 fueron caninos con grado I (21,56%), 70 fueron caninos con grado II (5,8%), 8 fueron caninos con grado III (0,66%), 1 fue canino con grado IV (0,08%), 152 fueron premolares con grado I (12,66%), 36 fueron premolares con grado II (2,99%), 4 fueron premolares con grado III (0,33%), 68 fueron molares con grado I (5,64%), 22 fueron molares con grado II (1,82%), 3 fueron molares con grado III (0,25%).

Tabla 1. Prevalencia de facetas de desgaste según grado de desgaste.

Presentan Facetas	GRADO 1		GRADO 2		GRADO 3		GRADO 4			
		%		%		%		%		
Incisivos	425	35,24%	140	11,61%	17	1,41%	0	0,00%	582,482587	48,30%
Caninos	260	21,56%	70	5,80%	8	0,66%	1	0,08%	339,280265	28,13%
Premolares	152	12,60%	36	2,99%	4	0,33%	0	0,00%	192,159204	15,93%
Molares	68	5,64%	22	1,82%	3	0,25%	0	0,00%	93,0771144	7,72%
Total piezas afectadas por grado	905	75,04%	268	22,22%	32	2,65%	1		1206	100,00%

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican una prevalencia de 77,55% de facetas de desgaste, lo que guarda relación con Cunha; Hristina; et al.¹⁶ que encontraron facetas de desgaste en el 51% de pacientes adultos evaluados en su estudio, al igual que Mucenic, Beresescu et al.¹¹ quienes hallaron que el 51.19% de los pacientes tenía al menos un tipo de facetas de desgaste. En el estudio realizado por Cancino, Stella et al.¹⁵, todos los individuos analizados presentaron algún grado de desgaste. En relación al sexo encontramos que el 51,57% de los pacientes afectados pertenecían al género femenino, y el 48,42% al género masculino lo que coincide con Mauno; Klementi et al.⁴ quienes no encontraron diferencias de acuerdo al género. Sin embargo Barranca; Lara-Pérez et al.⁸ y Cunha; Hristina et al.¹⁶ hallaron un predominio del sexo masculino, a diferencia de Mucenic, Beresescu et al.¹¹ que refieren que el sexo femenino tiene mayor predisposición que el masculino.

En el estudio realizado se encontró que de acuerdo a la edad el grupo más afectado por las facetas de desgaste fue el que se hallaba entre los 18-33 (34.74%), seguido por el de 34-49 años (31.05%). Esto concuerda con Mucenic, Beresescu et al.¹¹ quienes concluyeron que el grupo con mayor facetas de desgaste era el comprendido entre los 18-30 años (47,33%), seguido por el de 31-10 (37,33%), Para Cancino et al.¹⁵ se encontró mayor severidad en el grupo de edad mas avanzada (35-45 años).

La pieza más afectada por las facetas de desgaste fueron los incisivos (48,26%) que también presentaron mayor predisposición a la sensibilidad táctil y al chorro de aire seguidos por el canino (28.11%). Esto concuerda con Cancino, Stella et al.¹⁵ quien concluye que los dientes anteriores superiores tienen mayor patrón de desgaste, seguido por los inferiores, al igual que Mauno; Klementi et al.⁴ que identificaron a los caninos e incisivos centrales como las piezas mas afectadas. Además concluimos que los Incisivos son las piezas que presentan mayor severidad en cuanto al grado de desgaste, seguidos por los caninos.

Los resultados del estudio mostraron que los pacientes que mantenían un cepillado vigoroso (48,42%), tenían mayor

predisposición a presentar facetas de desgaste. En los resultados del estudio realizado por Mucenic, Beresescu; et al.¹¹ concluyeron que mantenían la técnica de cepillado vertical y utilizaban un cepillo de cerdas medias tenían mayor predisposición a presentar facetas de desgaste.

No se encontró relación significativa entre las facetas de desgaste y el bruxismo, ya que solo 58 pacientes equivalente al 30.53% reportaron bruxar, lo que difiere con Barranca; Lara-Pérez; et al.⁸ quienes refieren que el desgaste dental es muy elevado en pacientes con bruxismo

En cuanto a la ingesta de una dieta acida y presencia de desordenes gástricos concluimos que no existe conexión entre estas y las facetas de desgaste, ya que solo 44 pacientes (23.16%) reportaron tener una dieta acida y 36 (18.95%) presentaron desórdenes gástricos lo que guarda relación con Mucenic, Beresescu et al.¹¹ quienes en su estudio, refieren que no hay relación significativa entre el consumo de dieta ácida y las facetas de desgaste, tampoco entre enfermedades de tipo gástrico como regurgitaciones y vómitos y las facetas de desgaste. Rodríguez-Florez⁹, manifiesta que una dieta de alimentos poco procesados trae como consecuencia lógica, desgaste dental

En el estudio realizado no encontramos una relación significativa entre el hábito de masticar sustancias extrañas y las facetas de desgaste, solo el 18.42%, equivalente a 35 pacientes de nuestra muestra manifestaron tener dicho hábito, esto no coincide con lo referido por Cancino, Stella et al.¹⁵ quienes concluyen que el uso de los dientes como herramienta de trabajo son los causantes del desgaste dental encontrado en los indígenas de la tribu evaluada en su estudio. Asimismo Rodríguez-Florez.⁹ refiere que las costumbres alimenticias, ocupacionales y culturales como mascar tabaco, fumar pipa, destapar botellas con los dientes, preparar materiales o sostener objetos mientras se pesca, caza o trabaja conllevan a la aparición de facetas de desgaste.

Finalmente, tampoco encontramos relación entre la presencia de prótesis fija antagonista y las facetas de desgaste. En el estudio realizado solo el 19.47% de pacientes portadores de prótesis fija antagonista presentaron facetas de desgaste.

Se pudo concluir que el porcentaje de prevalencia de las facetas de desgaste en pacientes mayores de 18 años es considerable (77.5%), siendo los dientes incisivos los más afectados con facetas de desgaste grado 1, 2 y 3. En relación al género, no se encontraron diferencias significativas entre el sexo masculino y femenino. Con referencia a la edad del paciente el grupo más afectado por las facetas de desgaste fue entre los 18-33 años, se sugiere esta prevalencia por la presencia de bruxismo y la dieta ácida que acostumbran ingerir encontrado más en sexo femenino que en masculino. Se confirmó que el hábito de cepillado vigoroso incrementa la prevalencia de facetas de desgaste, siendo el sexo femenino el que más afectado.

Se quiso relacionar la prevalencia de facetas de desgaste con pacientes portadores de prótesis fija antagonistas, con pacientes con desordenes gástricos y con dieta ácida. Sin embargo no se encontró una relación significativa. En presencia de facetas de desgaste se encontró mayor sensibilidad táctil y sensibilidad a chorro de aire en incisivos. Como personal de la salud odontológica debemos realizar algún método para revertir lo estudiado, como por ejemplo charlas informativas en sala de espera de la clínica odontológica de la USMP sobre técnicas de cepillado; con ayuda visual y folletos, como también por parte de cada operador, explicarle que un cepillado fuerte no es sinónimo de buen cepillado. Concientizar al paciente sobre la importancia y ventaja del uso de las férulas miorelajantes, explicándole que el utilizarlo en un inicio, disminuirá el daño. Realizar interconsultas con el área de nutrición para que guíe de forma correcta la alimentación de los pacientes y disminuir así los desordenes gástricos y el consumo inadecuado de alimentos ácidos. Por último realizar un buen diagnóstico odontológico para evidenciar el problema desde el inicio y disminuir así la prevalencia de facetas de desgaste.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares, Jeffrey O. Okenson, Elseiver España, 2008.
2. Wilson F, Valquiria A, Livaria S. Lesiones No Cariosas-“El Nuevo Desafío de la Odontología”, Editora Limitada, Sao Paulo, Brasil, 2010.
3. Ferrer J, Gómez A. Alteraciones del esmalte: atrición, erosión y abrasión dental. Traumatismo bucodentales.
4. Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y comunitaria.

Principios, métodos y aplicaciones. 3ra. Edición. Editorial Masson México 2005:213.

5. Kononen M, Klemetti E, Waltimo A, Ahlberg J, Evalahti M, Kleemola K, Nystrom M. Tooth wear in maxillary anterior teeth from 14 to 23 years of age. Acta odontologica scandinavica, 2006; 64: 55-8.
6. Albertini A. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Capítulo 15. 2da. Edición. Editorial Médica Panamericana. Argentina 2000:411-30.
7. La Torre C, Pallenzona M, Armas A, Guiza E. Desgaste dental y factores de riesgo asociados. Rev.CES Odont 2010;23(1)29-36.
8. Maglione H. Bruxismo y adicción. Revisión bibliográfica. Rev. Asoc. Odonto. Argent. 2010; 98(3): 259-64.
9. Barranca A, Lara EA, González E. Desgaste dental y bruxismo. Revista ADM. 2004;61(6): 215-9.
10. Rodríguez CD. Asimetría del desgaste oclusal bilateral en dentición permanente y su relación con la paleodieta en una sociedad prehispánica de tradición cultural Sonso en Colombia. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2009;21(1): 65-74.
11. Díaz SM, Díaz M, Nápoles IJ, Puig E, Ley L. Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. Archivo Médico de Camagüey 2009;13.
12. Mucenic S, Beresescu G, Bors A, Camarasan A, Molnar Varlam C, Kerekes M, Székely M. Clinical study regarding the association between some etiological factors and tooth wear.
13. Pulido MI, Sosa CM, Sosa G. Manejo del bruxismo desde una perspectiva integral. Estudio de un caso. ODOUS Científica 2010; 11(2):26-32.
14. Frugone RE, Rodriguez C. Bruxismo. Avances en Odontostomatología 2003;19(3):123-30.
15. Lopes A, Marini C, et al. Prevalência das facetas de desgaste e sua relação com aspectos oclusais e hábitos parafuncionais. Revista de Odontologia da UNESP. 2007; 36(1):47-52.
16. Cancino A, Stella A, et al. Presencia de desgaste dental en la tribu nómada nukak makú del Guaviare: estudio preliminar. Universitas Odontologica 2010;29(63):93-8
17. Cunha-Cruz J, Hristina P, et al. Tooth wear: prevalence and associated factors in general practice patients. Community Dent Oral Epidemiol. 2010; 29.
18. Widatul D, et al. The study of tooth wear patterns and their associated aetiologies in adults in Kelantan, Malaysia. Archives of orofacial Sciences 2001;5(2):47-52.
19. Pindoken L, Akca E, Gurbuzer B, Aydil Tasdelen B. Cervical wear and occlusal wear from a periodontal perspective. Journal of Oral Rehabilitation 2011; 38:95-100.

Recibido: 11 de abril de 2012

Aceptado para publicación: 4 de junio de 2012