

# REVISTA ODONTOLÓGICA USAM

Volumen 10, Número 2, Noviembre 2023



## Cirugía Dental en **Acción**



## **Nota del editor**

Este espacio fue diseñado para incentivar a la comunidad estudiantil, académica y profesional, en especial aquellos que forman parte de la gran Familia Masferreriana a la publicación de las investigaciones realizadas de interés y relevancia en el área odontológica, y con ellas aportar nuevos datos sobre la utilización y beneficios de equipo y material odontológico así como también dar a conocer las condiciones de salud bucal de la población salvadoreña y al mismo tiempo proponer soluciones para cada una de las problemáticas planteadas.

Consejo editorial de la Facultad de Cirugía Dental



## **RESPONSABILIDAD EDITORIAL**

Los conceptos y afirmaciones empleadas en los artículos son responsabilidad de los autores y no reflejan la opinión del comité editorial.

## **REVISTA ODONTOLÓGICA USAM**

### **CONSEJO EDITORIAL**

**Director General:** Dr. José Mariano Girón

**Jefe editor:** Dr. René Alexander Cruz

**Jefa de Redacción:** Dra. Wendy Maritza Chica

**Directora de arte creativo:** Dra. Larissa Yazmín Pineda

Para solicitar los lineamientos para autores de colaboraciones, y/o suscripciones favor comunicarse a:

E-mail: [alexander.cruz02@liveusam.edu.sv](mailto:alexander.cruz02@liveusam.edu.sv), [larissa.pineda02@liveusam.edu.sv](mailto:larissa.pineda02@liveusam.edu.sv)

Tel. (503)2231-9623; (503)2231-9630.

Facultad de Cirugía Dental, Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer. 19 Av. Nte. Entre 3ª calle Pte. y Alameda Juan Pablo II.

# Autoridades de la UNIVERSIDAD SALVADOREÑA ALBERTO MASFERRER



Primera fila de izquierda a derecha:

Dra. y Licda. Daysi Carolina Marquina de Gómez (Rectora) y Licda. María Antonieta Josa de Parada, Dra. h.c. (Fiscal).

Segunda fila de izquierda a derecha:

Ing. Juan José Gómez (Director), Lic. Patricio Alfaro Rugliancich (Vice-rector) y Mtro. Julio Alfredo Rivas (Secretario General).

## MISIÓN

Formar profesionales con excelencia académica y calidad humana, impartiendo una educación integral, que los disponga a aprender y compartir conocimientos de vanguardia, contribuyendo a la evolución de la sociedad, la ciencia, la tecnología y la cultura, a nuevos ámbitos de desarrollo.

## VISIÓN

La USAM aspira a ser líder en la formación sostenible de los estudiantes como personas de bien, orgullosos de su profesión y casa de estudios, mediante el empleo racional y creativo de recursos y procesos educativos, en beneficio de la sociedad y su desarrollo.

# Autoridades de la FACULTAD DE CIRUGÍA DENTAL



De izquierda a derecha:

Dra. Wendy Maritza Chica Gil (Vicedecana), Dr. José Mariano Girón Melara (Decano) y Dr. René Alexander Cruz Reyes (Coordinador).

## MISIÓN

Formar profesionales en el área odontológica con un enfoque multidisciplinar, altos conocimientos científicos y principios éticos, capaces de brindar atención en los tres niveles de prevención, tanto en el área pública como privada, mediante la investigación, difusión y proyección social contribuyendo al mantenimiento de la salud bucal.

## VISIÓN

Ser reconocida nacional e internacionalmente por la formación de profesionales en el área odontológica con calidad humana y excelencia académica, con capacidad de utilizar la investigación científica, difusión y vinculación en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los padecimientos del Sistema Estomatognático de la población salvadoreña.



" HIMNO DE LA URAM "

MASPERRETE TE SALUDA ORGULLOSO  
CON ALTIYA Y BRILLANTE ESTASI  
SUS GRANDES BRAS PUERTAS MAESTRA  
DE LA PATRIA SERAS INMORTAL.

ES CELAJE DE HIRA ORGULLOSO  
Y TU PAS REUNION DE AMOR  
AL ALUMNO QUE SERA EN TU SENDO  
EL SABER EL QUE EN TU CORAZON  
ALMA MAESTRO EN TU HONOR  
Y POR SIEMPRE EN TU HONOR  
DIOS TE GUARDE ALTIYA Y VALIENTE  
HOY Y SIEMPRE ALTIYA MATER IDEAL.

LOCEREMOS DONDE NOS POR VERCE  
EN LO ALTO DE TODO EL ALTAR  
DONDE VIVA ORGULLOSO EL MAESTRO,  
MASHERRER, MASHERRER, MASHERRER.

AUTOR: DR. CESAR AUGUSTO CASERIN  
AUGUSTO 1967

*Por la  
educación  
hacia el  
progreso*

# Índice



- 08** **Artículo de tesis:**  
Factores que determinan la elección de las terapias periodontales quirúrgicas y las terapias periodontales no quirúrgicas.



- 14** **Artículo del área preclínica:**  
*Relación Molar en pacientes atendidos en el Programa de Atención Odontológica Comunitaria de la Facultad de Cirugía Dental*

- 20** **Artículo del área preclínica:**  
*Importancia de la guía anterior en la oclusión.*



- 26** **Artículo del área preclínica:**  
*Motivo de consulta más frecuente que presentan los pacientes atendidos en el Área Clínica de diagnóstico bucal de la Facultad de Cirugía Dental.*

- 31** **Artículo del área preclínica:**  
Tipos de desinfectantes de instrumentos empleados en clínicas odontológicas privadas

# *Factores que determinan la elección de las terapias periodontales quirúrgicas y las terapias periodontales no quirúrgicas*

Revisión de Literatura

Hernández-González AI\*, Roscala-Chacón RY\*, García-Zura DA \*\*.

\*Graduado de la carrera Doctorado en Cirugía Dental, \*\* Doctor en Cirugía Dental, Especialista en Periodoncia e Implantes Dentales.

---

## RESUMEN

La terapia periodontal no quirúrgica está relacionada con el raspado y alisado radicular combinado con el curetaje gingival; esto consiste en la extracción, mediante cureta, de la superficie interna de la pared de partes blandas de la bolsa. Esto se realizará con el fin de remover el tejido, lo que lleva a una reducción de la profundidad de la bolsa, mientras que la terapia periodontal quirúrgica se defendió históricamente para la extirpación del tejido enfermo y los procedimientos de gingivectomía o colgajo posicionado apicalmente se realizaban comúnmente para eliminar la bolsa periodontal y permitir el acceso a la superficie de la raíz para procedimientos de limpieza e higiene bucal. Este estudio fue realizado con el objetivo de exponer las indicaciones y la eficacia de la terapia periodontal no quirúrgica y la terapia periodontal quirúrgica. Se consultaron 46 artículos científicos, los cuales demostraron que tanto la terapia periodontal quirúrgica como la terapia periodontal no quirúrgica son los métodos de tratamientos efectivos en la reducción del sondaje siempre que se elimine la placa subgingival y se evite la reinfección después de la terapia periodontal. Se concluye que la terapia periodontal no quirúrgica tiene éxito en las bolsas periodontales poco profundas (1-3 mm) y de moderada profundidad (4-6 mm) que están asociados con los dientes de una sola raíz, esta da una mayor reducción a la profundidad del sondaje y ganancia en el nivel de inserción. Las terapias periodontales quirúrgicas son eficaces en bolsas profundas (>6 mm) y en dientes que presentan bifurcación y trifurcación, lo que suele tener un mayor control para la remoción de los factores irritantes. Para el éxito de una terapia periodontal se debe tener en cuenta la profundidad inicial de la bolsa de sondaje, la anatomía de la raíz, el diseño del instrumento, la habilidad y la experiencia del profesional.

**Palabras claves:** No quirúrgico, quirúrgico, periodontal, debridamiento, raspaje supragingival, raspaje subgingival.



## ABSTRACT

Non-surgical periodontal therapy is related to scaling and root planing combined with gingival curettage; this consists of the removal, by curette, of the inner surface of the soft tissue wall of the pocket. This will be performed in order to remove tissue, leading to a reduction in pocket depth, while surgical periodontal therapy was historically advocated for the removal of diseased tissue, and gingivectomy or apically positioned flap procedures were commonly performed to remove the periodontal pocket and allow access to the root surface for cleaning and oral hygiene procedures. This study was performed with the aim of exposing the indications and efficacy of non-surgical periodontal therapy and surgical periodontal therapy. Forty-six scientific articles were consulted, which demonstrated that both surgical periodontal therapy and non-surgical periodontal therapy are effective treatment methods in reducing probing as long as subgingival plaque is removed and reinfection after periodontal therapy is avoided. It is concluded that non-surgical periodontal therapy is successful in shallow (1-3 mm) and moderate depth (4-6 mm) periodontal pockets that are associated with single-rooted teeth, giving a greater reduction in probing depth and gain in attachment level. Surgical periodontal therapies are effective in deep pockets (>6 mm) and in teeth that have bifurcation and trifurcation, which usually have greater control for removal of irritants. Successful periodontal therapy must take into account the initial probing pocket depth, root anatomy, instrument design, skill, and experience of the practitioner.

**Key words:** Non-surgical, surgical, periodontal, debridement, supragingival scaling, subgingival scaling.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de la terapia periodontal es detener el proceso de la enfermedad inflamatoria. El tratamiento implica la eliminación mecánica de la biopelícula subgingival y el establecimiento de un entorno local compatible con la salud periodontal. La enfermedad periodontal crónica puede tratarse con éxito mediante terapia mecánica no quirúrgica o quirúrgica, siempre que se mantenga un control adecuado de la placa durante la fase de apoyo del tratamiento.

Actualmente, la prevalencia de la enfermedad periodontal es alta y es considerada como un problema de salud pública. Por eso los odontólogos, como parte del área de la salud, cumplen un rol importante en la educación de la salud oral de la comunidad por lo que deben tener un nivel de conocimiento óptimo acerca de las estrategias de prevención y tratamiento de enfermedades periodontales.

Sin embargo, existe una variación considerable en la forma en que los odontólogos generales identifican hasta qué punto utilizar la terapia periodontal no quirúrgica y optar por iniciar la terapia periodontal quirúrgica a fin de restablecer la salud periodontal del paciente.

Es por lo que el propósito de la presente investigación es determinar los factores que ayudaran a los odontólogos generales a identificar hasta qué punto utilizar la terapia periodontal no quirúrgica y optar por iniciar la terapia periodontal quirúrgica a fin de realizar el adecuado manejo de la enfermedad periodontal y restablecer la salud periodontal del paciente.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En la investigación se tomó en cuenta artículos de investigación sistemática, análisis retrospectivos y de campo; se realizó la búsqueda de artículos que describieran el concepto, la efectividad y las indicaciones de la terapia periodontal no quirúrgica y la terapia periodontal quirúrgica para el tratamiento de la bolsa periodontal.

Se realizaron búsquedas sistémicas de literatura en bases de datos electrónicas (MEDLINE, Scopus, Cochrane CENTRAL, Cochrane DARE, Web of Science, SciELO, LILACS, BBO, DECS, National library of medicine (Pubmed), Hinari, EBSCOHOST, Web of Science y SciELO) sin limitaciones de año de publicación, idioma, con relación al concepto, la efectividad y las indicaciones de la terapia periodontal quirúrgica y terapia periodontal no quirúrgica”.

Ya que no son parte de lo que se quiere investigar, no se tomaron en cuenta las partes de los artículos en donde se describían:

- Enfermedades sistémicas
- Antibioterapia
- Terapia periodontal asistida por láser de diodo
- Injerto óseo en conjunto con terapia periodontal quirúrgica

## RESULTADOS

La literatura demuestra que la terapia periodontal no quirúrgica es el tratamiento multifactorial de la lesión inflamatoria periodontal, cuyo objetivo primario es su control y eliminación. Las terapias periodontales quirúrgicas y no quirúrgicas son periodontal quirúrgica suele tener un mayor éxito; también se demuestra que aunque la terapia periodontal no quirúrgica puede detener con éxito la progresión de la periodontitis en bolsas moderadas su eficacia para tratar con éxito las bolsas más profundas es discutible y tiene sus limitaciones, por lo que se indica la terapia periodontal quirúrgica. El tratamiento no quirúrgico proporciona un mayor beneficio para los niveles iniciales de gravedad de la enfermedad, bolsas poco profundas (1-3 mm) y bolsas moderadas (4-6 mm) y el tratamiento quirúrgico proporciona un mayor beneficio para bolsas profundas (7 mm o más).

## DISCUSIÓN

La terapia periodontal no quirúrgica se define como "eliminación de placa, control de placa, raspado y alisado radicular (SRP). En cuanto a la terapia periodontal quirúrgica, Graziani F.<sup>1</sup>, menciona que es el procedimiento realizado con el objetivo principal de crear accesibilidad para el raspado y alisado radicular profesional y establecer una morfología gingival propicia a un control eficaz de la placa.

Será necesario tener claro las indicaciones de cada terapia periodontal. En cuanto a la terapia periodontal no quirúrgica, Graziani F.<sup>1</sup>, Wang H.<sup>2</sup> y Miremadi R.<sup>3</sup>, están de acuerdo en que la terapia no quirúrgica se realiza antes del tratamiento quirúrgico de la periodontitis.

Zuluaga L.<sup>4</sup>, mencionan que la terapia periodontal no quirúrgica está indicada en: gingivitis y en periodontitis incipiente a moderada, lo cual corresponde al tratamiento de bolsas de poca profundidad (1 -3mm) y de profundidad moderada (4-6 mm). Sin embargo, Bandersten A.<sup>5</sup>, menciona que la terapia periodontal no quirúrgica está indicada en dientes monorradiculares con periodontitis moderada y severa de hasta 12 mm dado a que se demostró la eficacia de este tratamiento al dar lugar a una notable mejora clínica ya que las profundidades de las bolsas de sondaje disminuyeron independientemente de la profundidad inicial.

En cuanto a la terapia periodontal quirúrgica Matos Cruz R.<sup>6</sup>, menciona que el tratamiento periodontal quirúrgico está indicado en situaciones que impidan el acceso para el raspado y alisado radicular, en impedimentos en el acceso para el correcto autocontrol de placa o en casos de múltiples sondajes residuales  $\geq 6$  mm en la reevaluación postratamiento no quirúrgico.

La mayoría de autores apoyan dichas indicaciones y aportan más indicaciones para realizar la terapia periodontal quirúrgica: Cuando persiste la inflamación<sup>4</sup>, el sangrado al sondaje<sup>8</sup>, cuando hay afectación de furca o defectos óseos<sup>1,9y10</sup> y cuando hay bolsas iniciales profundas<sup>11</sup>.

## CONCLUSIÓN

Con base a la literatura se afirma que la terapia periodontal quirúrgica es más eficaz cuando se presenta bolsas periodontales  $>6$ mm y en dientes multirradiculares ya que esta terapia permite que instrumentación tenga un mayor acceso al área. Se debe tener en cuenta que la terapia periodontal no quirúrgica es eficaz en bolsas poco profundas 1-3 mm y en bolsa moderadas 4-6 mm esta logra remover correctamente el cálculo en piezas que presenta una sola raíz en estos dientes es fácil que la instrumentación llega a la zona donde se encuentra el irritante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graziani F, Karapetsa D, Mardas N, Leow N. Surgical treatment of the residual periodontal pocket. *Periodontology 2000* [Internet]. 2017 [citado 16 noviembre 2020]; 76(1): 150-161. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/full/10.1111/prd.12156](https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/full/10.1111/prd.12156)
2. Wang H, Greenwell H. Surgical periodontal therapy. *Periodontology 2000* [internet]. 2001 [citado 16 noviembre 2020]; 25(1): 89-99. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/full/10.1034/j.1600-0757.2001.22250107.x](https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/full/10.1034/j.1600-0757.2001.22250107.x)
3. Miremadi R, Bruyn H, Steyaert H. A randomized controlled trial comparing surgical and non-surgical periodontal therapy: a 3-year clinical and cost-effectiveness analysis. *J. Clin Periodontol* [Internet]. 2015 [Citado 20 noviembre 2020]; 42(8):748-755. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/full/10.1111/jcpe.12434](https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/full/10.1111/jcpe.12434)
4. Zuluaga L, Botero A, Trujillo J, Zuluaga I. Nonsurgical periodontal therapy. *SciELO*[internet].2012 [citado 6 septiembre 2020];23(2): 335-340. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1doaj\\_org/article/3d7218dac7f6408798cc3f1deb930bb](https://login.research4life.org/tacsgr1doaj_org/article/3d7218dac7f6408798cc3f1deb930bb)

5. Badersten A, Nilvéus R, Egelberg J. Effect of non-surgical periodontal therapy: (IV). Operator variability. J Clin Periodontol [Internet]. 1985 [Citado 18 de febrero 2021]; 12(3):190-200. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.1985.tb00916.x>

Matos Cruz R., Bascones-Martínez A. Tratamiento periodontal quirúrgico: Revisión. Conceptos. Consideraciones. Procedimientos. Técnicas. Av Periodon Implantol [Internet]. 2011 [citado enero 26 de 2021]; 23(3): 155-170. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v23n3/original1.pdf>

7. Heitz-Mayfield, Lisa J. A; Lang, Niklaus. Surgical and nonsurgical periodontal therapy. Learned and unlearned concepts. Periodontology 2000 [Internet]. 2013 [citado 6 septiembre 2020]; 62(1): 1-8. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/full/10.1111/prd.12008](https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/full/10.1111/prd.12008)

8. Radvar, M., Mardani, N., Mellati, E., & Habibi, M. Improvement of periodontal parameters in untreated quadrants after surgical periodontal therapy at adjacent quadrants. J Periodontol [Internet]. 2009 [Citado 26 enero 2021]; 80(4), 565-571. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1aap\\_onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/full/10.190/jop.2009.080417](https://login.research4life.org/tacsgr1aap_onlinelibrary_wiley_com/doi/full/10.190/jop.2009.080417)

9. Donos N. The periodontal pocket. Periodontol 2000 [Internet]. 2018 [Citado 26 noviembre 2020]; 76(1):7-15. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/full/10.1111/prd.12203](https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/full/10.1111/prd.12203)

10. Nibali, L., Koidou, V., Salomone, S. et al. Minimally invasive non-surgical vs. surgical approach for periodontal intrabony defects: a randomised controlled trial. Trials [Internet]. 2019 [Citado 26 Noviembre 2020]; 20(461): 1-12. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1doaj\\_org/article/9309051d7e4f4908a53e101311f095ce](https://login.research4life.org/tacsgr1doaj_org/article/9309051d7e4f4908a53e101311f095ce)

11. Sanchez I, Montero E, Citterio F, Romano F, Molina A, Aimetti M. Efficacy of access flap procedures compared to subgingival debridement in the treatment of periodontitis. A systematic review and meta-analysis. J. Periodontol [Internet]. 2020 [citado el 24 noviembre 2020]; 47(1), 282-302. Disponible en: [https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary\\_wiley\\_com/doi/10.1111/jcpe.13259](https://login.research4life.org/tacsgr1onlinelibrary_wiley_com/doi/10.1111/jcpe.13259)



## ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA



**UNIVERSIDAD SALVADOREÑA**  
**ALBERTO MASFERRER**  
**FACULTAD DE CIRUGÍA DENTAL**



# DOCTORADO EN CIRUGÍA DENTAL



**CONTÁCTANOS**

 **2231-9623**

 **19 Ave. Norte entre 3a calle Pnt. y  
Alameda Juan Pablo II**

**Síguenos**



# *Relación molar en pacientes atendidos en el Programa de Atención Odontológica Comunitaria de la Facultad de Cirugía Dental*

Osorio-Bolaños YA\*, Quezada-Cortés JT\*, Quintanilla-Guardado RY\*, Quintanilla-Navarro JA\*, Recinos-Escobar EA\*, Rodríguez-López AY\*, Brizuela-Mejía KY\*\*.

\*Estudiantes de la carrera Doctorado en Cirugía Dental. \*\*Académica de la Facultad de Cirugía Dental de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer.

---

## **RESUMEN**

En cavidad oral la presencia de las primeras molares superiores e inferiores son de suma importancia para poder determinar el tipo de relación molar de cada paciente, ya que estas piezas dan un patrón determinado de masticación en la vida del ser humano; así como también, son las que realizan la mayor parte del trabajo de masticación y trituración de los alimentos; por lo tanto, al no obtener los primeros molares superiores e inferiores se dificulta tener una relación molar adecuada. En el mundo de la odontología es necesario saber la definición correcta de cada una de las clases de relación molar, ya que poseen características diferentes y propias, además, pueden presentar distintas alteraciones, las cuales en la mayoría de los casos son tratadas mediante tratamientos ortodónticos o cirugías ortognáticas, esto dependerá del tipo de relación molar que el paciente posea. Por lo cual, el objetivo de la presente investigación fue clasificar la relación molar según la clasificación de Angle, la cual ha sido utilizada desde hace mucho tiempo y sigue vigente en la actualidad debido a la sencillez de su definición; se definirán las relaciones molares clase I, clase II y clase III, tomando en cuenta su definición correcta para poder realizar el estudio de la población que se observó; así como también se dará a conocer cuál es el tipo de relación molar más predominante según género.

**Palabras Clave:** Primeras molares, clasificación Angle, relación molar, masticación, odontología.

## **ABSTRACT**

In the oral cavity, the presence of the first upper and lower molars are of the utmost importance to obtain a type of molar relation, since these pieces will give a certain chewing pattern in the life of the human being, as well as these pieces are the ones that perform most of the work of chewing and crushing food, therefore, by not obtaining the upper and lower first molars, it is difficult to have an adequate molar relationship. In the world of dentistry, it is necessary to know the correct definition of each of the classes of molar relation, since each of them have different characteristics and their own, as well as they can present different

alterations, which in most cases The cases can be treated through orthodontic treatments or orthognathic surgeries, all of which will depend on the type of molar relation that the patient has. Therefore, the objective of this research is to classify the different classes of molar relation according to the Angle classification, which has been used for a long time and is still valid today, due to its simplicity in terms of definition. In turn, class I, class II and class III molar relation will also be defined, taking into account their correct definition in order to carry out a good study in the population to be observed; as well as it will be announced which is the most predominant type of molar relation and in which gender it prevails the most.

**Key words:** First molars, molar relation, angle clasification, mastication, dentistry

## INTRODUCCIÓN

La relación molar es un factor importante en la oclusión dentaria, tanto en dentición decidua como en la permanente; la clasificación de la oclusión original de Angle se consideró por la posición de los primeros molares permanentes como puntos fijos de referencia de la estructura craneofacial en su clasificación<sup>1</sup>; partiendo de esto, se definieron tres diferentes clasificaciones basándose en la relación entre las molares superiores e inferiores estas son:

Clase I: cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluye con el surco bucal del primer molar inferior.

Clase II: cúspide mesiobucal del primer molar superior, ocluye anterior al surco bucal del primer molar inferior.

Clase III: cúspide mesiobucal del primer molar superior es más posterior que el surco bucal del primer molar inferior.

Según el autor Anderson Holguín<sup>2</sup>, menciona en su artículo que, con anterioridad a Angle (1899) existieron otras clasificaciones como la de Carabelli (1842), la de Magitot (1877) y la de Fitch (1829); sin embargo, a pesar de que existe otras clasificaciones, la clasificación descrita por Angle, a pesar de sus, sigue siendo utilizada en la actualidad debido a su sencillez y fácil concepto.

Existen distintos factores por los cuales se llega a ver afectada la relación molar, uno de ellos es el periodo de lactancia materna que según el artículo de Rondón<sup>3</sup>, llamado Relación entre el periodo de lactancia materna y maloclusiones, todas las funciones del aparato bucal (respiración, succión, deglución, masticación y fonación), estimulan el crecimiento y desarrollo del complejo dento-buco-maxilo-facial, es así como la lactancia materna y los hábitos parafuncionales, influyen en la morfología definitiva de los maxilares, ocasionando disturbios en la oclusión.

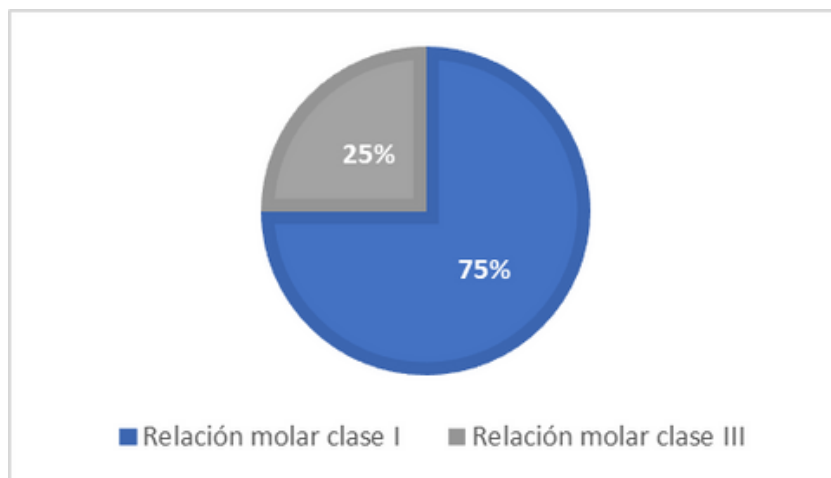
## MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo y observacional, con una muestra de 15 pacientes activos en el Programa de Atención Odontológica comunitaria de la Facultad de Cirugía Dental, dicho programa, se lleva a cabo en las instalaciones de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer en el departamento de San Salvador; los pacientes, se encontraban en un rango de edad entre 25 y 60 años, accedieron voluntariamente a ser parte de esta investigación, la cual se realizó con el fin de estimar el tipo de relación molar, así como también la cantidad de posibles problemas con respecto a esta. Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento con los siguientes ítems: paciente, género, relación molar clase I, relación molar clase II y relación molar clase III.

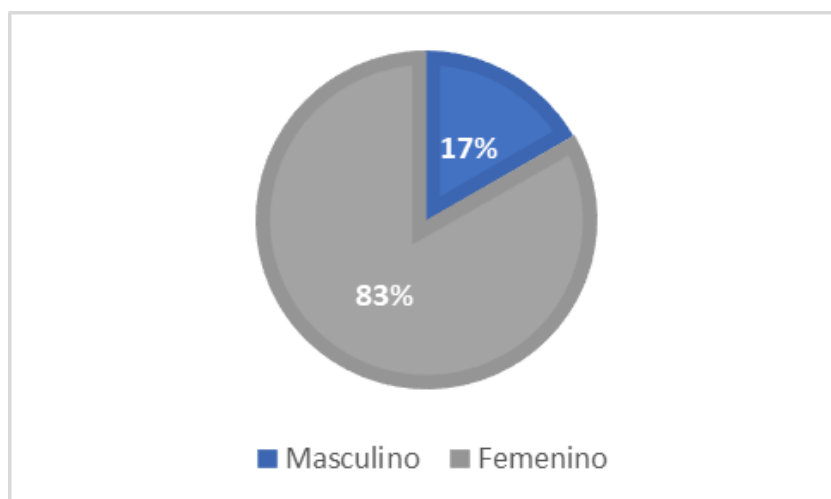
## RESULTADOS

En la toma de muestra se observaron 15 pacientes de la atención comunitaria odontológica en la cual se obtuvo como resultado que solo 12 pacientes presentaban las primeras molares tanto superiores como inferiores, los tres pacientes restantes, fueron excluidos ya que dichas piezas dentarias se encontraban ausentes; los resultados obtenidos dentro de la investigación fueron los siguientes:

**Grafica 1:** Relación molar de los pacientes.

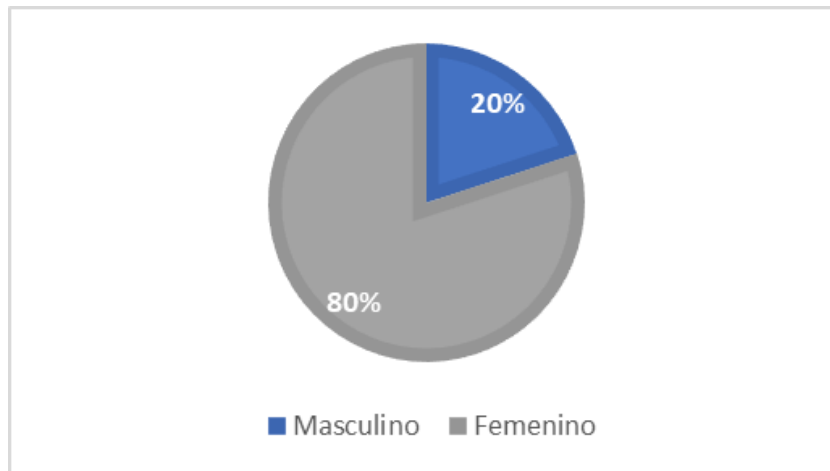


**Grafica 2:** Relación molar clase I según sexo.





**Grafica 3:** Relación molar clase III según sexo.



## DISCUSIÓN

La maloclusión se puede definir como una alteración morfológica y funcional de los componentes dentarios, óseos y musculares del sistema estomatognático<sup>4</sup>. Canut<sup>5</sup>, describía la maloclusión como una alineación incorrecta de los dientes, que se puede atribuir a anomalías de tamaño o de posición de las piezas dentales con relación al tamaño de las arcadas.

En los resultados obtenidos de este estudio en cuanto a la relación molar en pacientes atendidos en el Programa de Atención Odontológica Comunitaria de la Facultad de Cirugía Dental, se obtuvo la presencia de relación molar clase I (Ver gráfico 1) con un total de seis pacientes siendo en su totalidad del sexo femenino (Ver gráfico 2); estos resultados coinciden con los estudios de Bishara<sup>6</sup>, en el cual se señala que se encontró que más del 60% de los sujetos habían desarrollado relación molar clase I; además, un estudio realizado en Caracas-Colombia, presenta que en el sexo femenino, predomina la relación molar clase I.

## CONCLUSIONES

- La relación molar clase I fue la predominante en la población observada para dicha investigación, seguida de la relación molar clase III.
- El sexo femenino fue predominante en poseer relación molar clase I.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual Sánchez D, Bruna del Cojo M, Prado Simón L, Arias Macías C. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle en una población universitaria. *Cient. Dent.* 2021; 18; 1; 15-20. Disponible en : <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol18num1/2prevalencia.pdf>

2. Holguín, A. (2018). Asociación entre la maloclusión según Angle y el patrón facial según Capelozza en el diagnóstico ortodóntico de alumnos mayores de 12 años de la I.E.S “Pedro José Villanueva Espinoza” en el centro poblado porcón alto, Cajamarca-Perú. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1538/Asociacion\\_HolguinRicer\\_Anderson.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKewisXP\\_0ipz\\_AhXqVTABHcAvDeoQFnoECA4QAQ&usg=AOvVaw1jL0MB3IgBt1Cu96XeptfK](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1538/Asociacion_HolguinRicer_Anderson.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&ved=2ahUKewisXP_0ipz_AhXqVTABHcAvDeoQFnoECA4QAQ&usg=AOvVaw1jL0MB3IgBt1Cu96XeptfK)

3. Rondón, R. G., Zambrano, G. A., & Guerra, M. E. (2021). Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. *Revista De Odontopediatría Latinoamericana*, 2(2). Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/60/178>

4. García, V., Ustrell, J., & Sentís, J. (2012). Evaluación de la Maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar. *Avances en Odontostomatología*, 1-5. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000200003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003)

5. Canut, J. (2005) *Ortodoncia clínica y terapéutica*. Barcelona: Masson. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/462182647/Canut-ORTODONCIA-CLINICA-pdf>

6. Bishara, S. E., Hoppens, B. J., Jakobsen, J. R., & Kohout, F. J. (1988). Changes in the molar relationship between the deciduous and permanent dentitions: a longitudinal study. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics: official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics*, 93(1). 19-28. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0889-5406\(88\)90189-8](https://doi.org/10.1016/0889-5406(88)90189-8). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3422119/>

7. Adilén, V., Gutierrez, H., & Veitia, J. (2007). Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el centro odontopediátrico de carpa- cracas en el periodo 2006-2007. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1-12. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art-14/>



## FACULTAD DE CIRUGÍA DENTAL



TE OFRECE:

DOCTORADO EN CIRUGÍA DENTAL, ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA, DIPLOMADOS DE EDUCACIÓN CONTÍNUA EN TODAS LAS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA Y EL DIPLOMADO EN ASISTENTE DENTAL



# ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA

**SIGUENOS**



**FACULTAD DE CIRUGÍA DENTAL**

 2231-9623

 [diplomadosodontologia@liveusam.edu.sv](mailto:diplomadosodontologia@liveusam.edu.sv)  
[patricia.portillo02@liveusam.edu.sv](mailto:patricia.portillo02@liveusam.edu.sv)

 19 Avenida norte entre 3a calle poniente y,  
Alameda Juan Pablo II, San Salvador.

# *Importancia de la guía anterior en la oclusión.*

Revisión de literatura

Ayala - Hernández MJ\*, Aguilar - Franco DA\*, Aguilar - Méndez JL\*, Artiga - Valle NG\*, Avilés - Cuellar MY\*, Zuniga - Cruz BA\*. Rivera de Lozano KI\*\*

\*Estudiantes de la Facultad de Cirugía Dental \*\*Académico de la Facultad de Cirugía Dental. Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer.

---

## RESUMEN

La guía anterior es aquella que protege a los dientes posteriores en movimientos excéntricos, evitando así, contactos que pueden tener repercusiones a nivel de piezas dentarias, periodonto, articulación temporomandibular (ATM) y musculatura oral. La guía anterior es la encargada de los controles en movimientos excéntricos soportados por el grupo de dientes formado por los incisivos y caninos superiores e inferiores, también se conoce como “desoclusión anterior”. La guía anterior es una determinante y su importancia dentro de la oclusión la hace responsable de programar la función masticatoria al desocluir los dientes posteriores y realizar movimientos de lateralidad durante el proceso de trituración de alimentos, donde los dientes anteriores (incisivos y caninos) los protagonistas y responsables de evitar contactos en dientes posteriores y que estas piezas no presenten ningún tipo de desgastes en su cara oclusal. Como resultado se tiene que la mayoría de los pacientes no presenta mecanismos de protección de la desoclusión posterior en movimientos excursivos, por lo que ocasiona una guía anterior deficiente al no poder realizar movimientos excéntricos en protrusivo, que luego del restablecimiento de la guía anterior muestra que los pacientes pueden realizar tanto movimientos excéntricos como de lateralidad y devolverles el mecanismo de protección de la desoclusión. Como conclusión se tiene que la importancia de la guía anterior dentro del campo odontológico tiene lugar en áreas como la fonética, estética y correcciones oclusales, para poder evitar problemas en diferentes estructuras dentarias y musculares que trabajan dentro del proceso masticatorio.

**Palabras claves:** guía anterior, oclusión, desoclusión, dientes anteriores, lateralidades.

## ABSTRACT

The anterior guide is one that protects the posterior teeth in eccentric movements, thus avoiding contacts that may have repercussions at the level of teeth, periodontium, TMJ and oral musculature. The anterior guide, which is in charge of the controls in eccentric movements supported by the group of teeth formed by the upper and lower incisors and canines, is also known as "anterior disocclusion". The anterior guide is a determinant and its importance within the occlusion makes it responsible for programming the masticatory function by disoccluding the posterior teeth and performing laterality movements during the food crushing process, where the anterior teeth (incisors and canines) are the protagonists.

And responsible for avoiding contacts in posterior teeth and that these pieces do not present any type of wear on their occlusal face. As a result, the majority of patients do not present protection mechanisms from posterior disocclusion in excursive movements, which causes deficient anterior guidance by not being able to perform eccentric movements in protrusive, which after reestablishing anterior guidance shows that patients can perform both eccentric and laterality movements and restore the disocclusion protection mechanism. As a conclusion, it can be concluded that the importance of the anterior guide within the dental field takes place in areas such as phonetics, aesthetics and occlusal corrections, in order to avoid problems in different dental and muscular structures that work within the masticatory process.

**Keywords:** anterior guide, occlusion, disocclusion, anterior teeth, laterality.

## INTRODUCCION

La guía anterior es una de suma importancia dentro del campo de la oclusión, es la responsable de programar y ejecutar de forma correcta la función masticatoria, para proteger las piezas que la abarcan, teniendo en cuenta que los dientes anteriores son más sensitivos; además, está implicado en áreas como la estética y fonación; está formada por una guía incisiva y una guía canina; dentro de los componentes se encuentran los dientes anteriores superiores e inferiores; durante el movimiento protrusivo de la mandíbula, los rebordes incisales de los dientes anteroinferiores se mueven adelante y abajo a lo largo de las concavidades linguales de los dientes anterosuperiores, pueden llegar a hacer contacto bordes con bordes<sup>1</sup>.

La guía anterior controla los múltiples movimientos y fuerzas masticatorias que se ven presentes cuando los dientes se encuentran en contacto, esto se produce en los contornos palatinos de los seis dientes anterosuperiores con el área incisal de los seis dientes anteroinferiores. En relación normal de la guía anterior, se puede observar el contacto de bordes incisivos inferiores con la cara palatina en los incisivos superiores. Cuando el contacto entre estas piezas muestra alguna diferencia, es cuando en el paciente tiene problemas al momento de realizar el proceso de masticación, fonación o estética. El éxito o fracaso de muchos tratamientos oclusales dependen de la guía anterior, además que la guía anterior está asociada con movimientos condilares que podrían reducir las posibilidades de disfunción temporomandibular<sup>1</sup>.

El objetivo primordial de la guía anterior es hacer que las piezas anteriores sean lo más fuertes posibles para que puedan llevar a cabo su función masticatoria; así como ser cómoda, funcional y estable<sup>2</sup>.

Lawrence F. Andrews quien además diseñó el primer aparato totalmente preajustado al final de los sesentas después de estudiar 120 casos de pacientes sin tratamiento ortodóntica con una oclusión normal. Andrews llegó a la conclusión de que había seis características comunes siempre presentes en la forma de ocluir. Sin embargo, quien años atrás cimentó los grandes

ideales sobre el tema de oclusión fue Edward Angle, quien despertó en los rehabilitadores el interés por la investigación de la odontología moderna, llevando de esta forma a la realización de diferentes conceptos básicos tales como la famosa “Oclusión equilibrada” que es el contacto de los dientes superiores e inferiores en ambos lados y en las áreas de oclusión anterior y posterior de las mandíbulas<sup>3</sup>.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Los artículos que fueron tomados en cuenta para realizar esta investigación son de campo, estos trabajos fueron realizados por medio de observación y recolección de datos para una mejor comprensión y estudio descriptivo, sus años de publicación van desde 2008 hasta 2016. Los idiomas en los que se encuentran disponibles los artículos son: español e inglés. Para la redacción y explicación del tema la “Importancia de la guía anterior en la oclusión” el equipo investigador se reunió en la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer para distribuir cada parte de la investigación y poder tener un resultado más profundo y didáctico de todos los puntos importantes del tema sin que estos sean repetitivos. Para esta investigación se ha tomado en cuenta diferentes bases de datos como, por ejemplo: EBSCO y también artículos que hablan de la función masticatoria en dientes anteriores.

## **RESULTADOS**

Burbano-Morales<sup>4</sup>, su artículo llamado Restablecimiento de guía anterior dental mediante restauraciones directas, fue una investigación de tipo cuantitativa; en la cual, mediante selección por conveniencia, se tomaron pacientes del género femenino con patologías de desgaste tipo I y se registraron movimientos excursivos. Determinó que la mayoría pacientes no presenta mecanismos de protección de la desoclusión posterior en movimientos excursivos y presentan alineación tridimensional, por lo que ocasiona una guía anterior deficiente al no poder realizar movimientos excéntricos en protrusivo.

Montero-Parrilla<sup>5</sup>, en la investigación llamada Función anterior durante el movimiento de propulsión, se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, con el objetivo de determinar, cuáles son las relaciones dentarias funcionales (función anterior) que se establecen y predominan en la población y cuáles son las que permiten un mejor funcionamiento del sistema estomatognático durante el movimiento de propulsión; determinaron que la mayoría de los pacientes presentan función anterior guiada por un grupo incisivo y que al disminuir la relación incisivo-canino fue mayor la participación de los caninos en el logro de la desoclusión posterior.

Delgado-Izquierdo<sup>6</sup>, su artículo denominado Influencia de la guía incisiva en personas con trastornos temporomandibulares, en el cual se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con diseño no experimental, con el fin de describir la influencia de la guía incisiva en pacientes de 15 a 59 años con trastornos temporomandibulares; el comportamiento de la guía incisiva referente al resalte, cobró gran importancia pues este determina el tiempo en que se logra la desoclusión posterior, que debe ocurrir durante el movimiento de propulsión libre

de interferencias; por otra parte, la guía incisiva fue un factor determinante en la oclusión funcional y su mal funcionamiento desencadena frecuentemente trastornos temporomandibulares.

## DISCUSIÓN

La guía anterior también llamada oclusión dinámica fisiológica, es el contacto que se produce en los contornos palatinos de los seis dientes anterosuperiores con el área incisal de los seis dientes anteroinferiores en oclusión céntrica, así como en protrusiva, latero protrusión y lateralidades<sup>3</sup>.

Cristina Elisabeth Burbano al contrario dice que la guía incisiva o también conocida como guía anterior, se refiere al movimiento protrusivo mandibular que parte de la máxima intercuspidadación y termina al alcanzar la posición borde a borde anterior<sup>5</sup>.

Violeta Veliz Vaca<sup>2</sup>, dice que la guía anterior dental es como un factor de la desoclusión tanto en movimientos protrusivos como movimientos laterales, es un mecanismo importante de protección hacia los dientes posteriores y a la articulación temporomandibular.

La guía anterior es aquella trayectoria mandibular desde la posición de máxima intercuspidadación (MIC) hasta la posición de contacto en vis a vis, en la cual se observa contacto de los bordes incisales de las piezas anteroinferiores contra la cara palatina de las anterosuperiores, produciéndose la desoclusión del resto de las piezas dentarias<sup>3</sup>.

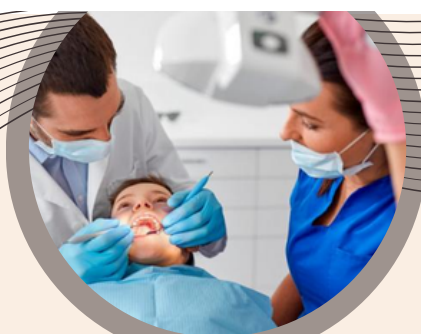
Se puede observar cómo estos conceptos de la guía incisiva o anterior están relacionados ya que algo en lo que se está de acuerdo es que solo incluye a los dientes anteriores además de que esta inicia desde la máxima intercuspidadación hasta llegar a una posición de borde a borde y también como puede haber una desoclusión en el resto de las piezas dentarias al momento de estar la guía anterior.

## CONCLUSIONES

1. La importancia de la guía anterior dentro del campo odontológico tiene lugar en áreas como la fonética, estética y correcciones oclusales, para poder evitar problemas en diferentes estructuras dentarias y musculares que trabajan dentro del proceso masticatorio.
2. Los componentes que se ven involucrados dentro de la guía anterior son los incisivos centrales, incisivos laterales y caninos del sector superior e inferior, son los que toman protagonismo ahora evitar desgastes oclusales, desgarres musculares y problemas en la articulación temporomandibular.
3. La guía anterior tiene un papel fundamental dentro de los procesos masticatorios, en el momento en el que se ve presente la desoclusión anterior, que son movimientos excéntricos soportados por el grupo de dientes formado por los incisivos y caninos superiores e inferiores, evitando desgarres y problemas en la musculatura que interfiere en los procesos masticatorios.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Miralles R, Asociados LT, Valenzuela S, Santander H, Gutiérrez M, Santiago -Chile R. Análisis funcional de la guía anterior y de la guía canina en la actividad electromiográfica de la porción anterior del músculo temporal y de los músculos suprahióideos, en sujetos sanos. 2008 [Internet]. Uchile.cl. [citado el 27 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137749/An%C3%a1lisis-funcional-de-la-gu%C3%ada-anterior-y-de-la-gu%C3%ada-canina-en-la-actividad-electromiogr%C3%a1fica.pdf?Sequence=1>
2. Veliz Vaca Violeta. Restablecimiento de guía anterior dental mediante restauraciones directas. Gac Med Bol [Internet]. 2018 diciembre [citado 2023 Mayo 27]; 41(2): 21-23. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662018000200006&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662018000200006&lng=es).
3. Osorio Ayala LD, Paredes D, et al. Importancia de la guía anterior en el tratamiento de ortodoncia: Revisión de la literatura [Internet]. 2020 revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. [cited 2023 May 27]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-61/>
4. Morales B, Elizabeth C. Análisis oclusal clínico en pacientes que están por terminar el tratamiento de ortodoncia en la Clínica Odontológica USFQ y clínicas privadas. Quito [Internet] 2008; [Citado 30 de mayo 2023]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/532>
5. Montero Parrilla José Miguel. Función anterior durante el movimiento de propulsión. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2010 Septiembre [citado 2023 Agosto 22] ; 47( 3 ): 285-294. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000300003&lng=es).
6. Delgado Izquierdo Yudanis, González Olazábal Mayra Virginia, Pérez García Lizandro Michel, Barreto Ortega Miguel Ángel. Influencia de la guía incisiva en personas con trastornos temporomandibulares Área Norte de Sancti Spíritus. Gac Méd Spirit [Internet]. 2015 Abril [citado 2023 Agosto 22]; 17(1): 14-24. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212015000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100002&lng=es).





# DIPLOMADO EN ODONTOPEDIATRÍA

*DURACIÓN*  
**4 MESES**



## CONTÁCTANOS



diplomadosodontologia@liveusam.edu.sv  
patricia.portillo02@liveusam.edu.sv



2231-9623

Síguenos



19 Ave. Norte entre 3a calle Pnt. y Alameda Juan Pablo II,  
San Salvador.

# *Motivo de consulta más frecuente que presentan los pacientes atendidos en el área clínica de diagnóstico bucal de la Facultad de Cirugía Dental.*

Méndez-Cruz KR\*, Navas-Hernández KA\*, Novoa-Castro DG\*, Villeda-Santamaria KG\*, Ruiz-de Vásquez BI\*\*

\*Estudiantes de la asignatura de Diagnóstico Bucal. \*\*Académico de la Facultad de Cirugía Dental de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer\*\*.

---

## **RESUMEN**

En la presente investigación se dan a conocer los diferentes motivos por los cuales los pacientes asisten al área clínica de diagnóstico bucal, en este caso el objetivo principal fue investigar el motivo más frecuente que presentan los pacientes, para ello el instrumento que se utilizó fue una encuesta a los pacientes del área de diagnóstico la cual dió a conocer el rango etario y el porcentaje de pacientes a los que asistían por diferentes motivos, la recolección de datos dió como resultado que el rango etario fue de 20 a 70 años, el porcentaje de pacientes dió un total de 46% femenino y 54% masculino y en su mayoría el motivo de asistir a la consulta era por rehabilitación oral. En conclusión, el motivo más frecuente de consulta que presentan los pacientes atendidos en el área clínica de diagnóstico bucal es por rehabilitación oral, ya que de el 53% de los pacientes asisten por ese motivo, la mayoría de ellos en el rango de edad de 41 a 50 años que padecen de enfermedades sistémicas y toman medicamentos a diario.

**Palabras clave:** Rehabilitación, diagnóstico bucal, pacientes, limpieza dental, enfermedades.

## **ABSTRACT**

In the present investigation, the different reasons why patients attend the clinical area of oral diagnosis are disclosed, in this case the main objective is to investigate the most frequent reason that patients present, for this the instrument that was used was a survey of patients in the diagnostic area, which revealed the age range and the percentage of patients who attended for different reasons, the data collection gave as a result that the age range was from 20 to 70 years, the percentage of Patients gave a total of 46% female and 54% male, as well as that most of the patients attend the clinical area of oral diagnosis for oral rehabilitation and the smallest number of patients attend for dental cleaning. In conclusion, the most frequent reason for consultation presented by 53% of patients treated in the oral diagnostic clinical area are for oral rehabilitation, most of them in the age range of 41 to 50 years old who suffer from systemic diseases and take medication daily.

**Keywords:** Rehabilitation, oral diagnosis, patients, dental cleaning, diseases.

## INTRODUCCIÓN

En la consulta odontológica, pueden darse uno o varios motivos, mismos que son expresados al inicio de la entrevista clínica; el profesional de la salud debe jerarquizarlos en cuanto a la urgencia, gravedad y resolución; además, dependiendo de la claridad, sencillez y precisión con la que el paciente exprese el o los motivos de consultas y la habilidad de escucha activa del odontólogo, creará un ambiente de calidez y seguridad que se hace manifiesta en la relación odontólogo paciente<sup>1</sup>; por lo anterior, es importante que el odontólogo este seguro del motivo de consulta que le refiere el paciente ya que no debe confundirse con el “problema de salud”, el cual se obtiene al aplicar el interrogatorio y exploración física a través de la elaboración de la historia clínica completa; asimismo, el motivo de consulta es el principal interés que incide en las inferencias para el diagnóstico clínico odontológico. Lo más importante es conseguir la máxima información posible para poder hacer un buen diagnóstico<sup>1</sup>; incluyendo, historia médica, exploración intraoral, sondaje periodontal, pruebas diagnósticas, pruebas complementarias y con esto establecer un plan de tratamiento; una vez han sido realizados dichos procesos, siguiendo un estricto protocolo se procede a informar al paciente del estado de su boca mostrándole los datos recabados: fotos, radiografías, odontograma, etc.; para finalizar se elabora un plan de tratamiento individualizado, el cuál, que se explica al paciente para resolver cualquier duda que pudiese surgir. Marco Spuntss<sup>2</sup>, afirma que uno de los principales motivos de consulta en el nivel primario de la salud, es el odontológico, para efectos curativos y no preventivos, por lo cual demuestra de que los pacientes no ejercen medidas de prevención para mantener la salud oral.

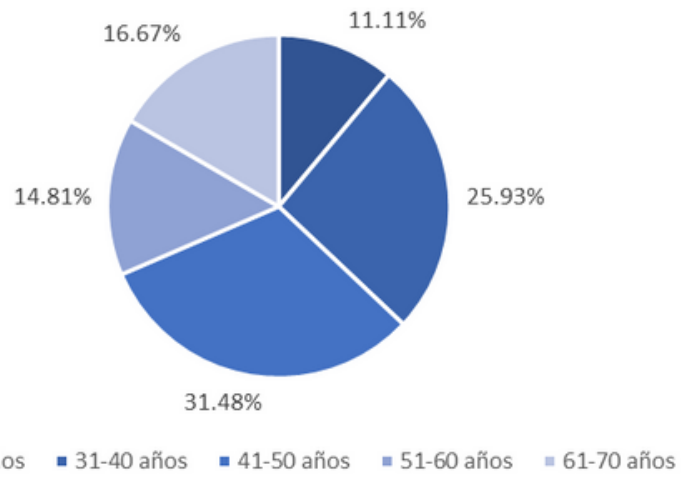
## MATERIALES Y MÉTODOS

El tipo de investigación que se realizó fue descriptiva, la muestra son pacientes atendidos en el área de diagnóstico bucal de la Facultad de Cirugía Dental; para la recolección de datos, se realizó una encuesta, la cuál ayudo a identificar el motivo de consulta y posteriormente se realizo la tabulación de los datos obtenidos.

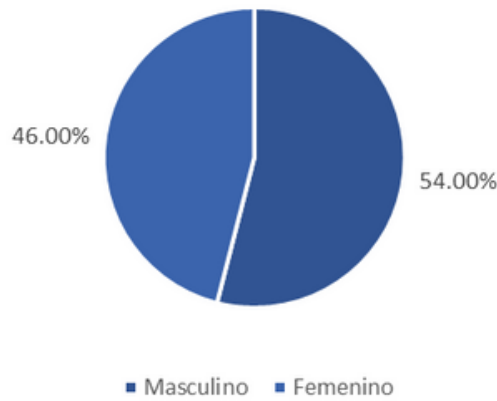
## RESULTADOS

A partir de las respuestas brindadas por los 54 pacientes encuestados del área Clínica de Diagnóstico Bucal de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, se obtuvieron los resultados que se muestran a continuación, el primer gráfico corresponde al total de pacientes que respondieron la encuesta ubicados en rangos etarios, el segundo a la asistencia según sexo y el tercero representa los motivos de consulta de cada uno de ellos:

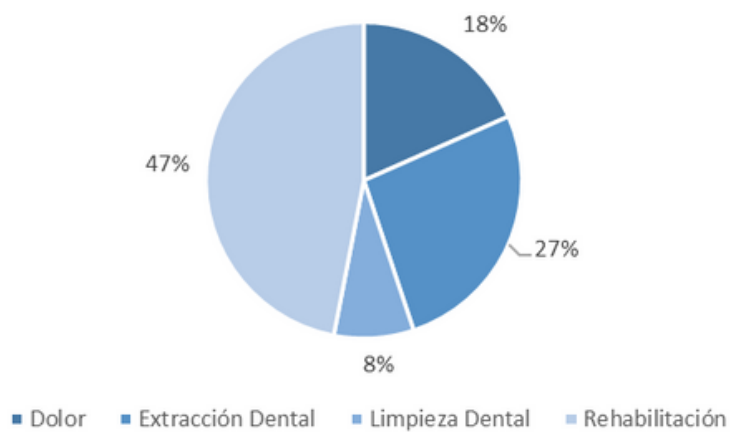
**Gráfica 1: Pacientes que respondieron a la encuesta**



**Gráfica 2: Pacientes que respondieron a la encuesta según sexo**



**Gráfica 3: Motivo de consulta**



## DISCUSIÓN

El motivo de consulta es el primer paso a realizar durante la consulta odontológica, ya que nos muestra la situación por la que el paciente acude e indica el padecimiento o las necesidades de este; durante el interrogatorio inicial, es cuando el paciente tiene la oportunidad de expresar su estado de salud. En un estudio realizado en México, el motivo de consulta que predominó fue el diagnóstico con un 67.35%, seguido de la presencia de dolor con un 9.36%, la mayoría de los pacientes dentro de este estudio pertenecían al género femenino con 59.62%<sup>3</sup>; por el contrario, dentro de esta investigación el motivo principal de consulta fue la rehabilitación con un 42.59%, seguido por la extracción dental con un 24.07%, en cuanto al sexo más predominante que asistieron a la consulta odontológica se obtuvo el masculino 54%.

## CONCLUSIÓN

El aporte más significativo de esta investigación es identificar los motivos de la consulta odontológica por parte de los pacientes que asisten a la clínica de la Facultad de Cirugía Dental, teniendo como resultado que de 54 pacientes el motivo de consulta más frecuente fue la rehabilitación, que como se sabe es parte fundamental para regresar la función a las piezas dentales; por otra parte, el grupo poblacional según edad que más asistió a la consulta odontológica en área clínica de diagnóstico bucal es de 41 a 50 años y en cuanto al sexo se obtuvo mayor asistencia fue el sexo masculino con un 54%.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Chanta F. Motivo de consulta odontológica de los pacientes atendidos en la clínica dental [Internet]. Edu.pe. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/914/Motivo\\_RomeroChanta\\_Fernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/914/Motivo_RomeroChanta_Fernando.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Colin Montandon J. Facultad de Odontología. An Univ Chile [Internet]. 2010 [citado el 26 de mayo de 2023];0(12). Disponible en: <https://silo.tips/download/facultad-de-odontologia-2>
3. Canseco Prado G, Jarillo Soto EC. Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. Representaciones sociales y salud bucal. Rev Odontol Mex [Internet]. 2019 [citado el 26 de mayo de 2023];22(3):128–36. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-199X2018000300128](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2018000300128).

**SIGUENOS  
EN NUESTRAS  
REDES  
SOCIALES**



**USAM FACULTAD DE  
CIRUGÍA DENTAL**

  
**usamfacultadcirugiadental**

UNIVERSIDAD SALVADOREÑA ALBERTO MASFERRER  
FACULTAD DE CIRUGÍA DENTAL



# MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON ENFOQUE EN ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

*DURACIÓN*

**2 AÑOS**



**CONTÁCTANOS**



diplomadosodontologia@liveusam.edu.sv  
patricia.portillo02@liveusam.edu.sv



2231-9623

**Síguenos**



 19 Ave. Norte entre 3a calle Pnt. y Alameda Juan Pablo II

# *Tipos de desinfectantes de instrumentos empleados en clínicas odontológicas privadas*

García-Aguilar MN\*, García-Cruz JI\*, Herrera-Hernández JM\*, Majano-Romero KG\*, Ramírez-Castro NE\*, Quijano-de Guevara RP\*\*.

\*Estudiantes de la asignatura Bioseguridad. \*\*Académico. Facultad de Cirugía Dental de la Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer.

---

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación trata sobre los diferentes tipos de desinfectantes empleados en clínicas odontológicas privadas de nuestro país; es un tema de relevancia, ya que la desinfección de las superficies e instrumentos de trabajo representa un paso importante en el contexto del control y prevención de enfermedades en la clínica odontológica, ya que el contacto con fluidos como la saliva y/o sangre del paciente ocurre durante cada consulta. El principal objetivo es determinar los tipos de desinfectantes empleados en clínicas odontológicas privadas, por lo que la recolección de datos se realizó con una muestra de 30 clínicas odontológicas privadas de San Salvador, a las cuales se les entregó una encuesta conforma por 6 ítems de opción múltiple; la información fue recolectada durante los meses de abril y mayo de año 2023; como resultado de la investigación las clínicas odontológicas utilizan como mínimo tres tipos de desinfectantes en su clínica, el hipoclorito de sodio en un 31 %, el yodo 3%, alcohol etílico o isopropílico el 21%, Gluconato de clorhexidina el 15%, Glutaraldehído al 2% el 22% y otro tipo de desinfectante el 8%. El estudio permite conocer que el uso de desinfectantes varía según las necesidades y los gustos de cada profesional e incluso en su mayoría los utilizan complementándose unos a otros para generar mejores resultados en el proceso de limpieza y desinfección.

**Palabras Claves:** Desinfección, bacterias, virus, esporas, hipoclorito de sodio.

## **ABSTRACT**

In the present research work, the types of disinfectants used in private dental clinics are discussed, since it is an important issue since the disinfection of work surfaces and instruments represents an important step in the context of disease control and prevention in the dental clinic, in which frequent contact with the patient's saliva and/or blood occurs. Our general objective was to investigate the types of disinfectants used in private dental clinics, for which the data collection was carried out through a conforming survey with 6 multiple-choice items, with a sample of 30 private dental clinics in San Salvador, which were collected during the month of April and May. As a result of our research, dental clinics use at least three types of disinfectants in their clinic; 31% sodium hypochlorite, 3% iodine, 21% ethyl or isopropyl alcohol, 15% chlorhexidine gluconate, 22% glutaraldehyde 2% and another type of disinfectant



8%. The study allows us to know that the use of disinfectants varies according to the needs and tastes of each professional and the majority even use them complementing each other to generate better results in the cleaning and disinfection process.

**Key words:** Disinfection, bacteria, virus, spores, sodium hypochlorite.

## INTRODUCCIÓN

El personal dedicado a la práctica odontológica diariamente se expone a diferentes riesgos de transmisión de microorganismos patógenos, como lo son las bacterias, virus y esporas; aunque no se hable mucho del tema, este es un problema, que se da en gran medida en las clínicas odontológicas, por lo que es necesario la utilización de productos desinfectantes, como el correcto uso para la eliminación de diferentes microorganismos. La desinfección es un proceso que pretende la eliminación de microorganismos patógenos; suele ser realizada con productos químicos que actúan a temperatura ambiente, a una concentración y tiempo determinados, según las indicaciones de cada fabricante; deben ser aplicados correctamente teniendo en cuenta su actividad bactericida, fungicida, virucida, tuberculicida, etc.<sup>1</sup>. En un estudio de Sajjanshetty & Huga en el 2014<sup>2</sup>, con fresas dentales contaminadas en preparaciones cavitarias, donde se evaluó la efectividad del lavado manual, la esterilización en autoclave y un limpiador ultrasónico en ellas, dió como resultados contaminación en todos los grupos, concluyendo que la ausencia de un desinfectante previo marca significativamente los resultados; así mismo Vessoni, Gava y Silva en el 2013<sup>3</sup>, indicaron en su estudio que el Glutaraldehído presenta alta eficacia bactericida, esporicida, fungicida y virucida para la desinfección de alto nivel de instalaciones médicas críticas y semicríticas a una concentración del 2% de solución alcalina; la cual mediante conteo de unidades formadoras en Agar Sangre y MacConkey se obtuvo cero crecimiento bacteriano, el mismo agente tiene buena acción inhibitoria en el tiempo de 20 minutos de solución alcalina a temperatura ambiente.

Para evitar la contaminación cruzada por microorganismos patógenos, es altamente necesario tener previo conocimiento, para ello también, se debe tomar en cuenta que una de las formas principales de transmisión es por contacto ya sea directo o indirecto, como el contacto con fluidos corporales, sangre, instrumental contaminado, etc.<sup>4</sup>; por lo tanto, se necesita una buena utilización de desinfectantes y antisépticos ya que, se está expuesto a diferentes enfermedades como lo son: Virus del Papiloma Humano (VPH), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Herpes labial, entre otros<sup>5</sup>; debido a todo esto, los desinfectantes son tan necesarios como una buena barrera de protección, por lo que este trabajo de investigación puede servir como una guía para la desinfección necesaria de los consultorios odontológicos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

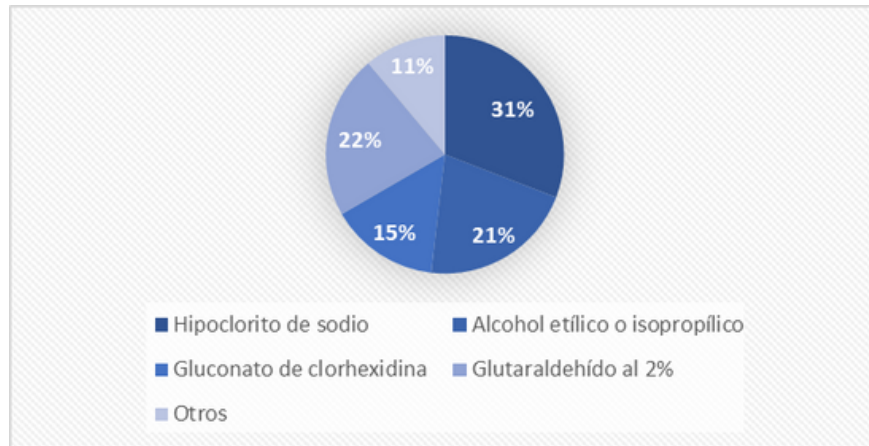
En este trabajo se realizó una investigación de campo mediante un estudio descriptivo y exploratorio, dirigido a determinar los tipos de desinfectantes de instrumental odontológico empleados en clínicas privadas. La muestra fueron 30 clínicas privadas de San Salvador; para la recolección de datos se empleó una encuesta de 6 ítems de opción múltiple, donde los odontólogos dieron su opinión sobre los desinfectantes de instrumentos y de equipo odontológico que utilizan a diario en su clínica, esta información se recolectó en el periodo de abril y mayo del 2023.



**RESULTADOS**

La muestra de la investigación fue de 30 clínicas odontológicas privadas de San Salvador, la recolección de datos se realizó mediante una encuesta conforma por 6 ítems de opción múltiple; con lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

**Grafica 1:** Tipos de desinfectantes utilizados.

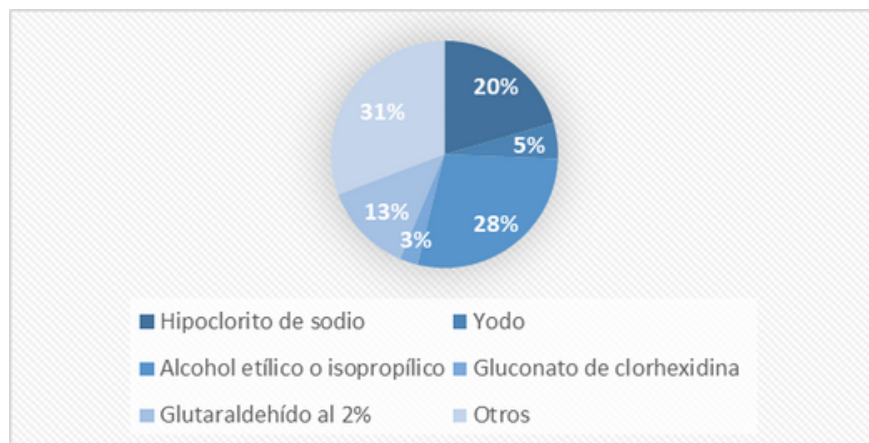


1  
2  
3

**Grafica 2:** Tipos de desinfectantes utilizados para la contaminación con fluidos biológicos.



**Grafica 2:** Tipos de desinfectantes utilizados para limpieza de unidades dentales.





## DISCUSIÓN

En el 2008, Gutiérrez<sup>6</sup>, evaluó la acción desinfectante del hipoclorito de sodio al 0.5 % y el Glutaraldehído al 2% en varias superficies del equipo dental; sus resultados mostraron un 60% de éxito que demostró la eficacia del hipoclorito de sodio en los microorganismos presentes en las unidades dentales. En la presente investigación la desinfección para las superficies del equipo dental más utilizado es el hipoclorito de sodio en un 92% y el alcohol etílico o isopropílico en un 28%. Según Diomedi<sup>7</sup>, en un estudio comparó el alcohol etílico y los halogenados, llegando a la conclusión que el alcohol tiene una acción residual mayor a yodopovidona y similar o mayor a clorhexidina, ya que se usa para antisepsia de piel y desinfección de campo quirúrgico del paciente y de las manos del equipo quirúrgico. En relación con la investigación el alcohol etílico o isopropílico se utiliza en mayor medida que el yodo.

Los diferentes tipos de desinfectantes que cada profesional de la odontología emplea en su práctica diaria son de gran importancia para la seguridad de la salud, se verificó que la mayoría emplea alrededor de tres desinfectantes diferentes, los más utilizados son: hipoclorito de sodio, alcohol etílico o isopropílico y gluconato de clorhexidina; estos, son capaces de inhibir bacterias, virus y hongos de todas las superficies infectantes. Vessoni, Gava y Silva<sup>8</sup> en su investigación del año 2013 mencionan que el Glutaraldehído es de alta eficacia bactericida, esporicida, fungicida y virucida para la desinfección de alto nivel de instalaciones críticas y semicríticas a una concentración del 2% de solución alcalina que tuvo un tiempo de trabajo de 20 minutos, mientras que en los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación este es utilizado por el 13% de los profesionales encuestados.

## CONCLUSIONES

En su totalidad, las clínicas odontológicas encuestadas, refieren qué utilizan químicos para la realización de los procesos de desinfección en las prácticas privadas; ya que mediante la eliminación bacterias, hongos, esporas y virus de superficies u objetos, proporcionan mayor seguridad a los paciente evitando el riesgo de contagio; el nivel de desinfección dependerá de las necesidades y riesgo que presente cada espacio y objeto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo General de Colegios de odontólogos y estomatólogos. Guía de seguridad microbiológica en Odontología. [Internet]. Colegio de Odontólogos España. 2009. [citado en abril de 2023]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/1862>
2. Sajjanshetty, S., & Hugar, D. Decontamination Methods Used for Dental Burs-A Comparative Study. [Internet]. Journal of Clinical and Diagnostic Research.; 2014. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129327/>
3. Vessoni, T., Gava, P., & Silva, A. The efficacy of chemical agents in cleaning and disinfection programs. [Internet]. BMC Infectious Diseases. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-1-16>

4. Lorenzo Martín, al 4. Blanca. Importancia de la asepsia dentro del ámbito quirúrgico y de la actuación de enfermería en su consecución y mantenimiento. [Internet]. 2015. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/11902>
5. Collachagua, A. A., Yzaguirre, C. B., & Mattos-Vela, M. A. Desinfectantes para la descontaminación de superficies e instrumental odontológico durante la pandemia del COVID-19. [Internet]. Revista de la Sociedad Científica del Paraguay, 2021. 26(2), 185-196. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2617-47312021000200185&script=sci\\_arttext](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2617-47312021000200185&script=sci_arttext)
6. Gutiérrez, S. J., Dussán, D. C., Leal, S. C., & Sánchez, A. Evaluación microbiológica de la desinfección en unidades odontológicas (estudio piloto). [Internet]. Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas, 2008. 37(2), 133-149. [citado el 4 de abril de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-741824008000200003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-741824008000200003)
7. Diomedi, A., Chacón, E., Delpiano, L., Hervé, B., Jemenao, M. I., Medel, M., ... & Cifuentes, M. Antisépticos y desinfectantes: apuntando al uso racional. [Internet]. Recomendaciones del Comité Consultivo de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Sociedad Chilena de Infectología. 2017 Revista chilena de infectología, 34(2), 156-174. [citado el 4 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0716-10182017000200010&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0716-10182017000200010&script=sci_arttext&tlng=en)
8. Vessoni, T., Gava, P., & Silva, A. The efficacy of chemical agents in cleaning and disinfection programs. [Internet]. BMC Infectious Diseases. [citado el 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-1-16>



## DIPLOMADO EN ODONTOPEDIATRÍA

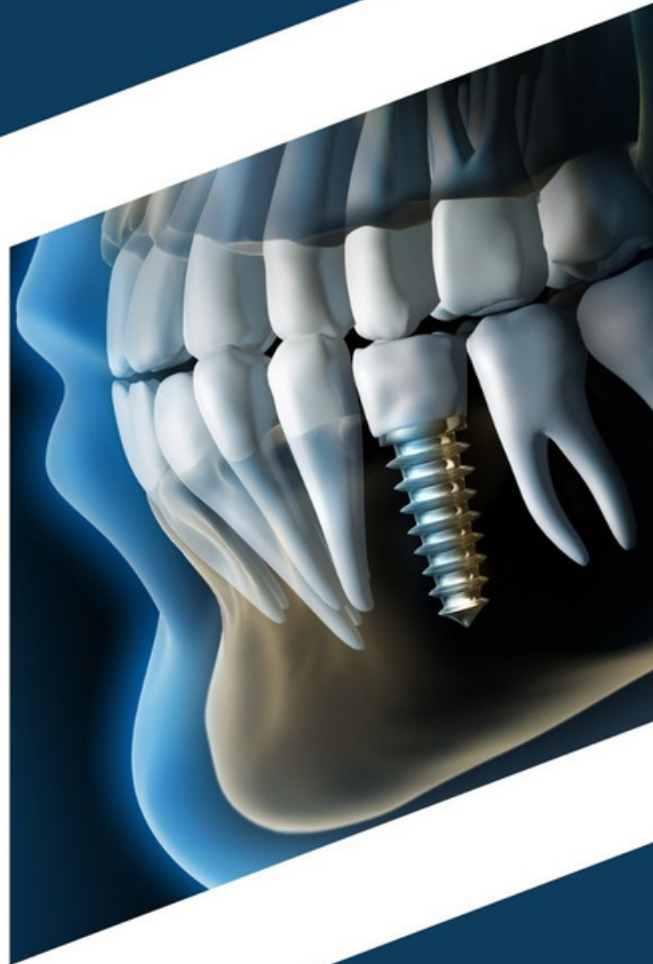




FACULTAD DE CIRUGÍA DENTAL

*DIPLOMADO:*

# IMPLANTOLOGÍA ORAL



CONTÁCTANOS  
PARA MAYOR  
INFORMACIÓN



diplomadosodontologia@liveusam.edu.sv  
patricia.portillo02@liveusam.edu.sv



2231-9623

**Síguenos**





Universidad Salvadoreña  
**Alberto Masferrer**  
*Formamos Ganadores*

**Facultad de Cirugía Dental**

Noviembre - 2023