

**Velloso, Felicitas**

---

**Abordaje integral de  
lesiones cervicales  
nocariosas por abfracción:  
presentación de caso clínico**

**Trabajo final de la carrera de  
Odontología**

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.](#)



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CÓRDOBA**  
JESUITAS

**“TRABAJO INTEGRADOR”**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Carrera de Odontología**

**Práctica Profesional Supervisada**

**“ABORDAJE INTEGRAL DE LESIONES CERVICALES NO  
CARIOSAS POR ABFRACCIÓN. PRESENTACIÓN DE CASO  
CLÍNICO ”**

**Autor: Felicitas Velloso**

**Profesor titular responsable: Dr. Claudia Bonnin**

**Tutor: Od. Maria Eugenia Gómez Durán**

**Año académico: 2025**

## ÍNDICE

<b>Resúmen:</b>	2
<b>Abstract:</b>	3
<b>Introducción:</b>	4
<b>Objetivo general:</b>	5
<b>Objetivos específicos:</b>	5
<b>Caso clínico:</b>	6
<i>Anamnesis</i>	6
<i>Examen clínico</i>	7
<i>Diagnostico diferencial</i>	8
<i>Diagnóstico</i>	9
<i>Plan de tratamiento</i>	10
<i>Pronóstico</i>	14
<b>Discusión:</b>	15
<b>Conclusion:</b>	16
<b>Referencias bibliográficas:</b>	18
<b>Anexos:</b>	20

## **RESÚMEN**

Las lesiones cervicales no cariosas (LCNC) representan una condición clínica de etiología multifactorial asociada a factores mecánicos, químicos y biomecánicos.

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar el abordaje integral de un caso clínico de lesiones cervicales no cariosas por abfracción en una paciente de 36 años que presentó sensibilidad dentaria, compromiso estético y alteraciones oclusales asociadas a apiñamiento y ausencias dentarias posteriores. Se realizó anamnesis, examen clínico y diagnóstico diferencial con otras LCNC, estableciendo un plan terapéutico basado en el control etiológico, tratamiento restaurador adhesivo y seguimiento clínico.

Las restauraciones se realizaron mediante técnica adhesiva con sistema adhesivo universal y resina flowable, seleccionada por sus propiedades biomecánicas y adecuada adaptación en lesiones sometidas a estrés cervical. El tratamiento permitió restablecer la anatomía dental, mejorar la estética y disminuir la hipersensibilidad dentinaria.

Se concluye que el abordaje integral e individualizado, junto con el control de los factores etiológicos y el mantenimiento periódico, resulta fundamental para el éxito clínico y la longevidad de las restauraciones en pacientes con lesiones cervicales no cariosas.

## **PALABRAS CLAVE**

Lesiones cervicales no cariosas; abfracción; estrés oclusal; resina flow; adhesión dental; maloclusión.

## **ABSTRACT**

Non-cariou cervical lesions (NCCLs) represent a clinical condition of multifactorial etiology associated with mechanical, chemical, and biomechanical factors. The present study aimed to analyze the comprehensive approach of a clinical case of non-cariou cervical lesions due to abfraction in a 36-year-old patient who presented with dental sensitivity, aesthetic compromise, and occlusal alterations associated with crowding and posterior tooth loss. Anamnesis, clinical examination, and differential diagnosis with other NCCLs were performed, establishing a therapeutic plan based on etiological control, adhesive restorative treatment, and clinical follow-up.

The restorations were carried out using an adhesive technique with a universal adhesive system and flowable resin, selected for its biomechanical properties and suitable adaptation in lesions subjected to cervical stress. The treatment allowed for the restoration of dental anatomy, improved aesthetics, and reduced dentin hypersensitivity. It is concluded that a comprehensive and individualized approach, along with the control of etiological factors and periodic maintenance, is essential for clinical success and the longevity of restorations in patients with non-cariou cervical lesions.

## **KEY WORDS**

Non-cariou cervical lesions; abfraction; occlusal stress; flowable resin; dental adhesion; malocclusion.

## **INTRODUCCIÓN**

Las lesiones cervicales no cariosas por abfracción se caracterizan por una pérdida patológica de tejido dentario. En cuanto a sus factores etiológicos las fuerzas de estrés oclusal han sido las más estudiadas a lo largo del tiempo. Se ha sugerido que el estrés por tracción generado por la maloclusión y las fuerzas masticatorias constituye el principal factor causal. Sin embargo, a pesar de los numerosos intentos por confirmar esta hipótesis, la etiología de la abfracción continúa siendo un tema complejo y objeto de debate.

Desde el punto de vista clínico estas lesiones pueden provocar sensibilidad dentaria, compromiso estético y riesgo de progresión. Por lo que se necesita un abordaje integral en donde se incluya evaluación de la oclusión, identificación de hábitos parafuncionales, elección de los materiales restauradores que garanticen durabilidad y estética al sustrato dentario.

El presente trabajo tiene como finalidad analizar el abordaje clínico integral de un paciente con múltiples lesiones cervicales no cariosas por abfracción, poniendo en énfasis los factores etiológicos, diagnóstico diferencial y técnicas y materiales restaurativos.

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar y desarrollar el tratamiento integral de un paciente con lesiones cervicales no cariosas por abfracción, abordando su tratamiento restaurador y sus factores etiológicos asociados.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar factores etiológicos o hábitos parafuncionales
- Realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones cervicales no cariosas.
- Seleccionar material y técnicas adecuadas en función del sustrato dentario y exigencias funcionales.
- Integrar el control oclusal y preventivo dentro del plan terapéutico.





**Figura 2.** a. Fotografía inicial lateral derecha; b. Fotografía inicial lateral izquierda

A partir del exámen clínico intraoral se observan lesiones cervicales no cariosas con las siguientes características:

Se encuentran localizadas en la cara vestibular de los elementos 13,14,16,24 y 33 en forma de cuña, con ángulos internos y externos claramente definidos. En los respectivos elementos dentarios presenta recesión gingival, características que puede corresponder al cepillado vigoroso.

Se midió la profundidad de la lesión con una sonda periodontal y todas median 1 mm.

La paciente manifiesta sensibilidad dentaria al frío, lo que nos indica la proximidad con la pulpa dentaria.

En cuanto a la oclusión presenta apiñamiento dental, ausencia del 15,17,27 y 46 e inclinación mesial de los segundos molares inferiores.

3. **Diagnóstico diferencial:** En base a los hallazgos clínicos observados, se plantea el diagnóstico diferencial con las demás lesiones cervicales no cariosas, con el fin de identificar su etiología y orientar el plan de tratamiento adecuado.

### **Abrasión**

Corresponde a la pérdida de tejido dentario provocada por agentes mecánicos externos al proceso masticatorio normal. Los factores más frecuentes son: cepillado vigoroso y excesivo con pastas dentales abrasivas y cepillos dentales con cerdas duras y hábitos dietéticos particulares.

## **Erosión**

Es un proceso de desgaste de origen químico que ocurre sin participación bacteriana. Se produce por la acción repetida de ácidos de origen extrínseco, como alimentos o bebidas ácidas, o intrínseco, como el reflujo gastroesofágico. Clínicamente se caracteriza por superficies lisas y redondeadas, acompañadas de pérdida gradual de la anatomía dentaria.

## **Abfracción**

Se considera una lesión cervical no cariosa relacionada con la concentración de tensiones biomecánicas en la región cervical del elemento dentario. Estas tensiones repetidas debilitan progresivamente el esmalte y la dentina y, cuando superan el límite de resistencia del tejido, originan microfracturas y pérdida de estructura dental. Desde el punto de vista histológico y biomecánico, la región cervical es particularmente vulnerable debido a que el esmalte es más delgado, tiene menor densidad mineral, y cambia la orientación de los prismas de hidroxiapatita cerca de la unión amelocementaria.

El diagnóstico de las LCNC requiere de una anamnesis exhaustiva, orientada a identificar antecedentes médicos, hábitos dietéticos, hábitos de higiene bucal y posibles parafunciones que puedan intervenir en su desarrollo.

Desde el punto de vista clínico, las lesiones cervicales no cariosas pueden presentar dos patrones morfológicos. Algunas muestran una configuración en forma de cuña, con ángulos internos definidos, mientras que otras presentan una morfología más redondeada o en platillo. Estas diferencias pueden aportar información útil sobre los factores involucrados en su desarrollo.

4. **Diagnóstico:** Las características clínicas observadas son compatibles con lesiones cervicales no cariosas asociadas a fenómenos de abfracción.

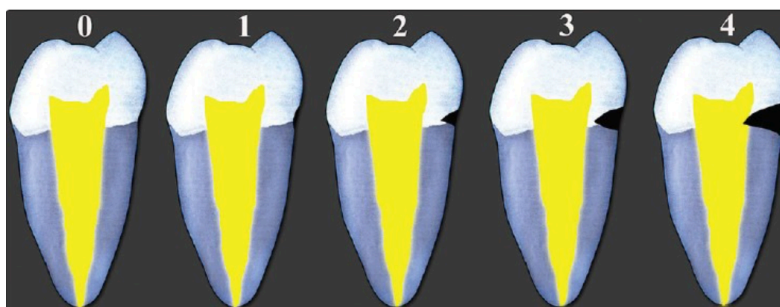
Como se mencionó anteriormente la maloclusión, las restauraciones defectuosas o prótesis en el antagonista, el bruxismo, entre otros factores, generan fuerzas cíclicas y excéntricas excesivas. Estas fuerzas producen una micro flexión en la región cervical del diente y provocan tensiones alternantes de tracción y compresión. Como consecuencia, se concentra el estrés en la unión amelocementaria.

Este fenómeno puede producir un efecto directo, donde las tensiones superan las uniones entre los cristales de hidroxiapatita, o un efecto indirecto, en el cual el diente se vuelve más susceptible a futuras pérdidas de estructura por abrasión o corrosión, ambos mecanismos terminan ocasionando pérdida de estructura dentaria.

Si bien las lesiones no se encuentran limitadas a un único elemento dentario, como describen algunos autores, se observó compromiso de varios dientes con

características morfológicas compatibles con este tipo de lesión. Asimismo, los elementos afectados presentan alteraciones de posición dentaria y antecedentes de hábitos parafuncionales, factores considerados relevantes en la etiopatogenia de la abfracción. La localización cervical de las lesiones y su asociación con posibles sobrecargas oclusales respaldan la hipótesis de un origen biomecánico vinculado al estrés tensional.

Las lesiones fueron clasificadas según el Índice de Desgaste Dental propuesto por Smith y Knight, teniendo en cuenta la profundidad del defecto y el grado de pérdida de estructura dentaria observado clínicamente.



**Figura 3.** Índice de desgaste dental propuesto por Smith y Knight. Fuente: Tomado de Aw et al(2013), A Comprehensive Review of Noncarious Cervical Lesions, Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.

0 = Sin cambio en el contorno

1 = Pérdida mínima de contorno

2 = Defecto <1 mm de profundidad

3 = Defecto de 1 mm a 2 mm de profundidad

4 = Defecto >2 mm de profundidad, o exposición a la pulpa, o exposición a dentina secundaria.

La paciente presentó lesiones con la misma severidad distribuidas en múltiples elementos dentarios, todas eran de grado 3 debido a que median 1mm de profundidad.

## **5. Plan de tratamiento**

### ***PRIMERA ETAPA: CONTROL ETIOLÓGICO***

Esta etapa consiste en la educación del paciente acerca de cepillado vigoroso, por lo que se instruyó sobre la técnica de cepillado y se le indicó la utilización de un cepillo dental de cerdas suaves y pastas dentales no abrasivas.

La paciente presentaba maloclusión caracterizada por apiñamiento dentario y ausencia de los elementos 15, 17, 26 y 46, situación que podría haber contribuido a una distribución inadecuada de las fuerzas oclusales. La pérdida de soporte posterior genera modificaciones en la dinámica masticatoria y sobrecarga funcional sobre determinadas piezas dentarias, especialmente premolares, favoreciendo la concentración de tensiones en la región cervical. Diversos estudios sugieren que estas fuerzas excéntricas y no axiales podrían participar en la formación y progresión de las lesiones cervicales no cariosas mediante fenómenos de flexión dental y estrés biomecánico cervical.

Como se mencionó anteriormente la paciente relató hipersensibilidad dental, esta se caracteriza por un dolor agudo y breve en respuesta a un estímulo. Puede ser un síntoma temporal asociado a las primeras etapas de las lesiones por abfracción. Se espera que la naturaleza crónica de la abfracción, acompañada del proceso natural de remineralización dentinaria, alivie gradualmente la sensibilidad dental, pero si la sensibilidad persiste, la dentina expuesta puede requerir tratamiento terapéutico para aliviar o eliminar la molestia.

### **SEGUNDA ETAPA: TRATAMIENTO RESTAURADOR**

La restauración de estas lesiones tiene ciertos desafíos restaurativos como la dificultad del control de la humedad, el acceso a los márgenes subgingivales y el tratamiento de la dentina esclerosada. Las cargas oclusales, la calidad de los sustratos dentales y las propiedades mecánicas de los materiales restaurativos se han considerado factores importantes que afectan la retención y el desempeño clínico de las restauraciones de LCNC.

Si bien el tratamiento restaurador permite restablecer la anatomía dental, mejorar la estética y disminuir la hipersensibilidad, actualmente no existe evidencia concluyente de que las restauraciones por sí solas detengan la progresión de las lesiones.

Según Doshi K., Nivedhitha, M., Solete, P., Balasubramaniam, A., Jacob, B., & Siddique, R. (2023), el tratamiento restaurador de las lesiones cervicales no cariosas está indicado cuando se presentan una o más de las siguientes condiciones:

- 1) Márgenes cervicales de la lesión que se encuentren ubicados subgingivalmente e impidan el control del biofilm, aumentando así el riesgo de caries y enfermedad periodontal.
- 2) Pérdida extensa de estructura dental que comprometa la integridad del diente, o el defecto esté en proximidad a la pulpa, o la pulpa haya sido expuesta.
- 3) Hipersensibilidad dentinaria persistente en la que las opciones terapéuticas no invasivas hayan fallado.

- 4) Diente como pilar protésico.
- 5) Demandas estéticas a solicitud del paciente.

Cómo las lesiones que presenta la paciente cumplen con las condiciones que se mencionaron anteriormente, se realizaron las restauraciones correspondientes.

### 1) **Lesión inicial**



**Figura 4** Lesión inicial en elemento 14

### 2) **Aislamiento absoluto**

Este continúa siendo el método ideal para controlar la humedad y mejorar la predictibilidad adhesiva. Se colocó un clamp en el elemento 14 y otro en el elemento 26.

### 3) **Hilo retractor**

Se colocó hilo retractor (Ultrapak #000) en el surco gingival para contener los fluidos gingivales y separar el tejido, permitiendo un mejor control de la humedad y una mejor visualización de los márgenes de la lesión.



**Figura 5.** Colocación de aislamiento absoluto e hilo retractor.

#### 4) **Asperización de dentina**

La dentina esclerótica ha sido señalada como responsable de la dificultad en la adhesión, así como de las altas tasas de fracaso de las restauraciones de composite.

El manejo clínico de esta dentina requiere ciertas consideraciones específicas debido a las características estructurales alteradas de este sustrato. La dentina esclerótica presenta obliteración de túbulos dentinarios, superficie mineralizada y menor permeabilidad, lo que dificulta la penetración de los sistemas adhesivos y puede comprometer la formación de una capa híbrida adecuada.

Se realizó una leve asperización o desgaste superficial con fresa diamantada fina sobre la dentina esclerótica, con el objetivo de eliminar la capa hipermineralizada superficial y favorecer la infiltración del adhesivo. Sin embargo, se recomienda mantener un enfoque mínimamente invasivo, preservando la mayor cantidad posible de estructura dentaria sana.

#### 5) **Preparación cavitaria**

Se realizó un bisel suave en esmalte para mejorar la transición estética y aumentar el área de adhesión, particularmente en restauraciones con resina compuesta.

#### 6) **Grabado selectivo en esmalte**

Esta es una alternativa más conservadora y predecible, ya que permite optimizar la adhesión sin incrementar el riesgo de sensibilidad postoperatoria o sobre grabado dentinario.

Se aplicó ácido fosfórico únicamente sobre los márgenes de esmalte durante aproximadamente 15 segundos, evitando su colocación directa sobre la dentina esclerótica, para luego utilizar un adhesivo universal sobre toda la cavidad.



**Figura 6.** Grabado ácido selectivo de esmalte.

### **7) Sistema adhesivo**

Se seleccionó un sistema adhesivo universal (3M ESPE Single Bond Universal) debido a su versatilidad clínica y a su comportamiento favorable en restauraciones de lesiones cervicales no cariosas. Estos sistemas permiten utilizar distintas estrategias adhesivas según las características del sustrato dentario, favoreciendo la adhesión tanto al esmalte como a la dentina esclerótica. El monómero 10-MDP presente en algunos adhesivos universales favorece una unión química más estable con la hidroxiapatita residual, lo que podría contribuir a mejorar la estabilidad adhesiva a largo plazo.

### **8) Colocación de resina flow**

En cuanto al material que se utilizó para rehabilitar estas lesiones diversos estudios sugieren materiales restauradores capaces de absorber y disipar las tensiones funcionales que se producen en la región cervical, debido a que las fuerzas oclusales excéntricas y las relaciones oclusales generan concentración de estrés en la zona, favoreciendo la pérdida de estructura dentaria y comprometiendo la durabilidad de las restauraciones.

Las resinas flowables han sido propuestas como una alternativa restauradora favorable ya que su bajo módulo elástico en comparación con los híbridos convencionales podría compensar el aumento de contracción por polimerización y evitar el fallo del sello adhesivo marginal en restauraciones cervicales.

Se ha observado adecuada adaptación marginal, buena retención y comportamiento clínico satisfactorio a largo plazo, especialmente en lesiones sometidas a estrés biomecánico. Asimismo, las resinas flow altamente cargadas han mostrado mejoras en sus propiedades mecánicas sin perder flexibilidad, lo que permite combinar resistencia con capacidad de absorción de tensiones. Otro aspecto relevante es su capacidad de adaptación a las irregularidades de la cavidad cervical.

### **9) Pulido**

Se realizó el acabado y pulido utilizando discos abrasivos de granulometría decreciente, con el objetivo de regularizar la superficie restaurada, mejorar la adaptación marginal y obtener una textura superficial lisa y brillante. Posteriormente, se verificó la anatomía, el contorno cervical y la ausencia de excesos.

**10) Restauración final**



**Figura 7. Restauración final**



**Figura 8. Fotografía final de frente**



**Figura 9. a. Fotografía final lateral derecha; b. Fotografía final lateral izquierda**

### **TERCERA ETAPA: MANTENIMIENTO Y CONTROL**

Finalizado el tratamiento restaurador y el control de los factores etiológicos, se estableció un plan de mantenimiento con el objetivo de preservar la integridad de las restauraciones y evitar la progresión o recidiva de las lesiones cervicales no cariosas.

Se indicaron controles periódicos cada 3-6 meses, en los cuales se realizará la evaluación clínica de las restauraciones, verificando su integridad marginal, adaptación, presencia de microfiltración y estabilidad del color. Asimismo, se controlará la sintomatología referida por la paciente, especialmente en relación a la hipersensibilidad dentinaria.

Durante los controles, se reforzarán las medidas de higiene oral, haciendo hincapié en la técnica de cepillado y en la elección de cepillos de cerdas suaves, con el fin de evitar la abrasión cervical.

El seguimiento a largo plazo permitirá evaluar la evolución clínica del caso y realizar las intervenciones necesarias de manera oportuna.

#### **6. Pronóstico**

El pronóstico del tratamiento realizado se considera favorable a corto y mediano plazo, debido a la correcta ejecución del protocolo restaurador adhesivo, el adecuado comportamiento clínico esperado de los materiales seleccionados y el control inicial de los factores etiológicos modificables.

Sin embargo, debe considerarse que las lesiones cervicales no cariosas poseen una etiología multifactorial, en la cual las alteraciones oclusales podrían desempeñar un papel importante en la concentración de tensiones cervicales. En este caso, la paciente presenta una maloclusión que no pudo ser corregida mediante tratamiento ortodóncico por limitaciones de acceso al mismo.

En consecuencia, existe la posibilidad de aparición de nuevas lesiones cervicales no cariosas en otros elementos dentarios y el compromiso de la longevidad clínica de las restauraciones realizadas debido a las cargas biomecánicas mantenidas en la región cervical.

Por esto, el seguimiento periódico y el mantenimiento clínico resultan fundamentales para controlar la evolución del caso y realizar intervenciones oportunas en caso de ser necesarias. También se le indicó que se realice una férulas de bruxismo para prevenir el

desprendimiento de las restauraciones y la progresión de las lesiones en otros elementos dentarios.

## **DISCUSIÓN**

Las lesiones cervicales no cariosas continúan representando un desafío clínico debido a su etiología multifactorial y a la compleja interacción entre factores mecánicos, químicos y biomecánicos involucrados en su desarrollo.

En el caso clínico, la paciente presentó múltiples lesiones cervicales no cariosas asociadas a una maloclusión y a hábitos de higiene traumáticos, factores que podrían haber contribuido en el desarrollo y progresión de estas lesiones. La distribución de las mismas, predominantemente en piezas posteriores, coincide con lo reportado en la literatura, donde los premolares y molares suelen ser los elementos más afectados por las tensiones biomecánicas.

El tratamiento se basó en un enfoque conservador y adhesivo, utilizando un sistema adhesivo universal asociado a resina flow, siguiendo las recomendaciones actuales para restauraciones de lesiones cervicales no cariosas. La elección de este material se fundamentó en su adecuada adaptación marginal y en su menor módulo elástico en comparación con composites convencionales más rígidos, lo que podría favorecer una mejor absorción y distribución de las tensiones funcionales presentes en la región cervical.

Sin embargo, a pesar de la correcta ejecución del protocolo restaurador y del control inicial de algunos factores etiológicos, la persistencia de la maloclusión representa una limitación importante para el pronóstico a largo plazo del tratamiento. Debido a limitaciones de acceso, la paciente no pudo realizar tratamiento ortodóncico, por lo que continúan presentes posibles factores biomecánicos asociados a sobrecarga cervical.

No obstante, resulta importante considerar que la relación entre ortodoncia y lesiones cervicales no cariosas continúa siendo controversial. Algunos estudios han sugerido que las fuerzas generadas durante el movimiento ortodóncico podrían incrementar las tensiones en la región cervical y favorecer la aparición o progresión de estas lesiones en determinados pacientes susceptibles. Esto evidencia que las lesiones cervicales no cariosas no responden a una única causa etiológica y que su manejo debe abordarse de manera integral e individualizada.

En este contexto, el seguimiento clínico periódico y el mantenimiento resultan fundamentales para evaluar la estabilidad de las restauraciones, controlar la aparición de nuevas lesiones y reforzar las medidas preventivas instauradas.

## **CONCLUSIÓN**

Las lesiones cervicales no cariosas representan una condición clínica de etiología multifactorial, en cuya aparición y progresión intervienen factores mecánicos, químicos y biomecánicos. Su abordaje terapéutico requiere no sólo la restitución del tejido dentario perdido, sino también la identificación y control de los factores etiológicos asociados.

En el presente caso clínico, el tratamiento restaurador adhesivo realizado permitió restablecer la anatomía dental, mejorar la estética y disminuir la hipersensibilidad dentinaria de la paciente, mediante un enfoque conservador basado en la evidencia científica actual. Sin embargo, debido a la persistencia de factores oclusales no corregidos, resulta fundamental el seguimiento clínico periódico, con el objetivo de controlar la evolución del caso y preservar la longevidad de las restauraciones realizadas.

Finalmente, este caso clínico evidencia la importancia de realizar un abordaje integral e individualizado en pacientes con lesiones cervicales no cariosas, considerando tanto los aspectos restauradores como los factores etiológicos involucrados.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Sarode, G. S., & Sarode, S. C. (2013). Abfraction: Una reseña. *Revista de patología oral y maxilofacial: JOMFP*, 17(2), 222–227.
- 2- Sugita, I., Nakashima, S., Ikeda, A., Burrow, M. F., Nikaido, T., Kubo, S., Tagami, J., & Sumi, Y. (2017). A pilot study to assess the morphology and progression of non-cariou cervical lesions. *Journal of dentistry*, 57, 51–56.  
<https://doi.org/10.1016/j.jdent.2016.12.004>
- 3- Michael, J. A., Townsend, G. C., Greenwood, L. F., & Kaidonis, J. A. (2009). Abfraction: separating fact from fiction. *Australian dental journal*, 54(1), 2–8.  
<https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2008.01080.x>
- 4- Doshi, K., Nivedhitha, M. S., Solete, P., S, D. P. A., Balasubramaniam, A., Jacob, B., & Siddique, R. (2023). Efecto de la estrategia adhesiva de adhesivos universales en lesiones cervicales no cariosas: revisión sistemática actualizada y metaanálisis. *BDJ abierto*, 9(1), 6. <https://doi.org/10.1038/s41405-022-00124-6>
- 5- Hamdi, K., Zaeneldin, A., Samaha, A. H., & Hamama, H. H. (2025). Surface pretreatments for enhancing bond strength of resin composite to sclerotic dentin in non-cariou cervical lesions: A systematic review. *Journal of dentistry*, 163, 106123.  
<https://doi.org/10.1016/j.jdent.2025.106123>
- 6- Omoto, É. M., dos Santos, P. H., Shinohara, M. S., Marão de Andrade Carvalho, P. R., Catelan, A., & Fagundes, T. C. (2024). Clinical performance of different adhesion strategies in non-cariou cervical lesion restorations: A four-year randomized clinical trial. *Journal of Dentistry*. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.106985>
- 7- Costăchel, B. C., Bechir, A., Burcea, A., Mihai, L. L., Ionescu, T., Marcu, O. A., & Bechir, E. S. (2023). Evaluation of Abfraction Lesions Restored with Three Dental Materials: A Comparative Study. *Clinics and practice*, 13, 1043–1058.
- 8- Barbosa-Lima, R., Ribeiro, S. N., Moura, J. N. F., Lopes, A., Silva, I. Q. S., Rocha, D. M., & Oliveira-Vanderlei, K. M. H. (2021). Biomechanics of non-cariou cervical lesions in finite element models: An integrative review. *Revista Fluminense de Odontologia*, (56), 74–87
- 9- Santiwong, B., Klaisiri, A., Tantanapornkul, W., & Sinpitaksakul, P. (2022). *Prevalence of non-cariou cervical lesions and orthodontic treatment: A retrospective study. Progress in Orthodontics*, 23(1), 32.  
<https://doi.org/10.1186/s40510-022-00409-4>
- 10- Omosebi, T. O., Adebayo, G. E., Omoruyi, C. O., Soledolu, T. E., Adebiji, K. E., & Amaechi, B. T. (2026). Características clínicas de las lesiones cervicales no cariosas: un estudio clínico observacional. *Odontología clínica, estética y en investigación*, 18 años 585513. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S585513>

**11-** Duangthip, D., Man, A., Poon, P. H., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2017). Occlusal stress is involved in the formation of non-carious cervical lesions. A systematic review of abfraction. *American journal of dentistry*, 30(4), 212–220.

## **ANEXO I**

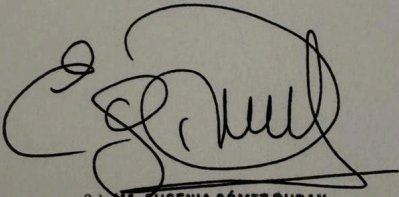
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA  
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

**TRABAJO INTEGRADOR:** *“Abordaje integral de lesiones cervicales no cariosas por abfracción. Presentación de caso clínico”*

**AUTOR:** Velloso, Felicitas

**REALIZADO BAJO TUTELA DEL PROFESOR/A:** Dra. Maria Eugenia Gómez Duran

**FIRMA DEL TUTOR:**



Od. MA. EUGENIA GÓMEZ DURAN  
M.P. 6500  
Carrera de Odontología  
Facultad de Medicina - U.C.G.

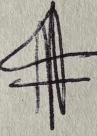
**FECHA:** Córdoba, 10 de Junio de 2026

## ANEXO II

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA  
PRÁCTICA PROFESIONAL SUPERVISADA

Yo, Felicitas Velloso, estudiante y autor del Trabajo Integrador titulado “Abordaje integral de lesiones cervicales no cariosas por abfracción. Presentación de caso clínico” declaro que el trabajo presentado es original y elaborado por mí.


Firma:



Felicitas Velloso

# ANEXO III

Universidad Católica de Córdoba  
Facultad de Medicina  
Carrera de Odontología

 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA  
Universidad Juvenio

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En la Ciudad de Córdoba a los 20 días del mes de Mayo del año 2026 siendo las 14:30 hs.  
Autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el  
estudiante/practicante Felicitas Veloso DNI N° 44425752 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: [REDACTED] DNI: [REDACTED]

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 [REDACTED] Hora [REDACTED]

El/la que suscribe [REDACTED] DNI N° [REDACTED]  
con domicilio en calle [REDACTED] otorgo mi consentimiento para que se  
me realice el tratamiento odontológico propuesto por el Sr./Srta. Felicitas Veloso

Firma del paciente: [REDACTED] Firma del Profesional a cargo: [REDACTED]

Firma del representante si el paciente es menor de edad: [REDACTED]