

10.5377/rceucs.v12i1.22509

**Resina Compuesta como tratamiento mínimamente invasivo en paciente con alteración en guía anterior por atrición*****Composite resin as treatment minimally invasive in a patient with alteration in anterior guidance due to attrition.***

\* Cesar E Ramirez Cortez

**RESUMEN:**

El desgaste dental es la pérdida de tejido duro de etiología múltiple, puede deberse a factores funcionales o parafuncionales, a nivel de bordes incisales y cúspides. Conociendo los factores causantes y la forma de clasificación se debe tomar en cuenta que puede resultar en la pérdida de dimensión vertical de la oclusión (DVO), sensibilidad dental y disminución de la calidad de vida de los dientes. Ejecutamos un protocolo clínico simplificado en tratamiento de restauraciones mínimamente invasivas con resinas compuestas en dientes anterosuperiores atricionados de forma patológica, en un paciente masculino de 26 años de edad, que refirió apretar los dientes en periodo de sueño, afirmó estar constantemente bajo estrés sin causa justificable, sin presencia de ninguna enfermedad sistémica. Al realizar examen extraoral no se observó asimetría facial. Al examen intraoral se observó la presencia de facetas de desgaste dental patológico tipo I, con facetas de desgaste a nivel de bordes incisales y cúspide. Se le realizó rehabilitación mediante resina compuesta directa, para devolver la estética-función tratando de restablecer la dimensión vertical, brindándole la anatomía natural de los dientes. métodos, técnicas y materiales, limitándose tan solo a una preparación del esmalte periférico, próximo al área de atrición. La selección de técnica y materiales se realizaron en base a las posibilidades del paciente, tanto funcionales, estéticas como económicas.

**PALABRAS CLAVE**

Atrición dental, bruxismo, resinas compuestas.

**ABSTRACT**

Dental wear is the loss of hard tissue of multiple etiologies; it may be due to functional or parafunctional factors, at the level of incisal edges and cusps. Knowing the causative factors and the way of classification, it must be taken into account that it can result in the loss of vertical dimension of occlusion (VDO), dental sensitivity and decreased quality of teeth life. We executed a simplified clinical protocol in the treatment of minimally invasive restorations with composite resins in pathologically attrited upper anterior teeth, in a 26-year-old male patient, who reports clenching his teeth during sleep, and claims to be

---

\*Doctor en Cirugía Dental, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula (UNAH-VS)

emma.rc28@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-4863-0875>

Recibido: 24 de agosto 2022 Aprobado: 28 de mayo 2024

constantly under stress without justifiable cause, without the presence of any systemic disease. During the extraoral examination, no facial asymmetry was observed. During the intraoral examination, the presence of type I pathological dental wear facets was observed, which presents wear facets at the incisal edges and cusp. Rehabilitation was carried out using direct composite resins, to restore aesthetics-function, trying to restore the vertical dimension, providing the natural anatomy of the teeth. In conclusion, the rehabilitation of teeth with wear can be carried out using different methods, techniques and materials, limited only to a preparation of the peripheral enamel, close to the attrition area. The selection of technique and materials was made based on the patient's possibilities, both functional, aesthetic and economic. technique and materials was made based on the patient's possibilities, both functional, aesthetic and economic.

## KEYWORDS

Tooth Attrition, bruxism, composite resins.

## INTRODUCCIÓN

El desgaste dental es una condición multifactorial, irreversible y no cariosa, esta se puede dividir en tres subtipos: desgaste mecánico (atrición y abrasión), desgaste químico (erosión) y como resultado de la función o parafunción debido al contacto diente con diente (bruxismo). Se ha reportado que la pérdida de tejido dental es alrededor de 40 micrómetros por año, lo cual se considera normal. <sup>(1-4)</sup>

El bruxismo es considerado una parafunción de gran trascendencia clínica, en la actualidad no existe una definición certera y concisa que le identifique y clasifique. Expertos establecieron que, es una actividad repetitiva de los músculos asociados a la masticación, caracterizada por apretamiento o rechinar de los dientes, pudiendo estar acompañada de trabazón y deslizamiento de mandíbula. El bruxismo tiene dos distintas manifestaciones circadianas: puede ocurrir durante el sueño (bruxismo nocturno o del sueño) o durante la vigilia (bruxismo diurno o en vigilia). <sup>(2,3,5)</sup>

Por definición, un hábito es la facilidad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad, pudiendo ser «activado» o «desactivado» a voluntad, siendo este último término posiblemente aplicable para el bruxismo en vigilia, pero no para el bruxismo del sueño, debido a la incapacidad de controlar las actividades músculo-mandibulares durante el sueño. <sup>(6)</sup>

El patrón de desgaste es más común en dientes anteriores. En ocasiones pueden presentarse lesiones en el margen gingival provocando una segunda lesión abfracción. <sup>(3,7)</sup>

La fuerza tensional que se genera al apretar los dientes ocasiona presión sobre los músculos, los tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula y esto puede causar trastornos temporomandibulares (TTM), dolor, inflamación, cefaleas, dolor de oídos, lesiones en los dientes y otros problemas. El rechinamiento puede provocar desgaste dental y sonidos oclusales audibles de trituración no funcional. <sup>(8)</sup>

La etiología del trastorno puede ser causada por diferentes factores fisiológicos y/o psicosociales con capacidad de exacerbar el proceso. Hoy, la salud mental juega un papel dominante en la patogénesis de TTM. Laskin, en 1969, comenzó a defender la etiología de los TTM, otorgando especial relevancia al estrés y al estado psicológico. <sup>(9)</sup> Los resultados del estudio de Cobos y colaboradores en el 2017 indicaron que la frecuencia de TTM en los pacientes bruxópatas estudiados fue alta, con más de la mitad de los afectados, de 49 pacientes bruxópatas diagnosticados, 30 presentaron TTM. Lo que nos indica que una persona bruxópata puede llegar a presentar problemas en ATM. <sup>(8)</sup>

El desgaste representa un problema funcional irreversible para el sistema estomatognático. Esta alteración afecta consecuentemente, la estabilidad oclusal, la protección mutua, la función y la estética de las guías anteriores. <sup>(1)</sup>

Hugosson y colaboradores nos brindan criterios para el diagnóstico incisal y oclusal, y los define; 0: ausencia de desgaste del esmalte clínicamente visible, 1: desgaste del esmalte hasta la exposición de dentina en un único punto, 2: desgaste de dentina hasta 1/3 de la altura de la corona clínica, 3: desgaste de la dentina mayor que 1/3 de la altura de la corona clínica. <sup>(1)</sup>

El reporte de caso tiene como objetivo la descripción de un protocolo clínico simplificado, de un tratamiento en restauraciones mínimamente invasivas con resinas compuestas en dientes anterosuperiores que presentan facetas de desgaste en bordes incisales por atrición de forma patológica.

Caso clínico Paciente de 26 años, género masculino, deportista, busca atención odontológica en clínica dental en El Centro integral de Salud El Porvenir, Atlántida, por presencia de dientes desgastados y alteración de la apariencia estética de su sonrisa. El paciente refirió que apretaba los dientes en periodo de sueño, afirmó estar constantemente bajo estrés sin causa justificable, paciente refirió no padecer ninguna enfermedad sistémica o tomar algún tipo de medicamento.

Al realizar examen extraoral no se observó asimetría facial. Al examen intraoral se observó la presencia de facetas de desgaste dental patológico tipo I en dientes: canino superior derecho (1.3), incisivo lateral superior derecho (1.2), incisivo central superior

derecho (1.1), incisivo central superior izquierdo (2.1), incisivo lateral superior izquierdo (2.2), canino superior izquierdo (2.3), sin pérdida de dimensión vertical de oclusión (Imagen N. 1), al análisis oclusal el paciente no presentaba guía canina funcional derecha e izquierda, por presencia de facetas de desgaste en cúspides, superiores e inferiores, movimiento de lateralidad normal, sin presencia de guía incisiva. Se le diagnosticó bruxismo del sueño Primario patológico.

Inicialmente fueron elaborados modelos de estudio y de trabajo, se vaciaron con yeso piedra tipo III, donde se planificaron y proyectaron las nuevas alturas, formas y contornos de los dientes anteriores desgastados, con base en el análisis de la oclusión, de la fonética y de la relación dentolabial, así como de las proporciones estéticas (alto/ancho). Por medio de encerado diagnóstico, que predice el resultado, es decir permite la visión del tratamiento, siendo de suma importancia para satisfacer la demanda estética por parte del paciente. Se confeccionó una matriz-guía con la ayuda de polivinilsiloxano pesado. (ver imagen N°.1)

**Imagen N°1: Confección de matriz elaborada con encerado diagnóstico.**



Se observa, a: lesión en 1.2, 1.3. b: fotografía frontal intraoral. c: guía matriz elaborada a partir de un encerado diagnóstico con polivinilsiloxano pesado. Múltiples lesiones de atrición por bruxismo nocturno

Se inició la etapa restauradora, se realizó un aislamiento relativo por incomodidad del paciente al aislamiento absoluto, se preparó la superficie dentaria con instrumentos tales como fresas de puntas diamantadas de grano medio (color azul), se biseló el margen cavo superficial de los desgastes provocados por atrición para incrementar la fuerza de unión de las resinas compuestas al esmalte acondicionado, posibilitando la exposición de los prismas del esmalte transversalmente para un mejor sellado marginal. Se utilizó Politetrafluoroetileno (teflón) y banda celuloide, por cara mesial y distal. (véase imagen N°2 a)

El acondicionamiento de las cavidades se realizó con clorhexidina al 2% durante un minuto, como desinfección y un inhibidor no específico de metaloproteinasas de matriz asociadas a la dentina, debido a que reduce la degradación del adhesivo por las mismas, incrementando la durabilidad adhesiva del material restaurador.

Luego, se aplicó ácido fosfórico al 37%, durante 20 segundos, lavando con abundante agua y luego se procede a secar, después fue aplicado el sistema adhesivo universal de 1 paso, frotando por 20 segundos y secado, para posteriormente fotopolimerizar por 20 segundos.

En este caso se utilizó la técnica directa con ayuda de una guía palatina de matriz de polivinilsiloxano. La mayor ventaja de utilizar una guía palatina de silicona es la posibilidad de lograr una adecuada reconstrucción anatómica de las paredes incisal, proximal y palatina según la técnica de incremento por capas, utilizando resina A2 y A1 en bordes incisales. La aplicación se realizó directamente sobre la guía de silicona, mediante una porción de un grosor de aproximadamente de 0.3 mm, con la finalidad de establecer el contorno palatino y la nueva altura de los bordes incisales. Una vez adaptada la guía, el material restaurador fue fotopolimerizado durante 20 segundos, tiempo recomendado para cada incremento. (Ver imagen N. 2

**Imagen N°.2: Proceso de restauración**



Se observa, a: uso de banda matriz y politetrafluoroetileno. b: fotopolimerización de la resina, siguiendo el parámetro estructurado por capas. c: finalización de la reconstrucción del borde incisal y cúspide en primer cuadrante.

Concluido el procedimiento restaurador se realizó el ajuste en oclusión céntrica y excéntrica, y un protocolo de pulido. Primeramente, se eliminó puntos de contactos oclusales con una fresa diamantada de granulación media, en alta velocidad hasta establecer una serie de contactos puntuales verificando que no se observe desvío anterior de la mandíbula.

En seguida, se efectuó el acabado y pulido de las restauraciones (superficies vestibulares y palatinas) con fresa de grano fino y extrafino (color amarillo y blanco), gomas abrasivas,

discos soflex, a fin de reproducir la microanatomía de la superficie dental. El proceso de pulido se inició con una fresa de pulido forma de llama color blanco en la superficie lingual, en vestibular se inició con una fresa troncocónica de grano fino con alta velocidad, culminando con discos soflex de baja velocidad. Se finaliza el procedimiento con la aplicación de pasta de pulido prisma gloss (dentsply) en la superficie de la restauración. (Ver imagen N°.3)

**Imagen N°.3:** Acabado y pulido de restauraciones.



Se observa, pulido con disco soflex con baja velocidad. b: pulido con pasta de pulido. c: restauraciones finalizadas cuadrante 1. d: fotografía oclusal intraoral final.

Al terminar el tratamiento se le recomendó al paciente el uso de una guarda oclusal miorelajante. A los 6 meses después del tratamiento el paciente presentó la pérdida de 2 restauraciones a nivel de pieza 1,3, 2,2, por la falta de uso de la guarda oclusal.

## DISCUSIÓN

La apariencia dental contribuye primordialmente en el aspecto facial de una persona, que, en presencia de alteraciones estéticas, el sujeto pueda percibir influyendo en una notable repercusión en la personalidad y autoestima del individuo. La estética dental con el paso del tiempo ha ido evolucionando, convirtiéndose en uno de los retos de la odontología actual.

Se introduce la odontología mínimamente invasiva (OMI), desestimando el enfoque de Black 1908 “extensión para la prevención. Para 1970, la odontología se centra en la OMI, evaluación del riesgo de caries, detección temprana de caries, remineralización de la estructura dental, y la preservación de la estructura dental. El proceso de intervención se caracteriza por ser mínima y enfatiza el uso de materiales de restauración adhesivos para mermar la dimensión de la preparación de la cavidad. <sup>(10)</sup> En el caso presentado el paciente presentaba facetas de desgaste a nivel de bordes incisales, por esa razón se le realizó un pequeño bisel en el margen cavo superficial para incrementar la fuerza de unión y brindar mayor adaptación al material restaurador.

La evolución de los adhesivos, juega un papel muy importante en la actualidad, junto con incorporación del uso de la clorhexidina al 2%, que proporciona mayor resistencia en los procesos de adhesión, prolonga la degradación de las fibras colágenas de la capa híbrida, pues aumenta la posibilidad de que una restauración tenga mejor fijación sobre la dentina.

(11)

Cherian y colaboradores, lograron evidenciar que durante el proceso de adhesión se produce la formación de la capa híbrida, constituida por colágeno desmineralizado, infiltrado por el adhesivo de la resina compuesta. Se ha atribuido la responsabilidad de la pérdida de fuerza y durabilidad de los adhesivos a la degradación de esta capa por acción de las metaloproteinasas. Un inhibidor es la clorhexidina; se ha observado que esta retarda la degradación de la capa híbrida, mejorando el proceso de adhesión. En la misma línea, se han demostrado valores de resistencia a la tracción de restauraciones de resina compuesta, realizadas en dientes tratados con desinfección con clorhexidina, los cuales son significativamente mayores que en dientes no tratados. (11)

La reparación de las restauraciones de resina compuesta es otro asunto importante, que está siendo investigado en diversos estudios. A pesar de que las revisiones mostraron una deficiencia en las pruebas aleatorias sobre reparación de resina compuesta, en recientes estudios de dos a tres años de control se han mostrado buenos resultados con respecto al resellado de defectos marginales. Estudios recientes describen un control de siete años y confirma el éxito de las técnicas directas de intervención conservadora. Adicionalmente, Hemmings y col. reportaron que el uso de resinas compuestas en restauraciones directas es una muy buena opción para el tratamiento de dientes anteriores desgastados, observando en un total de 104 restauraciones, una tasa promedio de longevidad de 30 meses, correspondiente al 89.4%. (1)

Una restauración directa se basa en la colocación progresiva de capas de resina compuesta, de tal manera que, tanto en su aplicación como en el resultado final, se logre imitar en apariencia al diente natural de una manera muy precisa. Autores como Dietschi, Vanini y Baratieri son precursores de esta técnica, la cual es conocida en inglés como natural layering technique. Para realizar una restauración basada en estratificación por capas contamos actualmente con dos métodos: el primero consiste en apoyarse en una pared muy delgada de resina compuesta, que se logra mediante la ayuda de una matriz, guía o llave confeccionada frecuentemente con polivinilsiloxanos de alta viscosidad, generando así una reconstrucción desde palatino hacia vestibular. El otro método consistirá en estratificar la resina sobre el órgano dental sin un soporte palatino, es decir, una estratificación tridimensional de capas a mano alzada. (12) Se planificó el tratamiento mediante la creación modelos diagnósticos que se realizaron a partir de impresiones

dentales con silicona para copiar a detalle la morfología dental, a dichos modelos de yeso se les elaboró un encerado diagnóstico, con el objetivo de lograr una rehabilitación mucho más fácil con el uso de una guía palatina, que brinda una buena estrategia clínica durante la restauración, ya que nos permite orientar los límites, en el espacio vestibular y palatino de los bordes incisales a restaurar.

Al tratarse de materiales cuya retención se obtiene por técnica adhesiva y no depende de un diseño cavitario, no debemos olvidar que son materiales muy sensibles a la técnica, por lo que deberán controlarse diversos aspectos esenciales para obtener resultados clínicos satisfactorios: una correcta indicación, un buen aislamiento, la selección de la resina compuesta para cada situación, el uso de un buen procedimiento de unión a los tejidos dentales y una correcta polimerización. <sup>(12)</sup>

La selección de técnica y material escogidos para este caso se hizo en base a las posibilidades de la paciente, tanto funcionales y estéticas como económicas. Ya que el aspecto económico en la relación con el paciente y la elección del plan de tratamiento es un punto de quiebre en el que el odontólogo debe ser flexible y ofrecer alternativas que satisfagan a ambas partes. <sup>(3)</sup>

La longevidad de las restauraciones directas de resina compuesta en dientes anteriores ha sido probada en múltiples estudios, siendo una alternativa poco onerosa, funcional y mínimamente invasiva para el manejo de denticiones severamente gastadas. <sup>(13)</sup>

Es importante tener muy en cuenta los factores etiológicos (alimentación, malos hábitos, maloclusión, etc.) que llevan a la necesidad de realizar una restauración, ya que estarán directamente involucrados en la supervivencia y conservación de la integridad de las restauraciones. <sup>(12)</sup> En el caso presentado, el factor etiológico del paciente fue el estrés, lo cual le provocaba movimientos involuntarios nocturnos desarrollándose atrición dental. La supervivencia de las restauraciones realizadas depende mucho del paciente, en tratar principalmente el factor etiológico.

En el caso presentado, es impredecible el uso nocturno de una placa oclusal (guarda oclusal miorelajante) por un tiempo de seis meses. Debido a que el mecanismo de acción de la placa no está científicamente definido e inclusive su indicación aún genera controversia, a pesar de otros autores resaltan su ayuda en la reducción de la actividad parafuncional, la actividad muscular, el dolor miofacial y sobre todo, en la redistribución de la carga sobre el sistema masticatorio. Probablemente, el papel de este dispositivo está dirigido únicamente a proteger los dientes contra el desgaste dental, sin disminuir o agravar la actividad del bruxismo. <sup>(1)</sup>

Es importante considerar otros tipos de tratamientos, como la psicoterapia, la meditación, el biofeedback y los ejercicios de relajación para controlar la tensión. Así como también la medicina física (programa de tonificación cardiovascular, acupuntura y masajes) y otras alternativas que pueden llevar a mejorar la calidad de vida de los pacientes, a fin de obtener éxito a largo plazo de los tratamientos realizados. <sup>(1)</sup> Se le refirió al paciente diferentes alternativas de cómo poder tratar el estrés y mantener un estado de relajación más controlado, se le recomendó la meditación guiada antes de dormir; pero, el paciente no se adaptó a realizarlos, así como tampoco usó la guarda oclusal, perdiendo dos restauraciones 6 meses después.

Férula miorelajante o Tipo Michigan: es la férula de más amplia utilización, ya que posee pocas contraindicaciones y es efectiva en el tratamiento de casi todos los tipos de disfunción muscular, así como para pacientes que sufren mayor mente de bruxismo. Se trata de una férula construida en acrílico transparente maxilar, ya que es en esta arcada donde suele ser más estética y más estable, que se adapta a las superficies de los dientes que se utiliza comúnmente para el tratamiento de los trastornos temporomandibulares. <sup>(14)</sup>

## **CONCLUSIÓN**

La rehabilitación se realizó en base a las posibilidades del paciente, tanto funcionales, estéticas como económicas, así como las posibilidades que brindaba el centro integral de salud. La odontología adhesiva y un manejo preciso de los fundamentos de la oclusión permiten proponer nuevas opciones de tratamiento, con el mínimo costo biológico, de tiempo y económico. Se debe tomar en cuenta citas de control, ya que la presencia de las lesiones de atrición va más allá de lo natural, involucrándose la parte conductual y de hábitos del paciente, haciendo hincapié en el uso diario de la guarda oclusal y manejos de estrés, para protección de las restauraciones realizadas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Pontons-Melo J.C., Hirata R., Vargas R., Henostroza G., Mondelli J. ODONTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL DESGASTE DENTAL. Rev Cient Odontol. 2016 [citado 10 de mayo 2022]; 4(1): p. 476-485. DOI: <https://doi.org/10.21142/2523-2754-0401-2016-476-485>
2. Ramirez Cortez C. E., Dubón Vásquez S, Madrid Castro M. A., Sánchez Rivera I.M. Lesiones dentales no cariosas: etiología y diagnóstico clínico. Revisión de literatura. Rev Cient De La Escuela Universitaria De Las Ciencias De La Salud. 2020 [citado 10 junio 2022]; 7(1): p. 42-55. DOI: <https://doi.org/10.5377/rcs.v7i1.10948>

3. Loza Jarama D. O., Gonzabay Bravo E. M., Rosero Mendoza J. I., Zambrano Pico J, L. . Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal. Dom Cien. 2017[citado 12 junio 2022]; 3(2): p. 449-477. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325871>
4. Gonzales Soto E. M., Midobuche Pozos E. O., Castellanos J. L. Bruxismo y desgaste dental. Rev ADM. 2015[citado 14 junio 2022]; 72(2): p. 92-98. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152g.pdf>.
5. Sawlani K., Lawson N, Burgess J, Lemons J. E., Kinderknecht K. E., Givan Daniel A., et al. Factors influencing the progression of noncarious cervical lesions: A 5-year prospective clinical evaluation. J Prosthet Dent. 2016[citado 13 junio 2022]; 115(5): p. 571-577. DOI: 10.1016/j.prosdent.2015.10.021.
6. Fuentes Casanova F. A. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Rev. ADM. 2018[citado 14 junio 2022]; 75(4): p. 180-186. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od184c.pdf#:~:text=Este%20art%C3%ADculo%20es%20una%20revisi%C3%B3n%20de%20la%20literatura,explican%20m%C3%A1s%20all%C3%A1%20de%20su%20efecto%20perif%C3%A9rico%20evidente.>
7. Domínguez Díaz D., López Flores A. I. REHABILITACIÓN BIOADITIVA CON RESINAS COMPUESTAS EN DESGASTE SEVERO: REPORTE DE CASO. Rev Cient Odontol (Lima. 2019[citado 13 junio 2022]; 7(2): p. 134-140. DOI: 10.21142/2523-2754-0702-2019-134-140.
8. Cobos Castro I. Gutierrez Segura M., Montero Sera E, Zamora Guevara N. Trastornos temporomandibulares en pacientes bruxópatas, trabajadores de estomatología de Mayarí. CCM. 2017[citado 20 junio 2022]; 21(3): p. 734-747. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000300011&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300011&lng=es)
9. Gómez Rodríguez C. L. Pacheco Rubio G., Morales Valdez D. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en pacientes psicógenos: presentación de caso clínico. Rev. ADM. 2018[citado 25 junio 2022]; 75(4): p. 237-242. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od184j.pdf>

10. Chuqui Dominguez J. Espinoza Toral E. Tamariz Ordoñez P. Odontología mínimamente invasiva en el tratamiento de caries dental: revisión de la literatura. *Research, Society and Development*. 2022; [citado 3 octubre 2023]; 11(11): p. 1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33590>
11. Utria Hoyos J. Perez Perez E., Rebolledo Cobos M., Vargas Barreto A. CARACTERÍSTICAS DE LAS SOLUCIONES DE CLORHEXIDINA AL 2% Y AL 0,2% EN PREPARACIONES CAVITARIAS EN ODONTOLOGÍA: UNA REVISIÓN. *Duazary*. 2018[citado 18 junio 2022]; 15(2): p. 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2103>
12. Armentia Escarrega J. Uso de guía palatina en la restauración directa con resina de dientes anteriores: reporte de un caso. *Rev Invest Clin Odonto*. 2022[citado 20 junio 2022]; 2(1): p. 23-27. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=116531>
13. Hidalgo Lostaunau R. C. Tratamiento Rehabilitador Estético-Oclusal con Resinas Compuestas en una Paciente con Mordida Profunda y Desgaste Severo. *Int. J. Odontostomat*. 2020[citado 14 junio 2022]; 14(1): p. 73-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2020000100073>
14. Castañeda Deroncele M. Ramon Jimenez R. Uso de ferulas oclusales en pacientes con trastornos temporomandibulares. *MEDISAN*. 2016[citado 25 junio 2022]; 20(4): p. 530-543. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445189014.pdf>