

Baracat, Maiara

**Relación entre lesiones
dentales no cariosas y
alteraciones funcionales de
la ATM: un estudio clínico**

**Trabajo final para la obtención del
título de grado de Odontóloga/a**

Directora: Bonnin, Claudia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)

TRABAJO INTEGRADOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

**“RELACIÓN ENTRE LESIONES DENTALES NO CARIOSAS Y
ALTERACIONES FUNCIONALES DE LA ATM: UN ESTUDIO CLÍNICO”**

AUTOR: Maiara Baracat

TUTOR: Prof. Od Chalup, Maria Teresa

TITULAR RESPONSABLE: Prof. Esp. Dra. Od. Bonnin, Claudia

AÑO: 2025

INDICE

RESUMEN	2
SUMMARY	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS.....	5
Hipótesis /objetivo general	5
Objetivos específicos	5
ABFRACCIÓN	6
Definición	6
Etiopatogenia.....	6
Características clínicas y localización	7
Tratamiento	8
ATRICIÓN	10
Definición	10
Etiología	10
Características clínicas y localización	10
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) y BRUXISMO	11
Clasificación del bruxismo	11
Clínica.....	12
CASO CLINICO.....	14
TRATAMIENTO	17
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIÓN.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	22
ANEXO I.....	23
ANEXO II	24
ANEXO III	25

RESUMEN

En el siguiente trabajo se presenta un caso clínico de un paciente, sexo masculino que se presentó a la sala Clínica Sixto Castellano de la Catedra de Practica Profesional Supervisada de la U.C.C.

Procedimos a realizar un diagnóstico exhaustivo, el cual incluyó una historia clínica detallada, análisis oclusales y registro de hábitos parafuncionales. Estos datos nos ayudaron a determinar los tratamientos adecuados.

De acuerdo a la problemática que presentaba el paciente podemos concluir que las enfermedades bucodentales son, hoy en día, un problema de salud por su alta tasa de prevalencia y el impacto que generan en la calidad de vida de los pacientes. Constituyen un hallazgo frecuente en la práctica odontológica y suelen ser atribuidas a factores biomecánicos, parafuncionales o hábitos orales nocivos que pueden derivar en alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático.

Nos centraremos a hablar sobre aquellas lesiones no cariosas, tales como atrición y abfracción. Estas alteraciones, aunque no estén provocadas por caries, presentan una importante correlación clínica con disfunciones de la articulación temporomandibular (ATM), lo cual sugiere la existencia de mecanismos etiopatogénicos compartidos.

Palabras claves: atrición, abfracción, articulación temporomandibular, sistema estomatognático, bruxismo.

SUMMARY

In the following paper, we present a clinical case of a male patient who attended the Sixto Castellano Clinic of the subject of Supervised Professional Practice at U.C.C.

We proceeded to carry out a thorough diagnosis, which included a detailed clinical history, occlusal analysis, and recording of parafunctional habits. This data helped us determine the appropriate treatments.

Based on the patient's condition, we can conclude that oral diseases are currently a public health problem due to their high prevalence and the impact they have on patients quality life. They are a frequent finding in dental practice and are often attributed to biomechanical factors, parafunctional habits, or harmful oral behaviors that may lead to structural and functional alterations of the stomatognathic system.

We will focus on non-carious lesions, such as attrition and abfraction. Although these alterations are not caused by caries, they present a significant clinical correlation with temporomandibular joint (TMJ) dysfunctions, suggesting the existence of shared etiopathogenic mechanisms.

Keywords: attrition, abfraction, temporomandibular joint, stomatognathic system, bruxism.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones no cariosas, como atrición y abfracción, representan un fenómeno clínico de creciente interés en la odontología por su implicancia en la integridad funcional del sistema estomatognático.

La atrición caracterizada por el desgaste dental progresivo por contacto diente a diente, y la abfracción definida como la pérdida de tejido dental en la region cervical por fuerzas biomecánicas (principalmente horizontales), comparten mecanismos etiopatogénicos vinculados al desequilibrio oclusal y al estrés funcional crónico de la ATM. Esta relación sugiere que el abordaje clínico de estos casos debe ir más allá del tratamiento sintomático, contemplando una evaluación integral del sistema mandibular y de los factores funcionales involucrados.

Este trabajo se propone analizar la relación entre atrición, abfracción y la disfunción temporomandibular, destacando la importancia del diagnóstico precoz, la identificación de hábitos nocivos y la planificación de un tratamiento interdisciplinario para preservar la salud bucal y mejorar la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS

Hipótesis /objetivo general

Analizar un caso clínico acerca de lesiones no cariosas (atrición y abfracción) en un paciente, con el fin de establecer un diagnóstico integral y proponer un tratamiento adecuado, considerando su relación con disfunciones del sistema estomatognático y de la articulación temporomandibular.

Objetivos específicos

1. Realizar una historia clínica detallada del paciente para identificar antecedentes y factores de riesgo asociados a las lesiones no cariosas.
2. Evaluar los análisis oclusales y registros de hábitos parafuncionales con el fin de comprender la etiología de las alteraciones observadas.
3. Determinar el impacto de las lesiones no cariosas en la función del sistema estomatognático y su relación con disfunciones de la articulación temporomandibular (ATM).
4. Proponer un plan de tratamiento integral que contemple medidas preventivas, terapéuticas y de seguimiento personalizado.

ABFRACCIÓN

Definición

La abfracción es una lesión no cariosa del tejido dentario que se presenta en el límite amelocementario (LAC) en forma de cuña, atribuida principalmente, a la acción de fuerzas oclusales excéntricas que generan tensiones de flexión sobre el diente. Estas tensiones provocan la fatiga estructural del esmalte y dentina, favoreciendo la pérdida progresiva de sustancia en dicha zona.

“Se define como *síndrome de compresión* por ser la lesión la evidencia de un conjunto de signos (pérdida de estructura dentaria en forma de cuña, y la fractura y el desprendimiento reiterado de restauraciones) y síntomas (hipersensibilidad dentinaria, cuando la lesión está en actividad)”¹

Etiopatogenia

Durante la masticación, existen fases en las que el alimento se ubica sobre las superficies oclusales, y otros donde se presentan contactos dentarios en el cual se generan fuerzas axiales, que se distribuyen a lo largo del periodonto.

Otras de las fuerzas que pueden presentarse son las horizontales. El componente lateral o excéntrico en sentido vestibulo-lingual de las fuerzas oclusales que aparecen durante la parafunción provoca un arqueamiento de la corona dentaria que toma como fulcrum (eje de rotación) la región cervical. Estas fuerzas parafuncionales se concentran en el LAC y flexionan el diente por lo cual se las considera sumamente lesivas. Al analizar cualquier fuerza, es fundamental considerar su dirección, magnitud, frecuencia y punto de aplicación.

Entre los factores que vuelven a la región cervical dental mucho más vulnerable se considera: el menor grosor del esmalte (0.5µm), menor angulación de sus prismas (106°), mayor presencia de poros y canales y dos de los casos de Choquet, donde el primero, el esmalte cubre al cemento y en el segundo la dentina queda expuesta sin ser cubierta por esmalte o cemento.

La capa de prismas del esmalte se adelgaza hacia el cuello. Estos cristales son más cortos y quebradizos, y se rompen debido a la dinámica de la deformación por stress que induce a expansión, compresión y flexión lateral alternamente. La capa de

¹ Cuniberti de Rossi, Nélica Elena “Lesiones cervicales no cariosas: la lesión dental del futuro”.- 1ªed (2009). Buenos Aires – Editorial Médica Panamericana

cristales se encuentra sometida a una flexión constante y a cargas de cizallamiento por la oclusión²

Las fuerzas aplicadas horizontalmente producen flexión y generan tensión y compresión en la región cervical, y las fuerzas verticales producen compresión.

Características clínicas y localización

Forma	• Cuña • Ángulos ásperos • Márgenes definidos • Ángulos perfectamente agudos que oscilan alrededor de los 45°
Superficie	• Estrías • Grietas • Rasguños • Surcos • Obliteración casi total de los túbulos dentinarios
Localización	• LAC • Se llegan a extender subgingivalmente • En lingual o palatino
Consecuencias	• Fracaso de restauraciones cervicales • Hipersensibilidad dentaria • Incremento de retención de placa bacteriana, estética alterada, compromiso pulpar • Recesión del margen gingival

3

² Barrancos PJ. *Operatoria dental avances clínicos, restauraciones y estética*. 5ª ed. Madrid: Medica Panamericana (2015)

³ Un punto de vista diferente en las lesiones cervicales no cariosas, ¿Por qué las lesiones cervicales en cuña no son producidas por la erosión ácida? Dra. Nelida Cuniberti , Dr Guillermo Rossi Vol. VI (2017)



Figura 1: Lesiones de abfracción. Tomado de Henostroza, 2006

Tratamiento

En la práctica clínica las restauraciones de estas lesiones cervicales no cariosas (LCNC) se consideran un gran desafío porque generalmente el margen gingival se encuentra localizado en el cemento, lo que implica que las restauraciones sean más susceptibles a la microfiltración. Esto puede generar pigmentaciones, sensibilidad postoperatoria y favorecer la recidiva de caries.

Otro factor a tener en cuenta es que la dentina expuesta en la lesión es de tipo esclerótica, lo que hace que la adhesión sea menor debido al diferente grabado ácido en tejidos altamente mineralizados.

Para restaurar este tipo de lesiones, se pueden emplear diversos materiales que presentan comportamientos totalmente diferentes al recibir las cargas oclusales y tensiones. El criterio más importante para tener en cuenta al momento de elegir un material será el de retención y flexión.

Los materiales que podrían usarse para restaurar las LCNC pueden ser:

- Ionómeros vítreos
- Ionómeros vítreos modificados con resina
- Resina fluida (flow)
- Resinas de microrelleno
- Resinas híbridas
- Cerómeros

Los ionómeros de vidrio convencionales presentan las siguientes características: frágiles, poca resistencia a la tracción y al desgaste, por lo que, a pesar de tener una mayor biocompatibilidad, estos no serán la mejor opción para áreas sujetas a

grandes cargas oclusales, ya que se pueden producir fallas adhesivas donde se verá afectada la adhesión e integridad de la restauración.

Las restauraciones de resina compuesta modificada con ionómero de vidrio están indicadas para el tratamiento de las lesiones cervicales por su flexibilidad, presentando un módulo elástico de 8000 y 9000 Mpa. En el caso de las resinas con un elevado módulo de elasticidad, serán incapaces de adaptarse a los cambios producidos por las fuerzas de masticación, haciendo que la restauración se desprenda de la preparación cavitaria, por las fuerzas deslizantes laterales. Sin embargo, existen las resinas compuestas híbridas y microhíbridas que poseen módulos elásticos similares al de la estructura dental, principalmente al de la dentina, con estética óptima y propiedades físicas y mecánicas favorables, formando así parte de una alternativa correcta para las restauraciones por abfracción. De igual forma se pueden emplear resinas fluidas cuando la extensión y profundidad de las lesiones no son excesivas, además de que estas pueden ser usadas en forma de capa intermedia, con un espesor no mayor a 0,5 mm, para mejorar la adaptación marginal de las resinas compuestas a los márgenes de dentina y cemento.

Al llevar a cabo una restauración con resinas es importante destacar que el éxito de estas también depende de su acabado y pulido. Una vez colocada la restauración la superficie rugosa se presentará como un factor de decoloración de la restauración, acumulación de placa, desarrollo de caries secundaria, inflamación gingival, poca estética y desgaste de dientes antagonistas. El acabado logrará una forma anatómica, estética y eliminará exceso de material que pudiera afectar a los tejidos adyacentes; el pulido aumentará el brillo de la restauración y le dará un aspecto natural parecido al esmalte.

Cuando una lesión por abfracción presenta menos de 1mm de profundidad basta con un monitoreo regular. Esta decisión debe basarse en la edad del paciente y en como la lesión compromete la vitalidad y función del diente.

ATRICIÓN

Definición

La Atrición es un desgaste que se produce en las estructuras del diente (o restauración) por fricción a nivel de bordes incisales o caras oclusales.

Bajo condiciones normales, se la considera como un proceso fisiológico de avance paulatino relacionado con el incremento de la edad, aunque también puede observarse en ciertos casos de pacientes adolescentes. Cuando el desgaste es más rápido y excesivo se lo considera como un proceso patológico.

También puede ocurrir como un defecto de desarrollo, como resultado de cierto tipo de dieta o bien en casos de oclusión borde a borde.

El grado de atrición que presenta una persona depende de la fuerza de oclusión, es decir, del grado de desarrollo de los músculos masticatorios. El fenómeno se inicia como pequeñas facetas pulidas, brillantes en la superficie dentarias que hacen contacto durante la masticación, más adelante, con la función estas facetas aumentan de tamaño y se reduce la altura de la cúspide, borrándose al mismo tiempo la anatomía incisal y oclusal de los diente.

Etiología

La causa de la atrición patológica se observa en pacientes bruxomanos y pacientes con pérdida de dientes, donde aquellos dientes remanentes reciben una sobrecarga lo que causa pérdida estructural en sus áreas funcionales.

Características clínicas y localización

La forma de estas lesiones puede ser: escalones en caras palatinas de dientes anterosuperiores; bordes incisales aplanados de forma recíproca en inferiores y superiores; cúspides de molares, premolares y caninos aplanados superiores e inferiores. Las superficies son lisas, duras y brillantes.

Se localizan en las superficies de contacto entre los dientes superiores e inferiores, se presenta la misma proporción de desgaste (caras oclusales, bordes incisales y caras palatinas).⁴

⁴ Wilson Garone Filho. Valquíria Abreu e Silva. Lesiones no cariosas. "El Nuevo Desafío de la Odontología". Santos. (2010)



Figura 2.



Figura 3.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) y BRUXISMO

La articulación temporomandibular se compone de estructuras anatómicas, que con la ayuda de grupos musculares en específico, permite a la mandíbula realizar varios movimientos aplicados a la función masticatoria (apertura, cierre, protrusión, retrusión y lateralidad).

Está compuesta por el cóndilo mandibular, disco articular, cavidades sinoviales, cápsula articular, ligamentos articulares y fosa articular.

El desorden temporomandibular (DTM), involucra varios problemas clínicos que comprenden la musculatura, ATM y estructuras asociadas (como ser; dientes, estructuras de soporte, maxilares, músculos del sistema estomatognático).

Según la *Asociación Dental Americana (ADA)*, el bruxismo se define como el acto de apretar o rechinar los dientes de manera inconsciente, ya sea durante el día o durante la noche.

La fisiopatología exacta del bruxismo aún se desconoce, pero pueden haber ciertos factores involucrados:

- Factores morfológicos: alteraciones de la oclusión dentaria, anormalidades articulares y óseas.
- Factores patofisiológicos: química cerebral alterada.
- Factores psicológicos: desordenes psicosomáticos, ansiedad, problemas de personalidad, etc.

Clasificación del bruxismo

- Céntrico: apretadores, preferentemente diurnos, áreas de desgaste limitadas a caras oclusales, menor desgaste dentario y mayor afectación muscular.

- Excentrico: frotadores nocturnos, donde las áreas de desgaste sobrepasan la cara oclusal.

Podemos diagnosticar fácilmente por la observación de sus síntomas característicos siendo el más significativo de éstos el desgaste de las cúspides de los molares, así como el de los bordes de los incisivos y la punta de los caninos.

Clínica

- Desgaste dentario. No es un signo específico, ya son muchas causas las que lo producen.
- Fracturas de dientes naturales, prótesis, implantes y restauraciones.
- Movilidad dentaria. Debido al ensanchamiento del ligamento periodontal por causa traumática.
- Necrosis pulpar por constante traumatismo oclusal.
- Ulceras traumáticas de la mucosa.
- Hipertrofia de músculos masticadores.
- Dolores de cabeza debido a tensión y sensibilidad en el músculo temporal.
- Dolor preauricular
- Sensibilidad y rigidez en músculos de la mandíbula.
- Apertura restringida de la boca.

Consideraciones para el tratamiento del bruxismo

El tratamiento del bruxismo se centra en prevenir daños adicionales en los dientes y aliviar los síntomas asociados; debe ir enfocado principalmente a los factores etiológicos.

En las opciones de tratamiento se incluyen dispositivos oclusales, intervenciones conductuales y terapias farmacológicas.

1. Asesoramiento: asesoría sobre higiene del sueño, modificación de hábitos y métodos de relajación como paso inicial en la terapia del bruxismo del sueño. Generalmente, la orientación sobre la higiene del sueño es vista como una práctica segura y aconsejable. Evitar el alcohol, la cafeína y el tabaco antes de acostarse se considera necesario para mantener un buen sueño, ya que el bruxismo del sueño se asocia con el despertar.
2. Corrección de la oclusión del paciente mediante un dispositivo oclusal de acrílico que se instala sobre los dientes de la arcada superior o inferior.

- Férula de estabilización: su objetivo principal es eliminar la inestabilidad que se da en la posición oclusal y articular. El espesor de la férula es considerado un factor importante al momento del tratamiento. La férula de 3mm en la parte anterior disminuye la actividad muscular de la actividad parafuncional.
 - Férula o placa de mordida anterior: dispositivo deacrílico duro, se pone en los dientes en la parte anterosuperior, en la cual solo hay contacto en céntrica con los dientes antagonistas. Indicado para bruxismo y trastornos musculares.
 - Férula miorrelajante o de Michigan: consiste en una férula dura deacrílico con menor interrupción para hablar, indicada en casos de bruxismo y disminución de la capa articular.
 - Férula blanda o resiliente: su objetivo es el contacto uniforme y simultaneo. Se indica en aquellos pacientes que presentan bruxismo severo. Ayuda a distribuir las fuerzas de cargas que se producen durante la actividad parafuncional.
3. Terapia farmacológica: se comprobó que la clonidina reduce el número de episodios rítmicos de actividad muscular masticatoria en comparación con clonazepam.
- Los antiinflamatorios, no tienen efecto comprobado en la inducción o eliminación del bruxismo.
4. Otro tipo de terapias: toxina botulínica en el masetero y musculo temporal cada 6 meses puede causar mejoras en pacientes con bruxismo severo. Las inyecciones disminuyen la fuerza y contracción del musculo, pero no así los eventos de bruxismo del sueño.
- Aplicación eléctrica de bajo nivel cuando los músculos responsables del bruxismo se activan.⁵

⁵ GUTIERREZ R., Mario Felipe et al. *Bruxismo y su relación con otorrinolaringología: una revisión de la literatura*. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [online]. 2021, vol.81, n.1 [citado 2025-08-30], pp.153-162.

CASO CLINICO

Paciente de 50 años de edad, sexo masculino, acude a la consulta odontológica en la cátedra de *Práctica Profesional Supervisada* de la *Universidad Católica de Córdoba* (UCC), su motivo de consulta: “*Necesito arreglar mi boca*”.

Al realizar la anamnesis directa el paciente relata haber sufrido de Hepatitis.

En el exámen extraoral, se observa cara ancha (tendencia a forma cuadrada-ovalada-braquicefálico), predominando el tercio medio e inferior.

En el sistema muscular se observó dolor en los músculos masticatorios, acompañado de fatiga muscular y aumento del tono o hipertrofia en los maseteros. Así mismo el paciente refiere que se ha encontrado bajo mucho estrés laboral durante muchos años y se encuentra con problemas para conciliar el sueño.

En el análisis intraoral se encontraron lesiones cariosas, facetas de desgaste en elementos anteroinferiores y anterosuperiores, abfracción severa, ligera pérdida de dimensión vertical con espacio interoclusal aumentado debido a la disminución de la longitud coronaria y ausencia de piezas dentarias 16, 26, 27, 37. También se detectó sensibilidad dentinaria frente a estímulos térmicos.

Se le indicó al paciente realizar diferentes movimientos mandibulares a fin de poder detectar contactos prematuros.





Figura 4. Fotografías extraorales



Figura 5. Fotografía intraoral de frente



Figura 6. Fotografía lateral derecha



Figura 7. Fotografía lateral izquierda



Figura 9. Fotografía oclusal inferior



Figura 8. Fotografía oclusal superior

Se realizaron análisis complementarios con el fin de analizar todos los elementos dentarios de forma general y evaluar estructuras anatómicas de relevancia para así proceder a realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.



Figura 10. Ortopantomografía

La radiografía panorámica mostró un leve ensanchamiento del espacio periodontal (especialmente en el sector anterioinferior), lo que permitió establecer el diagnóstico de bruxismo.

TRATAMIENTO

Uno de los aspectos fundamentales para el tratamiento del bruxismo es el diagnóstico precoz. El mismo, dependerá del tiempo durante el cual se ha mantenido el habito, el desgaste dentario y la clínica asociada.

Por primera instancia de la fase del plan de tratamiento, buscaremos concientizar al paciente.

Luego, se realiza interconsulta con su médico de cabecera para que evalúe el caso y recomiende medicación ansiolítica y miorrelajante.

Paralelamente se recomiendan tratamientos conductuales como técnicas de relajación (evitar tomar alcohol y café) y se recomienda la realización de tratamiento psicológico.

Procedimos a confeccionar una placa de descarga oclusal.

En cuanto a la rehabilitación de las abfracciones procedimos a aislar con goma dique y colocamos un clamp cervical para poder llegar a un buen manejo del campo operatorio y así protegerlo de la contaminación. Es necesario, controlar los límites de la lesión a restaurar ya que el limite apical es una zona riesgosa por la posibilidad de recidiva de caries y por ser dificultosa para el pulido. Limpiamos y desengrasamos la superficie con pasta de pulir a base de pómez y agua con brochitas, paso fundamental ya que se remueve la placa y la película adquirida, y la dentina y esmalte residual.

Se realizó una preparación mínima, lo más conservadora posible para poder lograr retención, sellado periférico y estética.

Luego procedimos a tallar un bisel en los márgenes del esmalte del borde cavo de la lesión. El bisel cumple funciones primordiales como:

- Mejorar la retención.
- Aumentar la superficie de adhesión y disminuye la microfiltración al exponer las terminaciones de los prismas del esmalte para ser grabadas.
- Mejorar la unión de la resina con la estructura dentaria.
- Homogeneizar el color y le devuelve mejores resultados estéticos.

Paso siguiente, realizamos grabado total en esmalte y dentina, lavado profusamente con agua para eliminar residuos de gel y ácido y sales solubles de calcio. Secado, sin resecar, para evitar el colapso de las fibras colágenas y permitir la entrada del sistema adhesivo y lograr una óptima hibridación.

Colocamos sistema adhesivo formando una capa delgada de dentina imprimada e hibridizada. La hibridación de la dentina expuesta con un sistema adhesivo es considerada una forma efectiva para proteger la interfase pulpa-dentina y adherir resina compuesta a la estructura dentaria, brindando resistencia a la microfiltración y un buen sellado marginal.

Para lograr mayor durabilidad de la restauración, se requiere el uso de una resina de poca viscosidad capaz de penetrar en la estructura. Para esto, procedimos a usar resina fluida (flow), aplicada en capas de menos de 2mm, la distribuimos en forma oblicua para liberar tensiones que se generan en la contracción de polimerización y luego fotocuramos. El uso de esta resina reduce la posibilidad de atrapar burbujas y asegura la óptima adaptación del material de la resina a las porosidades de esmalte y dentina.

Colocamos resina compuesta de macropartículas de mediana fluidez sobre la resina fluida, mediante la técnica incremental, comenzando desde incisal hacia el centro de la preparación y luego desde gingival al centro. Finalmente se cubrieron las porciones anteriores.

Y para finalizar procedimos a la terminación de la restauración, mediante acabado y pulido lo que queremos lograr es eliminar la capa inhibida. Usamos piedras de diamante superfinas para reducir rugosidades y brindar una textura lisa, de esta manera logramos evitar la retención de placa bacteriana. Se utilizó, además, gomas acompañadas de pastas abrasivas a baja velocidad.

En el primer control, a los 15 días, procedimos a controlar las restauraciones y realizar un análisis funcional del paciente, el cual ya no refiere dolor en músculos y ATM. Con papel de articular procedimos a realizar ajustes en la oclusión para eliminar puntos de contacto en restauraciones deficientes y luego reprogramamos otra cita.

A los 40 días de haber comenzado con el tratamiento medicamentoso y a los 21 del uso de la placa el paciente solo refiere molestias con el uso del aparato, donde ya no existe dolor y no hay fatiga muscular.



Figura 11. Fotografía intraoral de frente



Figura 12. Fotografía lateral derecha



Figura 13. Fotografía lateral izquierda



Figura 14. Fotografía oclusal superior



Figura 15. Fotografía oclusal inferior

El caso clínico expuesto, permite establecer una relación directa entre las lesiones dentarias no cariosas y las alteraciones funcionales de la articulación temporomandibular (ATM). Estas patologías evidencian el impacto que ejercen las fuerzas oclusales excéntricas y parafuncionales sobre la estructura dental y muscular. El paciente presentado, mostró signos clínicos característicos de bruxismo, como hipertrofia de músculos maseteros, sensibilidad dentinaria y facetas de desgaste, lo que ayuda a reforzar la hipótesis de que el estrés mecánico y psicológico actúan de forma sinérgica en el deterioro del sistema estomatognático.

El abordaje diagnóstico integral, el cual incluyó análisis oclusales, radiográficos y evaluación de hábitos, resultó fundamental para identificar la etiología multifactorial del cuadro. En este sentido, la interdisciplinariedad del tratamiento, fue determinante para poder llegar a un buen control de los síntomas y así evitar la progresión de las lesiones. La restauración de las áreas afectadas mediante resinas compuestas y fluidas, junto con la férula de descarga oclusal, demuestra la importancia de combinar medidas rehabilitadoras, preventivas y funcionales.

Diversos autores coinciden en que las lesiones no cariosas representan una manifestación de alteraciones musculares y articulares. En este caso, la disminución del dolor muscular y la mejoría funcional tras el tratamiento validan la hipótesis de que la corrección oclusal y la reducción de la sobrecarga mecánica repercuten favorablemente sobre la ATM. No obstante, el pronóstico a largo plazo dependerá del seguimiento clínico, el compromiso del paciente y la modificación de hábitos parafuncionales, como el bruxismo nocturno.

CONCLUSIÓN

El análisis del presente caso clínico permite concluir que las lesiones dentales no cariosas, como la atrición y la abfracción, no deben considerarse fenómenos aislados, sino manifestaciones de desequilibrios funcionales y biomecánicos del sistema estomatognático, frecuentemente asociados al bruxismo y a disfunciones de la ATM. Su origen multifactorial requiere un enfoque clínico amplio que incluya la evaluación de la oclusión, la función muscular, los factores psicológicos y los hábitos del paciente.

El diagnóstico precoz y la identificación de los factores etiológicos son esenciales para evitar la progresión del desgaste y la pérdida de tejido dentario. El tratamiento debe orientarse no solo a restaurar la estructura afectada, sino también a restablecer el equilibrio funcional mediante dispositivos oclusales, terapias conductuales y control del estrés. La rehabilitación estética y funcional lograda en el caso estudiado, junto con la desaparición del dolor muscular y la mejora del rango mandibular, confirman la eficacia del abordaje integral.

En síntesis, este trabajo resalta la importancia de la intervención temprana y multidisciplinaria en el manejo de las lesiones no cariosas y de los trastornos temporomandibulares, haciendo hincapié que la comprensión de la etiopatogenia común entre ambas entidades es clave para promover tratamientos a largo plazo, preservar la función masticatoria y mejorar la calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barrancos Mooney, J. (2015). *Operatoria dental: Avances clínicos, restauraciones y estética* (5ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
2. Cuniberti de Rossi, A. (2009). *Lesiones cervicales no cariosas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
3. González Soto, E. M., Midobuche Pozos, E. O., & Castellanos, J. L. (2015). *Bruxismo y desgaste dental / Bruxism and tooth wear*. Revista ADM, 72(2), 92–98.
4. Amaíz Flores, A. J. (2014). *Lesiones de abfracción, etiología y tratamiento*. Revista Científica Odontológica, 10(2), 39–47.
5. Lal, S. J., Sankari, A., & Weber, K. K. (2024, mayo 1). *Bruxism management*. En StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482466/>
6. Grippo, J. O. (2004). *Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited*. Journal of the American Dental Association, 135(8), 1109–1118. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2004.0357>

ANEXO I

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

TRABAJO INTEGRADOR: RELACIÓN ENTRE LESIONES DENTALES NO
CARIOSAS Y ALTERACIONES FUNCIONALES DE LA ATM: UN ESTUDIO
CLÍNICO

AUTOR: MAIARA BARACAT

REALIZADO BAJO LA TUTELA DEL PROFESOR/A: MARIA TERESA
CHALUP

FIRMA DEL TUTOR:

FECHA: 19/11/2025



DR. MARIA TERESA CHALUP
M.P. 8286
CARRERA DE ODONTOLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA - U.C.C.

ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo MAIARA BARACAT , estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado “Relación entre lesiones dentales no cariosas y alteraciones funcionales de la ATM: Un estudio clínico” DECLARO que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized capital 'B' with a vertical line through it, enclosed within a large, loopy oval shape.

Córdoba, 2025

ANEXO III

(Consentimiento informado firmado por el paciente para prácticas, tomas fotográficas y uso de ese material para la confección de TI).

Universidad Católica de Córdoba
Facultad de Medicina
Carrera de Odontología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de Córdoba a los 4 días del mes de junio del año 2025 siendo las 14 hs.
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el
estudiante/practicante Maria Barakat DNI N° 44313392 que habiendo
aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales,
oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo y responsabilidad de los
profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Apellido y Nombre del paciente: Mariano German Vaca DNI: 24368582

Declaro que mi odontólogo ha examinado mi boca debidamente. Que se me ha explicado otras alternativas a este tratamiento, que se han estudiado y considerado estos métodos que se me informaron, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a afecciones imprevistas, actualmente o no. Que el estudiante mencionado anteriormente o sus jefes de trabajos práctico puedan considerar necesarios o convenientes en el curso del tratamiento a realizar. Me ha sido explicado también que pueden haber riesgos para la salud asociado con la anestesia y dichos riesgos me han sido claramente explicados. Consiento en que se fotografien las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar, incluyendo partes apropiadas de mi cuerpo para fines médicos, científicos o educacionales, siempre que mi identidad no sea revelada por las imágenes o textos que la acompañen. Consiento con el objeto de contribuir a la educación odontológica en la admisión de observadores en el lugar destinado para mi atención. Dejo constancia de que se la ha explicado en forma verbal y ha dado su consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, indicaciones, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto, y la decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si él quisiera.

Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. Si al momento de la intervención surgiera una situación anátomo patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conocido, según la ciencia y conciencia respecto a lo programado, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy consentimiento para la administración de anestesia local que se aplicará para la realización de dicho tratamiento delegando al odontólogo el tipo de anestesia y me comprometo a regresar a la próxima consulta el día...../...../.....Hora.....

El/la que suscribe MARIANO GERMAN VACA DNI N° 24.368.582
con domicilio en calle XOBISPO CASTELLANO 1023 otorgo mi consentimiento para que se
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Sra. Maria Barakat

Firma del paciente:

Firma del Profesional a cargo:

Firma del representante si el paciente es menor de edad:

Maria Barakat
Od. MARIA MESA CHALUP
CARRERA DE ODONTOLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA - U.C.C.