



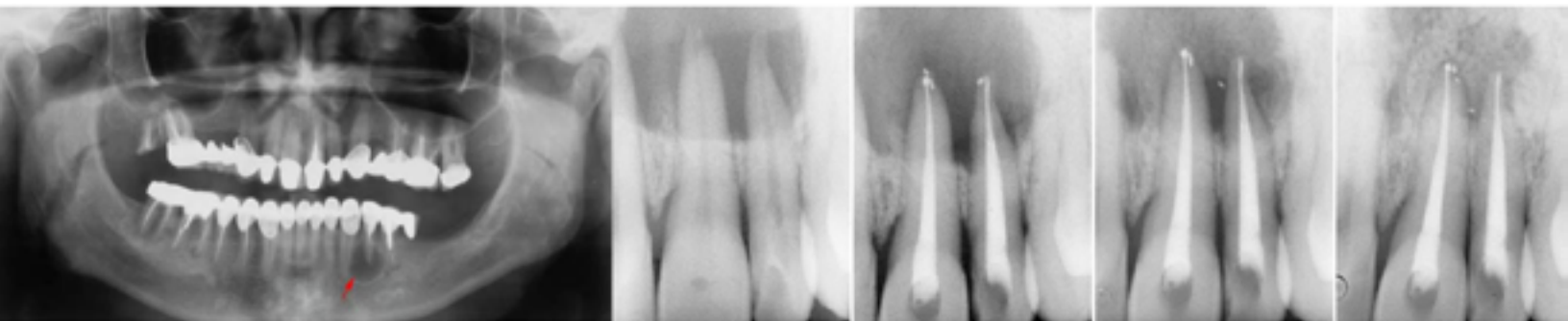
Anáhuac  
MAYAB

Año 2015 | No. 8



# Revista **ADM** | Estudiantil

Órgano de Difusión para Estudiantes de Odontología



1. Quiste apical: Presentación de un caso y revisión de la literatura.
2. Percepción estética de la sonrisa del consultorio dental a la vida diaria.
3. Bruxismo por estrés académico en estudiantes de Ciencias de la Salud de la UANL.

SI MASTICAR ES BUENO,  
CON TRIDENT XtraCare  
¡ES FANTÁSTICO! PORQUE  
FORTALECE TUS DIENTES  
POR SER EL ÚNICO CON 

RECOMENDADO POR:



## Editorial



### Estimado estudiante

Con mucha alegría escribo estas líneas para ti, porque seguramente al ponerte en contacto con este breve texto que ahora escribo, has decidido tomar una actitud ante la vida de esfuerzo y compromiso por enriquecer y potenciar tu esfuerzo para lograr ser un profesional de excelencia, y el hecho de tener hoy esta revista entre tus manos o explorarla de manera electrónica, significa que te has tomado muy en serio este compromiso.

Quiero felicitarte por ello, reconocer tu esfuerzo y agradecer el que hayas tomado la decisión de vivir esta vocación al máximo, pues somos una profesión que está llamada a servir, a reconfortar y a ser empático con nuestros pacientes, con nuestros semejantes.

Esto último, despierta en mí una gran reflexión que me gustaría compartir contigo e invitarte a cuestionar de manera personal ¿Qué es lo que necesitas para poder ser un excelente profesional de la salud?, ¿Será solamente el cúmulo de conocimientos? ¿o acaso el contar con la mejor tecnología disponible y emplearla en todos los pacientes y en cualquier momento? ¿el tener una excelente práctica a costa de lo que sea?

Seguramente mucho de lo anterior abona para ser un exitoso profesional de la salud, sin embargo, no perdamos de vista que lo que nos hace exitosos es el tomar decisiones acertadas, bien documentadas, con buenas referencias, con los recursos debidamente empleados y sobre todo poniendo en el centro de nuestra atención, las necesidades de nuestros pacientes, respetando su dignidad e integridad.

Pensemos que todo lo que hagamos poniendo nuestros recursos tanto materiales como intelectuales al servicio de las necesidades de nuestros pacientes, nos permitirá conducirnos de una manera ética, responsable y con una calidad asegurada en la atención de cada uno de ellos.

La buena práctica no sólo se caracteriza por realizar los procedimientos de manera adecuada o sistemática, sino considerando y disminuyendo cualquier tipo de riesgo, ya sea intrínseco durante el ejercicio de la misma práctica o externo, a veces tan independiente del ejercicio de la misma práctica en mucho de los casos. Por ello el mantenerte cercano con instituciones o agrupaciones que participen activamente en enriquecer tu formación es uno de los elementos que te permitirán lograr un adecuado desarrollo profesional, como así lo hace la ADM a través

de esta revista y otras agrupaciones que tienen como objetivo la profesionalización de sus agremiados.

Por último, quiero invitarte a que mantengas esta actitud de servicio durante toda tu vida profesional pensando que el ser dentista, exige tener una constante inspiración por aquel que acude a nosotros para aliviar el dolor o recibir alguna asesoría con respecto a su salud oral, y por esta simple razón, debemos estar siempre preparados con lo mejor de nosotros, ya sea de una manera intelectual o tecnológica pero sobre todo de una manera humana, te aseguro que si comenzamos a ejercer de esta forma nuestra profesión, podrás tener la respuesta certera sobre la pregunta que te formulé anteriormente y un sentimiento de trascendencia, te hará vivir de una manera plena y profesional, esta gran vocación que hoy pones al servicio de los demás.

**Dr. Carlos Alejandro Robles Bonilla**  
Coordinador de Licenciatura  
Universidad Anahuac Mexico Norte

**corix® 70 PLUS USV**  
Equipo de Rayos-X Digital

**Por su Confiabilidad,  
Calidad y Seguridad...  
Hemos llevado el  
Diagnóstico Radiológico  
Intra-Oral a niveles nunca  
antes alcanzados!**

Las nuevas generaciones de Odontólogos están conscientes de los daños que los productos para el procesamiento de las Películas Radiográficas pueden causar al medio ambiente y por lo tanto buscan soluciones que les permitan transitar en cualquier momento a la Radiografía Digital con equipos de vanguardia, diseñados para durar en el tiempo.

La sencillez de operación del CORIX® 70 PLUS-USV permite, con solo oprimir dos botones, seleccionar en la Pantalla Gráfica la pieza dental y la complejión del paciente, con más de 400 tiempos de exposición en memoria, para que el Odontólogo pueda centrar su atención en el paciente.  
**Más fácil no se puede!!!**

Con el SENSOR CORIX® DIGITAL, (OPCIONAL) específicamente diseñado para este equipo, el Odontólogo podrá transitar a la Radiografía Digital por computadora en cualquier momento, obteniendo una imagen perfecta, en un instante y al primer disparo!!!

**Pregunte a nuestros Distribuidores Autorizados sobre las características y accesorios opcionales del CORIX® 70 PLUS-USV.**

**coramex s.a.**  
División de CORIX MEDICAL SYSTEMS®  
Lauro Villar No. 94-B, 02440 México, D.F.,  
Tel. +52-55-5394-1199  
Fax: +52-55-5394-8120  
www.corix.us



# Depósito Dental Villa de Cortés



## Consejo Editorial de la Revista ADM Estudiantil

### Editor

Dr. Rolando Peniche Marcín

### Editores Asociados

### Endodoncia

Dr. Javier Ortiz Sauri  
 Dr. Rene Bolio Vales  
 Dr. Eduardo Gutiérrez Peniche

### Odontopediatria

Dr. Armando González Solís  
 Dra. Diana Canto Cervera  
 Dra. Adriana Flores Chapa

### Cirugía Bucal y Maxilofacial

Dra. Yolanda Valero Princet  
 Dr. Leopoldo Andrade Góngora  
 Dra. Elizabeth Castillo Sánchez  
 Dr. Fernando Sandoval Vernimmen

### Ortodoncia

Dr. Francisco Kú Carrillo  
 Dr. Fernando Jorge Hernández Tello  
 Dr. Mauricio González Balut

### Periodoncia

Dra. Kendra Mendoza Hijuelos  
 Dr. Mauricio González Reyes

### Rehabilitación Bucal y Odontología Restauradora

Dr. Rafael Domínguez Cervera  
 Dr. Daniel Perez Domínguez

### Implantología Dental

Ricardo Peniche Rodriguez  
 Roberto Sosa Milke  
 Epidemiología, Salud Pública y Odontología preventiva  
 Dra. Hortencia Castillo Castillo

### Patología y Medicina Bucal

Dr. Jose Luis Castellanos Suarez  
 Dra. Laura Díaz Guzmán  
 Dra. Beatriz Aldape Barrios

### Innovación y Emprendedurismo en Odontología

Mtra. Regina Garza Roche

### Mercadotecnia en Odontología

Mtra. Claudia Sanchez de Mier

### Odontología Legal y Forense

Dra. Mónica Suarez Ledesma  
 Dra. Adriana Sanchez Murillo  
 Dr. Ricardo Vazquez Ortiz

### Ética

Mtro. Francisco Javier Otero Rejón

### Odontología basada en Evidencias

Dr. Carlos Robles Bonilla  
 Dra. Elis Yamile Sánchez Abdeljalek

### Cariología y Odontología de Mínima Intervención

Dr. Armando Hernandez Ramirez

### Coordinación Editorial, Diseño y Publicidad

Dra. Cecilia Guadalupe Melchor Soto

# Contenido

## 10 Quiste apical: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Víctor Grunstein Bistre  
*Alumno de la Licenciatura de Cirujano Dentista, Séptimo semestre. Universidad Anáhuac México Norte, Estado de México, México.*

Ilan Vinitzky Brener  
*Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Profesor de Universidad Anáhuac México Norte y Universidad Tecnológica de México. Práctica privada exclusiva en Cirugía Oral y Maxilofacial. México, Distrito Federal, México.*

Norma Guadalupe Ibáñez Mancera  
*Cirujano Dentista. Especialista en Patología Bucal. Profesora de Universidad Anáhuac México Norte e Instituto Universitario Franco Inglés de México. México, Distrito Federal, México.*

Rosario Cruz Franco  
*Cirujano Dentista. Especialista en Endodoncia. Profesora de Universidad Anáhuac México Norte. México, Distrito Federal, México.*

## 18 Percepción estética de la sonrisa del consultorio dental a la vida diaria

Dra. Hazel Garro Piña  
*Residente Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.*

Dra. Fernanda Calvo Guillén  
*Residente Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.*

Dra. María Cristina Jiménez Cervantes  
*Catedrática de la Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.*

Dra. Mónica Sato Hirata  
*Coordinadora de la Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.*

## 24 Bruxismo por estrés académico en estudiantes de Ciencias de la Salud de la UANL

Olivares Elizondo Olga Valeria  
*Estudiante de décimo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo (vale.oe@hotmail.com).*

Pérez Sarkis Olga Anyul  
*Estudiante de décimo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.*

Quiroga García Miguel Ángel.  
*Licenciado en Odontología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestría en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Doctor en Ciencias por la Universidad de Granada España. Profesor Asociado B. Subdirector de Planeación y Desarrollo Institucional en la Facultad de Odontología.*



Distribuidor exclusivo en México

www.ddn.com.mx



01 800 832 7700

# Quiste apical

## Presentación de un caso y revisión de la literatura

Víctor Grunstein Bistre  
 Alumno de la Licenciatura de Cirujano Dentista, Séptimo semestre. Universidad Anáhuac México Norte, Estado de México, México.

Ilan Vinitzky Brener  
 Cirujano Dentista. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Profesor de Universidad Anáhuac México Norte y Universidad Tecnológica de México. Práctica privada exclusiva en Cirugía Oral y Maxilofacial. México, Distrito Federal, México.

Norma Guadalupe Ibáñez Mancera  
 Cirujano Dentista. Especialista en Patología Bucal. Profesora de Universidad Anáhuac México Norte e Instituto Universitario Franco Inglés de México. México, Distrito Federal, México.

Rosario Cruz Franco  
 Cirujano Dentista. Especialista en Endodoncia. Profesora de Universidad Anáhuac México Norte. México, Distrito Federal, México.

**Resumen.** El quiste apical es ampliamente reconocido como la lesión de mayor frecuencia entre los quistes odontogénicos. Estas son lesiones de origen inflamatorio que invariablemente se encuentran asociadas a órganos dentarios desvitalizados por las secuelas de las lesiones cariosas u otras razones que frecuentemente son el motivo de la consulta de los afectados. Se presenta un caso clínico de un paciente femenino de 40 años con la presencia de un quiste apical ubicado en la sínfisis mandibular, causado por un tratamiento endodóntico sin sellado apical. Se muestran los hallazgos clínicos y patológicos sobresalientes, además de su manejo terapéutico basado en una revisión de la literatura.

### Introducción

Los quistes son cavidades patológicas de contenido líquido, semilíquido, o gaseoso, revestidas de epitelio, con una cápsula de tejido conectivo fibroso. <sup>1</sup>

Los de la región bucal y maxilofacial pueden ser odontogénicos, fisurales, pseudoquistes (no epiteliales), quistes asociados al seno maxilar y de los tejidos blandos. <sup>2</sup>

Los quistes odontogénicos se originan a partir del componente epitelial del aparato odontogénico o de sus restos celulares que quedan atrapados dentro del hueso o en el tejido gingival que cubre a los maxilares, a partir de remanentes de la odontogénesis, de ahí el nombre que reciben. <sup>3</sup> Dentro de estos existen varios tipos: radicular o periapical, residual, dentígero, de erupción, gingival del recién nacido, gingival del adulto, periodontal lateral y glandular. <sup>4</sup>

CLASIFICACIÓN DE QUISTES EN CAVIDAD ORAL SEGÚN SU ORIGEN <sup>2</sup>	TIPOS
<b>Odontogénicos</b>	<p><b>Del desarrollo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quiste gingival de la infancia o perla de Epstein</li> <li>Quiste dentígero</li> <li>Quiste de erupción</li> <li>Quiste gingival del adulto</li> <li>Quiste lateral periodontal</li> <li>Quiste odontogénico glandular</li> </ul> <p><b>Inflamatorios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quiste periapical</li> <li>Quiste residual</li> </ul>
<b>No odontogénicos</b>	<p><b>Fisurales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quiste del conducto nasopalatino</li> <li>Quiste nasolabial o nasoalveolar</li> </ul> <p><b>Pseudoquistes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quiste óseo traumático</li> <li>Quiste óseo aneurismático</li> </ul>

El quiste periapical es ampliamente reconocido como el de mayor frecuencia entre los quistes odontogénicos, la que oscila entre el 70 al 75%<sup>1</sup>. Estas son lesiones de origen inflamatorio que invariablemente se encuentran asociadas a órganos dentarios desvitalizados por las secuelas de lesiones cariosas.<sup>3</sup>

Estas lesiones derivan de los restos epiteliales de Malassez originados en los vestigios de la vaina radicular de Hertwig. La proliferación de estas células epiteliales en el revestimiento de quistes ocurre como resultado del proceso inflamatorio periapical consecuente a la necrosis pulpar. En ocasiones se forma un granuloma como reacción defensiva hiperplásica frente a un estímulo inflamatorio persistente y no intenso. La proliferación de las células epiteliales se hace de modo irregular, las situadas en el interior sufren una degeneración hidrópica y se necro-

san formando una cavidad llena de líquido. Por otro lado, las células plasmáticas de la vecindad son asiento de la degeneración grasa y se incorporan al contenido líquido. Una vez formado el quiste, crece progresivamente por aumento pasivo y no por proliferación del epitelio.<sup>1</sup>

Por lo general, el quiste periapical es asintomático, pero una infección secundaria puede causar dolor.<sup>5 y 6</sup>

Radiográficamente se observa un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, una zona radiolúcida redondeada u oval delimitado por una línea ósea de condensación periquística reaccional.<sup>1</sup>

Los diagnósticos diferenciales son principalmente el granuloma periapical y entre otros posibles el quiste óseo traumático, defecto quirúrgico periapical, quiste óseo aneurismático, displasia periapical cemento-ósea, también

existen casos de ameloblastomas, tumores odontogénicos queratoquísticos, linfomas y carcinomas escamocelulares en localización periapical. [2, 7 y 8](#) El diagnóstico diferencial entre quiste y granuloma es difícil, se corrobora con el estudio histopatológico.[9](#)

El tratamiento de elección de un quiste radicular es la terapia endodóntica convencional seguida por apisectomía para realizar el estudio microscópico y descartar otra patología, también se han reportado casos de carcinomas escamocelulares que derivan del revestimiento de los quistes periapicales, posteriormente se debe realizar un cuidadoso seguimiento, periódicamente. [7, 10 y 11](#)

La enucleación de los quistes radiculares no es siempre necesaria, ya que se puede realizar curetaje de la lesión, ambos con fines de diagnóstico; pero en la mayoría de ellos es la técnica quirúrgica de elección. [6](#)

Cuando un quiste es grande, su remoción por curetaje puede dañar la vitalidad de los dientes vecinos debido a la interrupción de la circulación sanguínea. [9 y 12](#)

El pronóstico depende del diente involucrado, extensión de destrucción ósea y la accesibilidad para el tratamiento. [9](#)

El propósito de este artículo es presentar un caso de quiste periapical y descubrir los hallazgos clínico-patológicos sobresalientes, así como discutir su probable patogénesis, diagnóstico diferencial y manejo terapéutico.

### ■ Reporte del caso

Se presenta el caso de un paciente femenino de 40 años de edad, el cual acude a la clínica dental de la Universidad Anahuac México Norte por presentar ausencia de órganos dentarios y tratamientos protésicos deficientes. Entre los antecedentes médicos de relevancia la paciente refiere padecer hipertensión arterial controlada y ser alérgica a penicilina. Durante la exploración física a la palpación se nota un ligero aumento de volumen en la cortical vestibular localizada en la parte anterior de la mandíbula a nivel apical de órgano dentario 41 de aproximadamente 6mm de diámetro.

Se solicitaron estudios de imagen (Ortopantomografía y serie periapical) en la cual se observa una lesión radiolúcida con bordes bien definidos de forma oval a nivel del ápice del órgano dentario 41 (figura 1), el cual presentó un tratamiento de conductos sobreobturado hacia el nivel del ápice de aproximadamente 3mm.



Figura 1- Radiografía Pre operatoria

Con el diagnóstico presuntivo de quiste apical se decide realizar enucleación del mismo bajo anestesia local:

### ■ Técnica quirúrgica

Previa asepsia y antisepsia, se realiza bloqueo del nervio dentario inferior y mentoniano bilateral con articaina 4% con epinefrina 1:100,000, se realiza punción aspiradora en la cual se obtiene aproximadamente 1 cc de líquido citrino. Asimismo se realiza colgajo trapecoidal ([figura 2](#)), osteotomía con fresa de bola para realizar una ventana ósea ([figura 3](#)) y posteriormente se realiza la enucleación de la lesión ([figura 4](#)).



Figura 2. Diseción de colgajo trapecoidal



Figura 3. Osteotomía y Aspecto de la lesión

Se determina que no es necesario el retratamiento de conductos del órgano dentario afectado, ya que el pronóstico para ese diente es reservado. Se elimina el excedente de gutapercha ([figura 5](#)) y se condensa con calor.



Figuras 4 y 5. Aspecto del lecho una vez removida la lesión. Nótese la punta de gutapercha

Se realiza ligera osteotomía periférica, se verifica hemostasia y se sutura con material reabsorbible. Finaliza el procedimiento quirúrgico sin complicaciones. Se dan indicaciones postoperatorias convencionales y se indica tratamiento farmacológico. Se envía el material para estudio histopatológico con el diagnóstico probable de quiste apical (figura 6).



Figura 6 - Aspecto macroscópico de la lesión

**■ Diagnóstico:**  
Quiste odontogénico periapical

**Histología:**

Al observar la lesión al microscopio se identificaron las siguientes estructuras:

A- Revestimiento de epitelio estratificado con grosor variable.

B - Revestimiento epitelial con la presencia de cuerpos de Rushton.

C - Cápsula con cristales de colesterol.

(Figura 7, A, B, C).

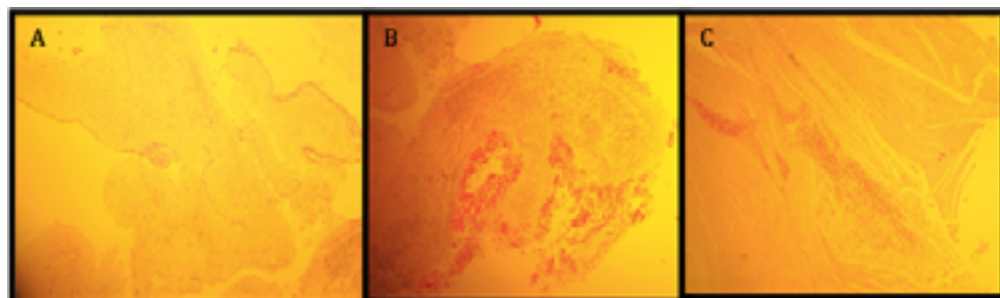


Figura 7. Aspecto microscópico de la lesión

La paciente acude a controles periódicos, con adecuado proceso de cicatrización. Seis meses después se encuentra asintomático, libre de lesión y radiográficamente en proceso de regeneración ósea (figura 8).



Figura 8- Radiografía 6 meses pop

Palabras clave: quistes odontogénicos, quiste apical, patología bucal.

**■ Discusión.**

Los quistes apicales son lesiones con un alto porcentaje de prevalencia, En estudios realizados en Chile y en el servicio de biopsias de la escuela dental de Oregón, los quistes apicales representan respectivamente 50.7% y 47.7% de un total de biopsias de lesiones odontogénicas estudiadas<sup>13 14</sup>. Otros autores como Tay en Singapur registró el índice de quistes apicales en 14.6%, de un total de biopsias estudiadas<sup>15</sup>. De igual manera en Canadá se encontró un porcentaje del 17.3%<sup>16</sup>.

Por su alto índice, es muy importante el diagnóstico temprano de estas lesiones, ya que aunque son benignas, su crecimiento puede llegar a ocasionar destrucción ósea importante.

La lesión del caso presentado fue causada por el tratamiento de conductos del órgano dentario 41, el cual se encontraba sobreobturado y sin sellado apical, causando una inflamación a nivel del ápice la cual ocasionó la formación del quiste

En este tipo de casos esta por lo general indicado el retratamiento de conductos, para evitar la persistencia de un estímulo inflamatorio que pueda inducir a una nueva lesión.

En este caso se evitó el retratamiento de conductos, ya que al valorar el órgano dentario causal se concluyó que este tenía un pronóstico pobre a mediano plazo al estar comprometido periodontal, estética y funcionalmente.

Para evitar la regeneración de la lesión se eliminó el material sobreobturado con un instrumento caliente, dejándolo en una posición correcta, es decir en el límite CDC.

No se consideró necesaria la colocación de algún material de regeneración por las dimensiones de la lesión y las características de la misma. El defecto óseo residual se encontró con aproximadamente un 70% de regeneración seis meses después de la cirugía lo cual nos hace pensar que el tratamiento fue exitoso y la paciente continuará con una adecuada evolución.

**■ Conclusiones.**

Los quistes apicales son la lesión odontogénica más común. Es muy importante tener el conocimiento básico para su adecuado diagnóstico y tratamiento, ya que este tipo de lesiones, aunque en la mayoría de los casos tienen un pronóstico favorable, si no se tratan de manera temprana pueden ocasionar una reabsorción ósea importante comprometiendo a órganos dentales vecinos y el hueso maxilar o mandibular. De igual manera es importante realizar los tratamientos endodónticos de una manera correcta y metódica, ya que los tratamientos sin sellado apical y sobreobturados pueden ser un factor etiológico para la formación de estas lesiones. También es importante considerar como diagnósticos diferenciales de las lesiones radiolúcidas periapicales: ameloblastoma, tumor odontogénico queratoquístico, linfomas y carcinomas escamocelular, además este último se puede desarrollar del revestimiento del quiste periapical. Siempre es indispensable realizar la extirpación y el diagnóstico microscópico de todas las lesiones radiolúcidas periapicales.

**Bibliografía:**

1. Vazques Diego, Quiste periapical inflamatorio, Diagnóstico radiográfico, solución de un caso y revisión de la literatura, Revista ADM, Vol. LXV, No. 1 Enero-Febrero 2009
2. Ibáñez N, Propedéutica y semiología en Odontología, Elsevier, Barcelona España 2014.
3. Mosqueda Taylor A, Irigoyen Camacho ME, Díaz Franco MA, Torres Tejero MA. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. Med Oral 2002;7:89-96.
4. Acad. Dr. Tetsuji Tamashiro-Higa, Acad. Dr. Adalberto Mosqueda-Taylor, Queratoquiste odontogénico en posición dentígera Caso clínico, Academia Mexicana de Cirugía, 2005
5. Silva M. Quiste periapical: reporte de un caso clínico, Odontología sanmarquina, Vol-8, Num 2, Julio Diciembre 2004
6. Nilesh S. Kadam, Management of large radicular cyst by conservative surgical approach: A case report, Journal of clinical and diagnosis research, Vol-8, Feb 2014
7. Bereket C. Intraosseous carcinoma arising from an odontogenic cyst: a case report. Elsevier, Turkia, 2003.
8. Zainab Ch. Unicystic ameloblastoma: A diagnostic dilemma, National journal of maxillofacial surgery, India, Jan-Jun 2011
9. Rodríguez García, et al. Quistes de los maxilares. Revisión bibliográfica Rev Cubana Estomatol 2006; 43(4)
10. Neville B. Oral and Maxillofacial Pathology, Saunders Elsevier, 3era edición, USA, 2008
11. Rajdeep P. Radicular cyst with severe destruction of the buccal cortical plate secondary to endodontic failure, Journal of clinical and diagnosis research, Vol-7, Aug 2013
12. Babu Ch. Simple Bone cyst of mandible mimicking periapical cyst, Clinics and practice, India, Vol-2, 2012
13. Ochsenius G, Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile, Scielo, Madrid, 2007
14. Thompson CC. A six year regional report on the oral tumor registry and lesions diagnosed in the School of Dentistry Biopsy Service University of Oregon Health Sciences Center (Portland, Oregon). J Oral Med 1981;36:11-4.
15. Tay AB. A 5 year survey of oral biopsies in an oral surgical unit in Singapore:1993-97. Ann Acad Med Singapore 1999;28:665-71.
16. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;77:276-80.

**¡NUEVO!**

# BUTLER

# PROPHYCIENCY™

*El único contra ángulo que limpia y pule sin usar pasta*



**¡Una forma inteligente de limpiar!**

- No se necesita rellenar la copa
- No ensucia ni salpica
- Mejor visibilidad durante la limpieza
- Los pacientes no necesitan enjuagarse
- Fácil limpieza entre pacientes

**ButlerBloom™, la nueva copa redondeada diseñada para:**

- Limpieza y pulido interproximal, sublingual y en las superficies faciales y linguales de los dientes
- Se adapta mejor para seguir los contornos de los dientes
- Facilita el paso de diente a diente

**Pacientes y Dentistas prefieren**

- 78% de 959 pacientes que recibieron una profilaxis PROPHYCIENCY™ prefirieron la limpieza de PROPHYCIENCY™ al procedimiento tradicional
- 71% de los dentistas que usaron PROPHYCIENCY™ creen que "sería beneficioso para el procedimiento de pulido y el cuidado del paciente".

**Remoción superior de manchas\***

Pellicle Cleaning Relative (PCR)



Procedimiento	Pellicle Cleaning Relative (PCR)
PROPHYCIENCY™ (Copa ButleBloom™)	~78
Marcas líderes de contra ángulo con pasta profiláctica	~68

\*Marca líder de contra ángulos usada con la marca líder de pasta profiláctica vs. Clean & Polish. Datos en archivo.

Visita [prophyciency.com](http://prophyciency.com)  
para ver el vídeo y muestras a detalle

**SUNSTAR**  
**GUM BUTLER**

CONSULTE REGULARMENTE A SU ODONTÓLOGO

Encuétralos en:  
o llama al **01800838879**

# Percepción estética de la sonrisa del consultorio dental a la vida diaria

Dra. Hazel Garro Piña  
Residente Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.

Dra. Fernanda Calvo Guillén  
Residente Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.

Dra. María Cristina Jiménez Cervantes  
Catedrática de la Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.

Dra. Mónica Sato Hirata  
Coordinadora de la Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental.

## Resumen.

La sonrisa juega un papel importante en las expresiones y la estética facial e incluso puede llegar a influir en la aceptación social. Es la reacción ante ciertos estímulos, y puede ser espontánea o "social". A lo largo del tiempo, el ser humano se ha esforzado por proveer una sonrisa agradable, y a raíz de ello se han establecido una serie de parámetros que sirven a los profesionales en odontología para juzgar si una sonrisa tiene armonía o qué aspectos podrían mejorar de ella con los diferentes planes de tratamiento. En este artículo se resumen una serie de pautas que pueden servir para valorar la sonrisa, desde un punto de vista no profesional, pero que al fin y al cabo sirven para juzgar y apreciar la estética facial.

## Introducción

En las relaciones interpersonales, gran parte de la atención se concentra entre los ojos y la boca, por añadidura la sonrisa juega un papel muy importante en las expresiones y estética facial. La palabra "estética" etimológicamente proviene del griego aisthesis que hace referencia a la percepción; y tiene dos dimensiones: objetiva (apreciable) y subjetiva (disfrutable) [1]

La sonrisa es un elemento fundamental en el contexto social, y ocurre sin importar la raza o la cultura. Es parte de la interacción con otras personas [2]; tal es su importancia que su entendimiento y los intentos por mejorarla se hacen presentes en los vestigios de diversas culturas

precolombinas hasta los tiempos recientes, variando los conceptos de estética y belleza que se consideran como ideales.

La sonrisa puede ser espontánea o de pose. La espontánea o "social" no se planea, es una reacción, y es común ver que se hagan pliegues alrededor de los ojos; lo que no sucede con la de pose [3].

Uno de los criterios por el cual los pacientes juzgan el éxito o fracaso de un tratamiento de ortodoncia es el resultado de la apariencia de la sonrisa, por tanto no es para menos que el clínico deba darle relevancia dentro de los objetivos, sabiendo que sus características pueden variar entre regiones y etnias.

## Aspectos a evaluar en una sonrisa

Los elementos que conforman la sonrisa principalmente son carrillos, labios y dientes, que interactúan entre sí y en conjunto. [4]

Estudios realizados por Ricketts han concluido que las estructuras faciales siguen una proporción áurea, concepto que ha sido propuesto por Euclides y Luca Pacioli, la cual para que un objetivo sea proporcional a otro y estéticamente placentero la proporción debe ser de 1:1,618. Si bien algunos autores refieren que las proporciones áureas se limitan a un porcentaje de la población (75% según LaVere), es una guía útil para determinar el posicionamiento ideal de los incisivos con respecto a las estructuras faciales. [5]

En la literatura prostodóncica se mencionan tres tipos de sonrisa: [6; 7]

- **Sonrisa Alta** que muestra la totalidad de los dientes y una banda amplia de encía; con una prevalencia de 10,5% en la población.

- **Sonrisa Media** que muestra entre un 75% y 100% de los dientes, y solamente la encía interproximal; es la más frecuente con un 68% de la población

- **Sonrisa Baja**, sólo se observa hasta un 75% de los dientes, en un 20,4% de las personas.

El crecimiento y la maduración de los labios no siempre son considerados como parte importante del patrón de crecimiento, sin embargo, tienen gran influencia en la relación labio-diente, y línea de la sonrisa. Varios estudios hacen referencia a que en la mujer es más estético una tendencia a sonrisa alta, y una forma de dientes redondeados; mientras que en hombres, la tendencia es a exponer menos estructura dental, [1] esto debido a que los labios superiores de los hombres son más largos. [8]

Tjan mencionaba en su estudio que podía clasificarse en tres según el arco de la sonrisa, es decir la relación entre los bordes incisales y el labio inferior:

1. **Sonrisa Paralela**, que encontró en un 85% de la población.

2. **Sonrisa en Línea Recta** 14%.

3. **Sonrisa Invertida** 1%.

Como lo más común fue encontrar una Sonrisa Paralela, dedujo que lo más aceptable para definir como objetivo en un tratamiento era ese tipo de sonrisa [7].

Para analizar la sonrisa se valoran tres aspectos:

- **Exposición** de los incisivos superiores y el tejido gingival que se expone al sonreír: donde el borde inferior del labio superior debe reposar cerca del margen gingival de los incisivos superiores.

- **Dimensión transversa** de la sonrisa: esta va a depender de la presencia o amplitud de los corredores bucales. Moore menciona que la ausencia de corredores bucales da apariencia de una sonrisa falsa.

- **Arco de la sonrisa:** se da por la relación existente entre la curvatura de los bordes incisales y la curva del labio inferior al sonreír.[9]

Otro parámetro importante para valorar una bella sonrisa es la altura de los bordes incisales de centrales y laterales superiores así como las cúspides de los caninos, donde idealmente los bordes de incisivos centrales y caninos deben estar a la misma altura mientras que los incisivos laterales deben de estar ligeramente más cortos.

Zachrisson recomienda a los especialistas en odontología incluir dentro de los factores estéticos a evaluar en una sonrisa: longitudes de las coronas, contornos de los bordes incisales, inclinación de los ejes longitudinales, líneas medias, arco de la sonrisa, y simetría bilateral de la forma, tamaño y altura de los márgenes gingivales. [1]

Ahmad le da especial importancia a la forma de los incisivos, resaltando el hecho de que los incisivos con bordes desgastados aumentan inminentemente la edad dental, por tanto la sonrisa tendrá un aspecto de gente mayor, esto adicional a problemas con la guía anterior y pronunciación de ciertos fonemas como s, f o v [10].

El doctor Ricardo Adrián Acosta Sosa de la Universidad Intercontinental realizó un estudio sobre la percepción estética de la sonrisa en México, donde se realizaron encuestas a doscientas personas divididas en cuatro grupos:

1. Población general
2. Pacientes tratados ortodóncicamente
3. Odontólogos generales
4. Ortodoncistas

El estudio consistió en evaluar dos fotografías a las que realizó una serie de ediciones de ciertas características que consideró importantes en la sonrisa, para valorar cuál de las fotografías resultaba más agradable.

Los aspectos que modificó en las fotografías fueron:

- Diastema: generó un espacio entre el punto de contacto de los incisivos centrales superiores en 4 imágenes (diastema de 0.5mm, 1mm, 1.5mm y 2mm).

- Discrepancia entre la longitud vertical de las coronas de los incisivos centrales y los laterales superiores: diferencia entre los bordes incisales de 0.5mm, 1mm, 1.5mm y 2mm.

- Continuidad entre el borde del labio inferior y bordes incisales superiores (arco de la sonrisa): se modificaron las 4 fotos de manera que hiciera transición ligera entre una sonrisa paralela y una sonrisa invertida (incremento en caninos de 1,2,3 y 4mm)

- Corredores bucales: con el borde interno del carrillo como referencia y la superficie bucal

del primer premolar, se ampliaron los corredores con incrementos de 1mm.

- Irregularidades en los bordes incisales: se modificaron bilateralmente los bordes incisales de los incisivos centrales superiores, con incrementos de 0.5, 1, 1.5, 2mm.

- Discrepancia en la altura del margen gingival simétrico. Incrementos progresivos de 1mm del margen gingival de ambos incisivos laterales

- Discrepancia en la altura del margen gingival asimétrico. Incrementos progresivos de 1mm del margen gingival del incisivo lateral superior izquierdo en dirección incisal.

- Discrepancia de la altura de la papila interdental simétrica: se incrementó el punto de contacto entre incisivos laterales y centrales superiores, con incrementos progresivos de 1 mm.

- Discrepancia de la altura de la papila interdental asimétrica: se incrementó el punto de contacto entre incisivos lateral izquierdo y central izquierdo superiores, con incrementos progresivos de 1 mm. [11]

Sus resultados mostraron que tanto público general como profesionales en odontología no notaron una diferencia de altura en las papilas interdentes menor a 3 mm entre incisivos centrales y laterales por tanto esta característica no afecta la estética de la sonrisa.

El grupo de ortodoncistas fue el más crítico en cuanto a la presencia y aceptación de los corredores bucales, el que detectaron a partir de la primera modificación; mientras que los grupos de odontólogos y personas en general lo detectaron hasta los 3mm

En cuanto al diastema los grupos de ortodoncistas y pacientes de ortodoncia fueron los más críticos, detectándolo a partir de 0.5mm. Odontólogos y público en general necesitaron 1.5mm de diastema para apreciarlo. Esto coincide con el estudio de Kokich en que odontólogos generales calificaron como poco atractivo un diastema de 2mm en la línea media.

Todos coincidieron en que más allá de 1mm en la altura vertical de los incisivos late-

rales superiores afecta la estética de la sonrisa.

En la altura de los márgenes gingivales los ortodoncistas fueron más sensibles al detectar variaciones simétricas más allá de 1mm, mientras que odontólogos generales, pacientes y población general detectaron diferencias más allá de 2mm. En cuanto a las variaciones asimétricas, los grupos de ortodoncistas y odontólogos generales las detectaron a partir de 1mm.

Los grupos de odontólogos y población general consideraron poco atractivo un desgaste de 0.5mm en el borde incisal, mientras que pacientes y ortodoncistas consideraron poco atractivo 1mm de desgaste. [11]

Según V. Kokich y col, tanto ortodoncistas y odontólogos como personas en general identificaron una discrepancia unilateral en el ancho de la corona de 2mm, afectando esto la calidad de la sonrisa. Estos grupos también calificaron como poco atractivo una distancia de 3 mm desde el labio hasta la encía [12].

## Conclusiones

Es de suma importancia para el ortodoncista y otras ramas de la odontología tomar en cuenta los distintos componentes de la sonrisa, y conocer cuáles de estos son más relevantes para los pacientes, ya que al final un tratamiento satisfactorio va a ser el resultado de una combinación balanceada de todos estos parámetros, y son los pacientes quienes dan la aprobación final del mismo.

V. Kokich y col. en su estudio concluye que las alteraciones asimétricas hacen los dientes menos atractivos no solo para los profesionales dentales, sino también para los que no son odontólogos [12].

Factores como la presencia de corredores bucales amplios (3mm), discrepancias en la altura de los márgenes gingivales de central y lateral de más de 2mm, diastemas mayores a 1.5 mm, diferencias en la altura de los bordes incisales de central y lateral de más de 1 mm [11], son perceptibles aún para la población que no se dedica a la odontología, en detrimento de la sonrisa y por ende de la calidad de los resultados finales del tratamiento.

Además se debe recordar que la sonrisa funciona como un conjunto; es un balance de componentes más allá de dientes y labios, interrelacionados con la estructura facial y tomando en cuenta cuál es la percepción de una sonrisa estética dependiendo de las culturas y regiones, ya que puede ser distinta. Y no se debe dejar de lado el componente psicológico: la autopercepción y autoaceptación siempre influirán en el resultado de cualquier esfuerzo por mejorar la estética facial.



**Figura 1.**  
**A.** Sonrisa Invertida con apañamiento  
**B.** Sonrisa Gingival  
**C.** Sonrisa con presencia de Corredores Bucales Amplios  
**D.** Sonrisa Armónica  
 Edición: Dr. Héctor M. García Alatorre

**Agradecimientos**

"A los doctores Carolina Silva y Pablo Ramírez de la maestría en Ortodoncia de la Universidad Intercontinental por autorizar la toma y modificación de sus fotografías, y al doctor Héctor García por la labor de edición de las mismas."

**Bibliografía**

[1] Zachrisson BU. Esthetic Factors Involved in Anterior Tooth Display and the Smile: Vertical Dimension. JCO Vol 32:Nº07(432-445) 1998

[2] Fisher J. Esthetics and prosthetics. An interdisciplinary consideration of the state of art. Ed. Quintessence books 1999 Cap. 1.

[3] Ackerman JL, Ackerman MB, et al. A morphometric analysis of the posed smile. Clin Orth Res 1998; 1:2-11

[4] Sulikowski A, Yoshida A. Three dimensional management of dental proportions: an new esthetic principle "The frame of reference". Fixed Prosthodontics 2002; 8-20.

[5] Meenu P, Sanu A. Golden Proportion in denture esthetics. Health Science 2013;2(1):JS008

[6] Mallat DE, Mallat CE. Fundamentos de la estética bucal en el grupo anterior. Ed Quintessence 2001, Cap. 2.

[7] Tjan AHL, Millar GD. The JGP: Some esthetic factors in smile. Journal of Prosthetic Dentistry 1984;51:24-28

[8] Arnett W, McLaughlin RP. Planificación facial y dental para ortodoncistas y cirujanos orales. Mosby Ed. Español 2005

[9] Sarver DM. The importance of incisor position in the esthetic smile: The smile arc. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2001;120:98-111.

[10] Ahmad I. Anterior dental aesthetics: Dental perspective. British Dental Journal 199 Nº 3. Agosto 13 2005

[11] Acosta RA. Estudio de la percepción de la estética de la sonrisa por la población general, pacientes ortodóncicos y profesionales dentales de México. Tesis Maestría en Ortodoncia, Universidad Intercontinental. 2010.

[12] Kokich VO, Kokich VG. Perceptions of dental profesional and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2006; 130:141-51

**Línea Odontológica**

Tenemos **TODO**

**SINERGIX**<sup>®</sup>  
 TRAMADOL 25 mg / KETOROLACO 10 mg  
 Reg. Núm. 117M2003, SSA IV

**Dolocam**<sup>®</sup>  
 Meloxicam  
 Sublingual  
 Reg. San. No. 370M2006 SSA/IV

**Dolocam PLUS**<sup>®</sup>  
 Meloxicam, Metocarbamol  
 Reg. Núm. 290M2001, SSA IV

**amoxicilide**<sup>®</sup>  
 Reg.No. 156M2005SSA/IV

**ZitroFlam**<sup>®</sup>  
 AZITROMICINA + IBUPROFENO  
 Reg.No. 092M2004SSA/IV

**ARTRIDOL**<sup>®</sup>  
 Indometacina - Betametasona - Metocarbamol  
 Reg. Núm. 83721, SSA

para **ATACAR**  
 desde  
**RAÍZ**

**ESR** EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE

# Bruxismo por estrés académico en estudiantes de Ciencias de la Salud de la UANL

Olivares Elizondo Olga Valeria  
Estudiante de décimo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Correo (vale.oe@hotmail.com).

Pérez Sarkis Olga Anyul  
Estudiante de décimo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Quiroga García Miguel Ángel.  
Licenciado en Odontología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestría en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Doctor en Ciencias por la Universidad de Granada España. Profesor Asociado B. Subdirector de Planeación y Desarrollo Institucional en la Facultad de Odontología.

## Resumen.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de bruxismo por estrés académico en estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la UANL.

**Material y Métodos:** Se evaluaron 164 estudiantes de las Facultades de Medicina, Odontología, Salud Pública y Nutrición, Psicología y Enfermería. Se utilizó un cuestionario para determinar la presencia de bruxismo con 17 preguntas y otro para evaluar el nivel de estrés académico a través del Cuestionario de Estrés Académico de la Universidad con 21 ítems. Posteriormente se realizó un examen clínico intraoral observacional.

**Resultados:** 73.8% de los estudiantes no refirieron signos y síntomas del bruxismo, y 26.2% indica tener signos y síntomas. El 53% de los estudiantes presento estrés académico.

**Conclusiones:** la mayoría de los estudiantes que presentan bruxismo no están conscientes de ello. El estrés académico es algo que enfrentan los estudiantes día con día.

## Introducción

La presente investigación trata sobre la prevalencia de bruxismo causado por estrés académico en estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León. La investigación se llevó a cabo con alumnos de las facultades de Medicina, Odontología, Salud Pública y Nutrición y Psicología, utilizando diversos parámetros para así llegar a su diagnóstico.

El término bruxismo deriva del francés "la bruxomanie", sugerido en 1907 por Martie y Pietkiewics. El bruxismo se define comúnmente como "el rechinar y movimiento de trituration de los dientes sin propósitos funcionales" (1-2).

Otra definición del Bruxismo: hábito oral que consiste en el rechinar, frotamiento o apretamiento de los dientes de manera rítmico involuntario o espasmódico afuncional, con excepción de los movimientos masticatorios de la

mandíbula, que puede conducir a trauma oclusal. –Glosario de términos de prostodoncia (3)

Un estudio realizado en la Universidad del Nordeste en Argentina identifico que una de las poblaciones que se asocia a la patología del bruxismo son los estudiantes universitarios, debido a que experimentan altos grados de estrés y ansiedad que influyen directamente con su desempeño académico y que pueden repercutir en daños severos e irreversibles a la cavidad bucal.(4)

El Estrés "constituye uno de los factores psicosociales más estudiados en la actualidad, especialmente por su reacción con la aparición de cierto tipo de enfermedades, el manejo y adaptación a situaciones difíciles y el desempeño general" (5)

Los tipos de estrés suelen ser clasificados tomando como base la fuente del estrés, en ese sentido se puede hablar del estrés amoroso y marital, del estrés sexual, del estrés familiar, del estrés por duelo, del estrés médico, del estrés ocupacional, del estrés laboral, del estrés académico, etc. (Orlandini, 1999). Con base a esa tipología y su consecuente criterio de clasificación se puede afirmar que el Estrés Académico es aquel que en sus fuentes se encuentran básicamente en el ámbito escolar. (6-7)

El estrés académico puede definirse simplemente "como aquel que se produce en relación con el ámbito educativo" (Polo et al., 1996), incluyendo tanto el experimentado por los docentes como por los estudiantes de todos los niveles del sistema educativo.(8-9)

## Material y métodos

Se evaluaron 164 estudiantes pertenecientes al Área de Ciencias de la Salud de la UANL. 32 estudiantes pertenecientes a la Facultad de Odontología, 58 de la Facultad de Medicina, 36 de la Facultad de Psicología, 20 de la Facultad de Salud Pública y Nutrición y 18 de la

Facultad de Enfermería.

La presente investigación inicio en el mes de agosto del 2014 concluyendo en el mes de octubre del mismo año. La investigación se llevó a cabo en las diferentes Facultades pertenecientes al Área de Ciencias de la Salud de la UANL, Odontología, Psicología, Medicina, Salud Pública y Nutrición y Enfermería.

Los criterios de inclusión fueron ser alumno estudiante del área de Ciencias de la Salud de la UANL, estar inscritos en el ciclo escolar Agosto-diciembre 2014, tener edad entre 18 a 23 años, ser alumno sano, querer participar en la investigación y haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de exclusión incluyen lo siguiente: tener un trabajo, tener una familia, no desear colaborar y no haber firmado el consentimiento informado. Los criterios de eliminación fueron los alumnos que no permitan la revisión clínica y los alumnos que no hayan contestado completamente las encuestas.

El objetivo general de ésta investigación fue determinar la prevalencia de bruxismo por estrés académico en estudiantes del área de ciencias de la salud de la UANL, los objetivos específicos fueron los siguientes: Identificar la prevalencia de bruxismo entre los estudiantes del área de Ciencias de la Salud, identificar la prevalencia de estrés entre los estudiantes del área de Ciencias de la Salud e identificar la relación existente entre el bruxismo y el estrés entre los estudiantes del área de Ciencias de la Salud

Tipo de estudio Descriptivo, Transversal, Observacional y Analítico. Para llevar a cabo esta investigación se les aplicó un cuestionario para determinar la presencia de bruxismo que cuenta con 17 preguntas en donde las opciones a contestar eran Si o No, posteriormente se les aplico el Inventario de Estrés Académico IEA (Polo et al., 1995) ahora conocido como Cuestionario de estrés académico de la Universidad (CEAU),(8-9) éste cuenta con 21 ítems en donde el estudiante eligió del 1 al 5 según su nivel de estrés en cada

situación presentada, siendo el 1 "nada de estrés" y 5 "mucho estrés". Posteriormente fueron sometidos a un examen clínico intraoral observacional para verificar la presencia de desgaste dental.

La base de datos se vació en un documento de Microsoft Power Point y posteriormente se utilizó el programa SPSS para la obtención de resultados.

### Resultados

El nivel más alto de bruxismo presentado en los alumnos estudiantes del Área de Ciencias de la Salud se encuentra en la Facultad de Medicina con un 37,9%, siguiendo la Facultad de Odontología, presentando un 25% de bruxismo. La Facultad de Enfermería presentó 11,1% de bruxismo, siendo este el nivel más bajo.

El 26,2% de los estudiantes del Área de Ciencias de la Salud presentó bruxismo, correspondiendo a un 73,8% quienes no presentaron. (véase tabla 1)

En la siguiente tabla se observa que las facultades que presentaron mayor estrés académico fueron la facultad de Salud Pública y Nutrición con un 80%, seguido de la Facultad de Enfermería con 61,1%. La facultad que presenta menos estrés es la Facultad de Odontología, indicando un 40,6%. La prevalencia de estrés académico en los estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la

Tabla 1. Bruxismo en estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la UANL.

Facultad	N	Bruxismo		Total
		No	Si	
FacMed	58	36	22	58
	%	62,1%	37,9%	100,0%
FaEn	18	16	2	18
	%	88,9%	11,1%	100,0%
FaPsi	36	29	7	36
	%	80,6%	19,4%	100,0%
FaSPyN	20	16	4	20
	%	80,0%	20,0%	100,0%
FO	32	24	8	32
	%	75,0%	25,0%	100,0%
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>121</b>	<b>43</b>	<b>164</b>
	%	73,8%	26,2%	100,0%

Tabla 2. Estrés académico en estudiantes del Área de Ciencias de la Salud de la UANL.

Facultad	N	Estrés		Total
		No	Si	
FacMed	58	31	27	58
	%	53,4%	46,6%	100,0%
FaEn	18	7	11	18
	%	38,9%	61,1%	100,0%
FaPsi	36	16	20	36
	%	44,4%	55,6%	100,0%
FaSPyN	20	4	16	20
	%	20,0%	80,0%	100,0%
FO	32	19	13	32
	%	59,4%	40,6%	100,0%
<b>Total</b>	<b>164</b>	<b>77</b>	<b>87</b>	<b>164</b>
	%	47,0%	53,0%	100,0%

### Discusión

Los resultados de esta investigación de acuerdo al cuestionario aplicado referente al bruxismo fueron de 26,2% alumnos que refirieron presentar signos y síntomas del bruxismo, por otra parte, 73,8% alumnos no presentaron sintomatología.

Barranca Enríquez, realizó una investigación en la Universidad Veracruzana en la cual participaron 78 universitarios en donde los resultados fueron que 65 casos presentaron bruxismo correspondiendo a un 83,3% de la población.(2) Lo cual demuestra una significativa diferencia entre los resultados de dicha inves-

tigación y la realizada en el Área Médica, ya que en nuestro punto de vista, exista una posibilidad de que ésta diferencia se deba al tipo de carga académica que puedan presentar los alumnos, así como otras responsabilidades que puedan ir incluidas en los factores que provocan el bruxismo.

Faisal María, realizó una investigación de la presencia de bruxismo en la cual participaron 319 estudiantes de la Universidad Nacional del Nordeste en Argentina, en donde los resultados obtenidos fueron los siguientes: 132 estudiantes presentaban el hábito de rechinar los dientes, correspondiendo a un 41,3%, en cambio, 187 no presentaron bruxismo, siendo un 58,6%.

Nos podemos dar cuenta que éstos resultados obtenidos por Faisal María resultaron con un alto porcentaje de presencia de bruxismo, siendo de igual manera, una diferencia significativa a los resultados obtenidos en el Área Médica de la UANL. Por la falta de información, es imposible determinar qué factores fueron los que se involucraron en esta diferencia significativa.

García-Ross, realizó una investigación sobre la evaluación de estrés académico en estudiantes de nueva incorporación a la universidad. Participaron 199 estudiantes de la Universidad de Valencia, España. En dicha investigación fue aplicado el CEAU (Cuestionario de Estrés Académico en la Universidad), en la cual los resultados obtenidos fueron que los alumnos refirieron presentar mayor estrés académico ante situaciones como "falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas" con una media de 4.19, "sobrecarga académica (excesivos créditos, trabajos obligatorios) con media de 4.05 y "exposición de trabajos en clase" presentando una media de 4.08. (8).

Los resultados obtenidos en ésta investigación coinciden con los obtenidos por García-Ross, ya que los alumnos del Área Médica refirieron presentar mayor estrés por "falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas" así también ante la situación de "sobre carga académica", por otra parte los alumnos

de la UANL contestaron que las "perspectivas profesionales futuras" era otro factor el cual les provocaba mayor nivel de estrés académico. Debemos que considerar que los alumnos participantes en dichas investigaciones, correspondían a semestres distintos, ya que García-Ross aplico el cuestionario a alumnos de nuevo ingreso y los aplicados en el Área Médica fueron alumnos de distintos semestres.

En una investigación realizada en Cuba por Román Collazo determinaron la presencia de estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de medicina, en la cual utilizaron el IEA (Inventario de Estrés Académico, Polo et al, 1996). Dando como resultado que los alumnos percibían mayor estrés académico ante una situación de "sobre carga académica" con una media de 3.7, así como "falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas" resultando una media de 3.6, y ante "realización de exámenes" con media de 3.2. (10)

Es importante destacar la relación que existe entre los resultados obtenidos de la investigación por García-Ross en España, tanto como la de Román Collazo en Cuba, así como en la nuestra, ya que los resultados son altamente similares en cuanto a las dos principales situaciones en donde el alumno universitario presenta mayor estrés académico.

## Conclusión

1. La prevalencia de bruxismo de los estudiantes del área de Ciencias de la Salud de la UANL corresponde a un 26,2% de los alumnos, la mayoría de los estudiantes no estaban conscientes de padecer bruxismo, así mismo desconocían totalmente el término bruxismo y cuáles eran las causas de su desencadenamiento.

2. La prevalencia de estrés académico de los estudiantes del área de Ciencias de la salud de la UANL corresponde a un 53,0% , más de la mitad de los estudiantes padecen de estrés académico, éste sin lugar a duda les está afectando en su vida emocional, física y de salud.

3. El 26,2 % de los estudiantes refirieron signos y síntomas bruxismo, en donde el 53.0 % de los estudiantes presento estrés académico, no existe relación ante los resultados de una y otra, sin embargo es importante encontrar cual es el motivo por que los estudiantes están presentando bruxismo, posiblemente relacionado con algún otro tipo de estrés no correspondiente al estrés académico o tal vez por alguna alteración en su mordida que produzca el desgaste y apretamiento de las piezas. Muchos de los estudiantes que presentaron estrés académico, refirieron tener algunos otros hábitos diarios como masticar chicle, fumar, morderse las uñas, estos factores pueden ser una liberación de estrés.

**Palabras claves:** bruxismo, estrés académico, estudiantes universitarios

## Referencias Bibliográficas

1. Ramfjord , Ash., Oclusión. Segunda edición. Nueva editorial Interamericana.,1972.
- 2 .Barranca-Enríquez A., Lara-Pérez E., González E., "Desgaste dental y bruxismo" Revista ADM ,2004.
3. Dawson Peter E. Oclusión Funcional: diseño de la sonrisa a partir de la ATM. Mosby Elsevier , 2009.
4. Faisal, María J., Vila, Vilma G. (2005) Estudio de la presencia de bruxismo en estudiantes universitarios. Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.
5. Fernández, Siegrist, Rodol & Hernández, 2003 en Feldman et al. 2008
6. Barraza, Macías. Características del estrés académico de los alumnos de educación media

superior. Universidad Pedagógica de Durando, 2005.

7. Orlandini Alberto (1999), El estrés, qué es y cómo evitarlo, México, FC.
8. García-Ros R., Pérez-González F., Pérez-Blasco J., Natividad L., "Evaluación del estrés académico en estudiantes de la nueva incorporación a la universidad", Universidad de Valencia, Revista Latinoamericana de Psicología 2011.
9. Hernández, J.M.; Polo, A.; Pozo. C. (1996) Inventario de Estrés Académico. Servicio de Psicología Aplicada. U.A.M
10. Román Callazo, Ortiz Rodríguez, Hernández Rodríguez, "El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina", Escuela Latinoamericana de Medicina, Cuba., Revista Iberoamericana de educación. 2008.



20 de Marzo 2015  
**Día de la Salud Bucodental**  
**¡Sonríe a la vida!**

**Asociación Dental Mexicana**

**Te invita a que participes con tu Colegio en los trabajos de servicios social.  
El tema es: El ser feliz con la salud bucal.**

**PARTICIPA!!!**

**Consulta las bases en [www.adm.org.mx](http://www.adm.org.mx)**

Organizado por:



En colaboración con:

SPONSORED BY THE MAKERS OF  
**LISTERINE**



## Instrucciones de Publicación para los Autores

**La Revista ADM Estudiantil**, es una publicación mensual que tiene como principio brindar información acerca de las actividades académicas, científicas, técnicas y de extensión, así como de servicio llevado a cabo en instituciones públicas y privadas.

*Derechos legales y criterios generales de publicación. Revista ADM Estudiantil se reserva todos los derechos de reproducción de los materiales que publica.*

El material publicado en la revista podrá reproducirse total o parcialmente siempre y cuando se cuente con la autorización expresa, extendida por escrito, del autor principal del mismo y del editor de Revista ADM Estudiantil.

Revista ADM Estudiantil acepta trabajos completos publicados previamente en forma de resumen o trabajos no publicados presentados en congresos o seminarios. Los trabajos propuestos no podrán presentarse a ninguna otra revista mientras se encuentren sometidos a la consideración de Revista ADM Estudiantil.

Los artículos firmados son de la responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de Revista ADM Estudiantil o institución alguna.

Para la aceptación o rechazo de los artículos es necesario pasar por un proceso de evaluación que incluye:

Una primera revisión, que queda en manos de los editores y en la que se determina si el trabajo se apeg a las normas de publicación de Revista ADM Estudiantil y si cumple con los criterios generales de publicación antes descritos, y una segunda revisión, que se encomienda a dos revisores que por lo general son miembros del Consejo Editorial. El dictamen final puede ser de aceptación, rechazo o aceptación condicionada a modificaciones sugeridas por los revisores.

Toda decisión se comunica al autor por escrito en un plazo de uno a dos meses a partir de la fecha en que se recibe el original.

### ■ Criterios Específicos y Proceso de Selección.

Revista ADM Estudiantil publica únicamente artículos sobre estomatología y ciencias afines, y como criterios de selección utiliza la solidez científica del trabajo, la originalidad, actualidad y oportunidad de la información.

### ■ Contenido de Revista ADM Estudiantil

El material enviado se publica en forma de:

- Artículos originales.
- Reseñas bibliográficas.
- Reporte de casos clínicos.
- Ensayos.

Presentación de productos, eventos, congresos, seminarios y conferencias.

**1) Artículos originales.** Aquí se incluyen básicamente informes de investigaciones originales y revisiones críticas y bibliográficas. Los informes de investigación seguirán la siguiente secuencia: resumen, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión. Puede incluir resúmenes en español e inglés, así como palabras clave

**2) Reseñas bibliográficas.** Son comentarios profundos de un tema de actualidad sobre la producción reciente en estomatología y áreas afines, consta de las siguientes secciones: resumen, introducción, desarrollo y conclusiones. Se puede agregar resumen en inglés.

**3) Reporte de casos clínicos.** En estos trabajos se presentan las secciones: resumen, introducción, presentación del caso clínico, discusión y referencias bibliográficas.

**4) Ensayos.** Esta es una sección de análisis y reflexión de carácter analítico, consta de: introducción, desarrollo, conclusiones y referencias bibliográficas en forma breve o ninguna.

## Presentación

Todo artículo que desee ser considerado para publicación en Revista ADM Estudiantil deberá enviarse al editor general de la misma.

Se aceptarán aquellos trabajos que, además de resultar de interés por su calidad y estilo, no hayan sido publicados, total o parcialmente, ni estén bajo arbitraje en otra revista, podrá extenderse hasta un máximo de 15 páginas.

- Página de la portada
- Título, deberá describir el contenido de forma específica, breve y concisa, no exceder de 10 a 15 palabras.
- Listado de autores en el orden de contribución, señalando el grado más alto obtenido.
- Resúmenes y palabras clave.

La segunda página incluirá un resumen de no más de 150 palabras, donde se indiquen los objetivos de la investigación, los materiales y métodos utilizados (observacional, prolectivo, transversal, descriptivo, aleatorio, retrospectivo), los principales hallazgos y un concentrado de las conclusiones a las que llegaron. También se presentarán de tres a seis palabras clave que rápidamente permitan identificar el tema del artículo.

## Texto

Cada trabajo se conforma de manera particular siguiendo un esquema general por secciones perfectamente diferenciadas.

**1) Introducción.** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el estudio a través de una exhaustiva revisión documental.

**2) Material y métodos.** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección del material experimental utilizado. Todo procedimiento efectuado en seres humanos deberá ajustarse a las normas éticas sobre experimentación humana de la Declaración de Helsinki, revisión 1983, no usar nombres, iniciales ni número de historia clínica. Los fármacos y productos dentales utilizados, incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración, deberán identificarse, así como equipos, procedimientos, análisis matemático y pruebas estadísticas empleadas.

**3) Resultados.** Se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto; aquí sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros no deberá ser mayor al 50% del número de páginas del texto.

**4) Discusión.** Aquí se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del estudio. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros estudios similares. Es en la única parte que se aceptan comentarios subjetivos. Se exponen consideraciones al desarrollo del trabajo, incidentes relevantes y consideraciones metodológicas.

**5) Conclusiones.** Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas por los resultados de la investigación que se presenta. Es importante limitarse a exponer las conclusiones derivadas del estudio.

**6) Referencias.** Estas son esenciales para identificar las fuentes originales de conceptos, métodos y técnicas provenientes de investigaciones, estudios y experiencias anteriores, apoyar los hechos y opiniones expresados por el autor, y orientar al lector con mayor detalle sobre los aspectos del contenido del documento.

Las referencias bibliográficas se presentarán en hojas por separado y se ordenarán numéricamente de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto con excepción de los artículos de revisión bibliográfica. Odontología Actual requiere de 10 a 20 referencias bibliográficas pertinentes y actualizadas. Las referencias deberán ajustarse a las normas adoptadas por la U.S. National Library y por el Index Medicus.

## Artículos de Revista

- Apellido (s) e inicial (es) del nombre de los autores, seguido de punto. Mencionar todos los autores cuando sean seis o menos, cuando sean siete o más señale sólo los tres primeros y añada "y col".
- Título del artículo, utilizando mayúscula sólo para la primera letra de la palabra inicial, seguido de punto.
- Abreviatura de la revista en cursivas como

indica el Index Medicus o el American National Standards Institute, entre las siglas no se colocará punto, así como al final.

- Año de la publicación, seguido de punto y coma.
- Volumen, en número arábigo, seguido de dos puntos.
- Número de las páginas inicial y final, separados por un guión.

Ejemplo: Alvarez de la Torre M, Ibarra González J. Incidencia de caries en población infantil. Dental a 2004;25:4962

## Libros y Monografía

1. Apellido (s) e inicial (es) del nombre del o de los autores (o editores, compiladores, etc.) seguido de punto.
2. Título del libro, utilizando sólo mayúscula en la letra inicial, seguido de punto.
3. Número de la edición, sólo si no es la primera, seguido de punto.
4. Ciudad donde fue publicada, seguida de coma, país seguido de dos puntos.
5. Nombre de la editorial seguido de coma.
6. Año de la publicación (última edición si hay más) seguido de dos puntos.
7. Número del volumen si hay más de uno, antecedido de la abreviatura "vol", seguido de dos puntos.
8. Número de página, indicar la primera y última seguida de un guión.

Ejemplo:

Bernal RE, Morán VA, Nelson WE. Tratado de pediatría bucal. 3 ed. Madrid, España: Salvat, 1992; vol. 3:352 401.

## Capítulos de Libro

Bernal RE, Morán VA, Nelson WE. Terapia pulpar infantil. En: Tratado de pediatría bucal. Y ed. Madrid, España: Salvat, 1992, vol.3:45 69.

## Cuadros y Tablas

- Se deben de usar para presentar información esencial de tipo repetitivo en términos de variables, características o atributos en una forma fácilmente comprensible para el lector. Deben explicarse por sí mismos y complementar, más no duplicar el texto.

- El material que aparecerá en forma de cuadros y/o tablas deberá presentarse a doble espacio y dentro del texto. Se ordenarán utilizando números romanos de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto.

- Todo cuadro y/o tabla deberá estar compuesto por un título breve y conciso, columnas con encabezados, cuadros sin líneas de división y fuentes.

- Todos los cuadros deberán estar en formato de texto, de tal forma que puedan ser editables por cualquier programa de edición de textos ya sea word o RTF. No se admiten tablas o cuadros en formato de imagen de ninguna especie. Todas las tablas deberán poder ser editadas en un procesador de textos como word y dentro del cuerpo del texto.

## Ilustraciones

- Las ilustraciones (fotografías, diagramas, radiografías, dibujos lineales) se utilizan para destacar tendencias e ilustrar comparaciones en forma clara y exacta. Se ordenarán con números arábigos de acuerdo con su secuencia de aparición. Todas las figuras deberán estar perfectamente identificadas. Sus títulos serán tan concisos como sea posible, pero al mismo tiempo explícito; asimismo se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación.

- Los pies de página deben de ir en el cuerpo de texto al final o en un archivo de texto por separado evitar que el pie de foto, figura o imagen vaya pegado a la misma.

- Las imágenes deben estar en archivos separados y referenciadas dentro del texto en formato jpg o tif y tener una resolución mínima de 300 DPI o de 5 megapíxeles. No se admiten Archivos como Word, power point o Excel para el envío de imágenes o gráficas.

## Envío de Trabajo

El trabajo se enviará por correo electrónico a la atención del Director Editorial de la Revista ADM Estudiantil, Dr. Peniche Marcín Rolando, o a Editorial Odontología Actua, Blvd. Adolfo López Mateos No. 1384 Col. Santa María Nonoalco C.P. 03700 México D.F. Por correo electrónico a rolando.peniche@anahuac.mx Se dará una constancia de su recepción, tomando un tiempo para su análisis y posterior asesoramiento por el Comité Editorial. El informe de la aceptación para el o los autores se podrá solicitar en la redacción de la revista, estando condicionada su publicación a las necesidades y situaciones particulares por las que atraviese la revista. A requerimiento del autor(es) el director de la revista podrá extender una constancia de su aceptación y/o publicación posterior del trabajo.