



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE
OCCLUSIÓN COLAPSADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA DEL AÑO 2017 AL 2022**

FREQUENCY AND DISTRIBUTION OF THE DIAGNOSTICS OF
COLLAPSED OCCLUSION IN PATIENTS ATTENDED AT THE
TEACHING DENTAL CENTER OF THE “UNIVERSIDAD
PERUANA CAYETANO HEREDIA” FROM 2017 TO 2022

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

Autor:

Danny Michael Acosta Palomino

Asesor:

Dr. Mg. Esp. Edinson Antonio Diaz Sarabia

Lima – Perú

2023

JURADO EXAMINADOR

Presidente: Jose Antonio Balarezo Razzeto

Vocal: Carlos Alberto Paz Mayuri

Secretario: Pablo Armando Chavez Alayo

Fecha de Sustentación: 15 de Agosto del 2023

Calificación: Aprobado

ASESOR DE LA TESIS

Dr. Mg. Esp. Edinson Antonio Diaz Sarabia

Departamento Académico de Clínica Estomatología

ORCID: 0000-0001-9740-4332

DEDICATORIA

A mis padres por su constante apoyo, así como a mi asesor por su estima, cariño y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Mg. Antonio Díaz, Docente del Departamento de la Clínica Estomatológica, Sección de Oclusión, Área de Rehabilitación Oral de la Facultad de Estomatología de la UPCH, por todo el apoyo brindado en la elaboración, seguimiento y procesamiento de nuestra investigación.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener conflictos de interés.

FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE OCLUSIÓN COLAPSADA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA DEL AÑO 2017 AL 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	issuu.com Fuente de Internet	2%
3	reportedental.com Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	edoc.pub Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%

pesquisa.bvsalud.org

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIÓN	3
IV. MARCO TEÓRICO	4
V. OBJETIVOS	11
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	12
VII. RESULTADOS	15
VIII. DISCUSIÓN	17
IX. CONCLUSIONES	19
X. BIBLIOGRAFÍA	21
XI. TABLAS	24

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia y distribución de pacientes con diagnóstico de Oclusión Colapsada atendidos en el Centro Dental Docente de la UPCH desde el año 2017 al 2022. **Materiales y métodos:** El modelo de estudio de investigación fue descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal, también se optó por utilizar las variables: Diagnóstico de OC, edad, sexo, sede y año de estudio del operador. **Resultados:** Se revisaron 49 593 historias clínicas virtuales, de las que se obtuvo 95 HC virtuales con diagnóstico de OC y bajo los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo 26 HC virtuales como muestra, donde la frecuencia y distribución de pacientes 50,0% (n = 13) fue mayor en el 2022, el promedio de edad fue de 69.5 con una cantidad de pacientes femeninos 65.4%(n=17) y masculinos 34.6%(n=9). La mayor cantidad de casos diagnosticados se dio en la Sede de SMP con 84,6%(n=22). Los operadores de pregrado son los que realizaron la mayor cantidad de diagnósticos con un 84.6%(n=22). Se encontró pérdida de soporte posterior 100%(n=26), disminución de la dimensión vertical 100%(n=26), ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa) 100%(n=26). **Conclusiones:** Existen 26 casos con Diagnóstico de OC, y la frecuencia de asistencia de pacientes aumento en el 2022, con una mayor frecuencia de casos de pacientes femeninos entre las edades de 60 y 69. Los estudiantes de Pregrado atendieron la mayor cantidad de casos diagnosticados. La Sede de SMP es donde se realizaron la mayor cantidad de casos diagnosticados.

Palabras claves: Oclusión Colapsada (OC).

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency and distribution of patients with a diagnosis of OC treated at the UPCH teaching Dental Center from the year 2017 to 2022.

Methods and Materials: The research study model was descriptive, retrospective, observational, and transversal, it was also decided to use the variables: Diagnosis of Collapsed Occlusion, age, sex, campus, and year of study of the operator.

Results: 49,593 virtual clinical histories were reviewed, of which 95 virtual HCs were obtained with a diagnosis of OC and under the inclusion and exclusion criteria, 26 virtual HCs were obtained as a sample, where the frequency and distribution of patients 50.0% (n = 13) was higher in 2022, the mean age was 69.5 with a number of female patients 65.4%(n=17) and male patients 34.6%(n=9). The largest number of cases diagnosed occurred at the SMP headquarters with 86.6%(n=22). Undergraduate operators are the ones that made the greatest number of diagnoses with 84.6%(n=22). Loss of posterior support was found at 100%(n=26), a decrease in the vertical dimension at 100%(n=26), and absence of dental contact (dental contact with mucosa or without tooth contact with mucosa) at 100%(n=26).

Conclusion: There are 26 cases with a Diagnosis of OC, and the frequency of patient attendance increased in 2022, with a higher frequency of cases of female patients between the ages of 60 and 69. Undergraduate students attended the largest number of diagnosed cases. The SMP Headquarters is where the largest number of diagnostic cases were carried.

Keywords: Collapsed Occlusion (CO).

I. INTRODUCCIÓN

El sistema estomatognático es un aparato muy complejo que se compone principalmente por músculos, ligamentos, dientes. Entender cada una de las estructuras que lo componen nos permitirá conocer mejor su función y comprender el desarrollo y progresión de cualquier tipo de cambio oclusal que se produzca en el sistema estomatognático.¹

El sistema estomatognático es controlado por mecanismos de control neuromuscular que permitirá las funciones básicas de masticación, fonación y deglución.²

Cada movimiento está coordinado para optimizar su función, mientras se produce el contacto con las estructuras que conforman el sistema estomatognático, durante la masticación.³

Existe un cambio patológico conocido con el nombre Oclusión Colapsada (OC), donde se aprecia la pérdida de soporte posterior, disminución de la dimensión vertical (DDV) y ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa).⁴ La OC es el resultado de una alteración del equilibrio de los músculos, ATM y dientes.¹

Por otra parte, existe poca información del concepto que se toma sobre el diagnóstico de OC, para lo cual se presenta este trabajo para contribuir a que revele aspectos clínicos y qué cantidad de pacientes la padecen, a través de una revisión sistemática de HC virtuales de la Clínica Estomatológica Docente de la UPCH.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a su patología complicada y manejo desafiante, la OC es uno de los trastornos masticatorios más severos, teniendo en cuenta la evidencia de pérdida de soporte posterior, disminución de la dimensión vertical y ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa), consideramos a la OC como una entidad que comienza con la pérdida dental lo que conlleva a un edentulismo parcial y progresa a una patología oclusal, por ello los docentes del Área de Oclusión y Rehabilitación Oral(RO) de la Facultad de Estomatología, por consenso, han denominado a esta patología como OC, con el fin de dar una clasificación de las patologías oclusales del sistema estomatognático, así mismo, brindar un mejor diagnóstico de la Oclusión y una mejor comprensión para los estudiantes de pregrado y posgrado.⁴

Por tanto, se busca conocer: ¿Cuál es la frecuencia y distribución de los pacientes con Diagnosticados de OC, atendidos en el Centro Dental Docente de la UPCH desde el año 2017 al 2022?

III. JUSTIFICACIÓN

La justificación de esta investigación pretende actualizar datos para sustentar conocimientos sobre esta patología, los resultados mostrarán la frecuencia y distribución de pacientes con diagnóstico de OC, atendidos en el Centro Dental Docente de la UPCH en las sedes de San Martín de Porres (SMP) y San Isidro en la Especialidad de RO del año 2017 al 2022.

IV. MARCO TEÓRICO

III.1 Oclusión dental

III.1.1 Definición

Los requisitos de una oclusión dental, han sido debatidos desde hace muchos años por varios autores. Edward Angle en 1899 describió por primera vez a la oclusión dental bajo el término de “Relación Oclusal”, y fue en ese momento cuando la oclusión dental se convirtió en un tema de investigación y discusión en la odontología moderna temprana., posteriormente, Rosemberg en 1987, con el fin de dar a un nuevo valor de la oclusión dental, menciona que para lograr el adecuado funcionamiento, es fundamental que se obtenga: La integridad de las arcadas dentarias, a través, del correcto alineamiento de los dientes, contactos oclusales bilaterales simultáneos y estables, una oclusión mutuamente protegida, la axialidad de las fuerzas oclusales, un buen funcionamiento de la guía anterior y conseguir la máxima intercuspidadación (MIC) en relación céntrica, sin dejar de lado una buena salud dental.¹

Según Davis y Gray, la “Oclusión dental” es el contacto entre las piezas dentarias que se produce cuando los dientes antero superiores e inferiores se encuentran en posición de máxima intercuspidadación (MIC) durante el cierre dinámico de la mandíbula, por tanto, existe una estrecha conexión entre el contacto dentario y el sistema estomatognático.⁶

Por otro lado, “oclusión” significa brevemente “Cerrar”. En odontología, el contacto entre arcadas dentarias opuestas se denomina oclusión estática y al movimiento mandibular variable se denomina oclusión dinámica.⁷

El acto de cerrar la boca es como típicamente describen al término de "oclusión", pero algunos especialistas señalan que este tipo de significado abarca más que los contactos morfológicos y las relaciones estáticas entre los dientes. También se puede utilizar para describir la relación de contactos funcionales o parafuncionales entre los dientes, por ende, este término engloba todos los elementos que contribuyen al crecimiento y

estabilización del sistema masticatorio, así como el uso de los dientes en las funciones bucales, además del contacto de la interfase oclusal.⁸

El Glosario de Términos Prostodónticos (GTP), tiene dos definiciones: 1.- “El acto o proceso de cierre, o corte” y 2.- “La relación estática entre las superficies de corte o masticación de los dientes maxilares y mandibulares análogos”. Sin embargo, la oclusión funcional se precisa como “Los contactos entre los dientes maxilares durante la masticación y deglución”.⁹

III.1.2 Relación céntrica (RC)

El término de RC se ha utilizado en odontología durante muchos años, porque es el criterio inicial para entender el concepto de oclusión. Uno de los términos más antiguos fue introducido en 1939 por BB McCollun, donde menciona que es la posición más retruida del cóndilo en relación con fosa glenoidea.¹⁰

El GTP en su 9ª edición define a la RC como una relación de los maxilares, indistintamente del contacto dental, donde el cóndilo se articula en su posición anterosuperior en la vertiente posterior de la eminencia articular.⁹

En ocasiones, encontrar la RC de un paciente puede ser un desafío. Para colocar la mandíbula en esta posición, se debe comprender que el movimiento es controlado por un sistema de control neuromuscular, en el que los cóndilos se articulan con sus respectivos meniscos en su posición anterosuperior de la cavidad glenoidea.²

Independientemente del contacto dentario donde se articula el cóndilo en su posición anterosuperior, la mandíbula solo es capaz de movimiento de rotación puro en esta posición. Sin embargo, a partir de una relación fisiológica relajada del maxilar, el paciente es capaz de realizar movimientos laterales verticales o protrusivos.¹¹

III.1.3 Relaciones oclusales (RO)

En una RO incisal, el borde incisal de los incisivos frontales maxilares, está anterior y por debajo del borde incisal de los incisivos frontales mandibular. Esta distancia nos permite comparar dos medidas: overbite (también conocida como sobremordida vertical), es la distancia vertical entre los dos bordes incisales de los dientes frontales, y overjet (también conocida como sobremordida horizontal), es la distancia horizontal entre el borde incisal del incisivo superior y la superficie labial del incisivo inferior.

En una RO molar Clase I, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. En una relación molar Clase II, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior. En una relación molar Clase III, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior.²

III.1.4 Guía incisal

También conocida como Guía Anterior o Guía funcional incisiva es la relación dinámica entre los incisivos inferiores y superiores, que guía los movimientos mandibulares en protrusión, haciendo que la porción más incisal de las caras vestibulares de los incisivos centrales inferiores se deslicen sobre las caras palatinas de los incisivos centrales superiores, lo cual produce la progresiva desoclusión del sector anterior y posterior, situación que es de mucha importancia para prevenir el desgaste prematuro de los dientes posteriores.²

III.1.5 Guía condílea

Cuando el cóndilo sale de la posición de RC, desciende a lo largo de la eminencia articular de la eminencia articular. El grado de desplazamiento de arriba abajo con la protrusión de la mandíbula depende de la inclinación de la eminencia articular. Si la superficie está muy inclinada, el cóndilo describirá una pendiente, un camino muy vertical. Si es más plana, el cóndilo seguirá un camino con menos inclinación vertical.²

III.1.7 Plano oclusal (PO)

El PO es un plano imaginario mandibular que se delimita desde el borde incisal de los incisivos inferiores hasta las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores.^{13,14}

Para definir el PO, se debe conocer la curva anteroposterior nombrada como curva de Spee y la curva medio lateral nombrada como curva de Wilson, para poder así entender la fisiología del PO.

La curva de Spee, se visualiza en una vista anteroposterior delimitada por una curva imaginaria trazada por las cúspides vestibulares de las superficies de los dientes, que se extiende desde las cúspides distovestibulares de los molares inferiores hacia el borde incisal de los incisivos centrales inferiores.

La curva de Wilson, es la curva mediolateral que va de una hemiarcada a la otra, a través de las cúspides bucales y linguales de los molares, así como de los premolares superiores e inferiores.¹⁵

III.2 Clasificación de la oclusión

III.2.1 Oclusión ideal:

Todo profesional se dedica a formular una oclusión ideal, y la capacidad de poder lograrlo o por lo menos acercarse, es crear un modelo estético y funcional, que se base en dos criterios:

1. Estabilidad de las relaciones intermaxilares en una oclusión céntrica y que no estén fuera de su rango.
2. Capacidad de no tener restricciones, interferencias y saltos en los movimientos mandibulares funcionales.¹⁶

Una oclusión ideal permitirá contactos interoclusales correctos si los tejidos de soporte también están en perfectas condiciones. Este tipo de conexión nos mostrará patrones

de movimientos con una actividad muscular fisiológica, para ello, las condiciones que se deben cumplir para una oclusión ideal son: axialidad, estabilidad y no interferencia.²

III.2.2 Oclusión patológica:

La oclusión patológica es la serie de alteraciones que se da durante el proceso de la enfermedad, donde el primer componente afectado suele ser el primer molar inferior (debido a su erupción temprana en boca y sensibilidad a la caries, por el mal cuidado de higiene bucal en los primeros años de vida), lo que ayuda a representar la magnitud del daño causado por desequilibrios en los componentes neuromusculares y dentarios, lo que resulta en cambios de forma, fisiología y función.^{1,20}

La influencia en una o varias estructuras del sistema estomatognático afecta el desarrollo de una patología oclusal. Mediante la adaptación o cambios microestructurales, el organismo trata de hacer frente a cualquier cambio. Si hay cambios más severos, los trastornos oclusales se vuelven significativos y, de acuerdo con la vía de menor resistencia (diente, periodonto, músculo, articulación temporomandibular), se evidencia el desarrollo de patología oclusal.¹⁷

La función protectora que existe entre los dientes anteriores y posteriores se pierde gradualmente a medida que aumenta la carga oclusal anterior, lo cual está relacionado con la patología oclusal y es causado por la falta de dientes adyacentes y antagonistas. Demasiada fuerza sobre los dientes anteriores provocará una sobrecarga anterior, lo que eventualmente conducirá a un abanicamiento labial de los dientes anteriores en un esfuerzo por adaptarse, y con el tiempo la Dimensión Vertical Oclusal (DVO) se deteriorará gradualmente y seguirá la patología oclusal.¹⁸

Cada tipo de cambio patológico tiene un conjunto de características específicas que lo distinguen de los demás, en función de los signos y síntomas de varios aspectos de la patología, que persisten en el paciente a lo largo del curso de la enfermedad.¹⁹

La patología oclusal tiene características clínicas, articulares y musculares dentro del sistema estomatognático, al mismo tiempo, tiene una etiología multifactorial

relacionada con sus estructuras, factores neuromusculares, oclusales, alteraciones traumáticas y articulares. Pueden ser sensibles o dolorosos, lo cual es un síntoma muy común que puede empeorar con el tiempo y afectar la calidad de vida del paciente. Por lo general, son unilaterales o localizados con movimiento muscular restringido.²⁰

III.2.3 Oclusión terapéutica:

Es la oclusión, que, mediante procedimientos de ajuste o reconstrucción oclusal, el odontólogo se acerca lo más posible al ideal.⁶

III.3 Dimensión vertical (DV)

La DV es la distancia entre dos puntos anatómicos de tejido blando, uno en el mentón y otro en la base de la nariz, vistos desde un plano vertical sobre la línea media. Estos puntos se dividen en dos tipos, conocidos como Dimensión Vertical Oclusal (DVO) y Dimensión Vertical Postural (DVP). La comprensión de la DV es un paso crucial en el diagnóstico y la planificación del tratamiento, para establecer las relaciones estéticas y funcionales entre los dos maxilares.²¹

La DVO, se refiere a la relación dimensional entre ambos maxilares, generalmente está determinada por los dientes posteriores que están presentes en la boca y en máxima intercuspidación (MIC). Cuando hay una pérdida de estructura o de piezas dentales posteriores, se altera la dimensión vertical, lo que puede cambiar la capacidad de masticación, la fonética, la estética de los dientes y la forma de la cara, a esto nos referimos cuando hablamos de una disminución en la dimensión vertical (DDV).²²

De manera similar, la DVP es la dimensión que existe entre ambos maxilares, registradas en posición fisiológica de reposo, es decir, que es cuando el paciente se sienta erguido con los ojos mirando al frente y las superficies oclusales no están en contacto y paralelas al piso, con los músculos masticatorios relajados.²³

III.3.1 Pérdida de soporte posterior (PSP)

Se menciona a la PSP como la razón principal de la DDV, siendo la sobrecarga de dientes anteriores y el aumento de desgaste dental en algunas ocasiones, las características más resaltantes, por lo que es comprensible que la PSP sea gradual y que se derive de una inadecuada transferencia de fuerzas oclusales.¹

La PSP por lo general tiene consecuencias patológicas en la oclusión, en los tejidos de soporte y dentales del grupo anterior, también podemos ver algunas alteraciones que lo afectan como restauraciones desbordantes, caries amplias y desgastes dentales, que por más mínimas que sean pueden causar la PSP, la cual afectaría la integridad del arco dental, dando como resultado un trauma oclusal secundario y DDV.^{19,22}

III.4 Oclusión Colapsada (OC)

Actualmente no existe un consenso internacional sobre la Clasificación del Diagnóstico Oclusal, por ende, los docentes del Área de Oclusión y Rehabilitación Oral de la Facultad de Estomatología “Roberto Beltrán”, realizaron una clasificación de los diagnósticos de la oclusión, basándose en características propias de cada enfermedad, con la finalidad de facilitar la comprensión, estudio y mejorar la enseñanza. En este estudio profundizaremos el desorden funcional oclusal que tiene por nombre OC. Como se señaló, esta situación clínica describe: pérdida de soporte posterior, disminución de la dimensión vertical y ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa).⁴ La condición de “Sin contacto de diente con mucosa”, se observa también en los pacientes con OC, esta situación clínica lo manifiesta el Docente del Área de Oclusión y Rehabilitación Oral, el cual se observa clínicamente en esta patología.

Dado que el conocimiento de una patología oclusal es la base para un diagnóstico adecuado, existe la necesidad de un documento que revele factores clínicos específicos, que permita realizar un diagnóstico completo y preciso, a través de una revisión clínica sistemática.

V. OBJETIVOS

IV.1 Objetivo general

Describir la frecuencia y distribución de pacientes con Diagnóstico de Oclusión Colapsada atendidos en el Centro Dental Docente de la UPCH desde el año 2017 al 2022.

IV.2 Objetivos específicos

1. Describir la frecuencia y distribución de pacientes con diagnóstico de Oclusión Colapsada según el sexo.
2. Describir la frecuencia y distribución de pacientes con diagnóstico de Oclusión Colapsada según la edad.
3. Describir la frecuencia y distribución de pacientes con diagnóstico de Oclusión Colapsada según el nivel de estudio del operador.
4. Describir la frecuencia y distribución de pacientes con diagnóstico de Oclusión Colapsada según la sede donde fueron atendidos.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

El modelo de estudio de la investigación fue descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. La población de este estudio fue todas las HC virtuales de los pacientes atendidos entre los años 2017 y 2022 en la Clínica Estomatológica Docente de la UPCH en las sedes de SMP y San Isidro, tanto de pregrado como de posgrado en el área de RO con el Dx OC. Se examinaron 49 593 HC virtuales desde el año 2017 al 2022, de los cuales se obtuvo una población de 95 HC virtuales con el Diagnóstico de OC, y bajo los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo una muestra de 26 HC virtuales con el Diagnóstico de OC.

Los criterios de inclusión fueron todas las HC virtuales realizadas desde el año 2017 hasta el año 2022 por los estudiantes de pregrado y posgrado en el área de RO, en las sedes de SMP y San Isidro, en la Clínica Estomatológica Docente de la UPCH; con el llenado completo de la HC virtual, presentación de caso aprobada por docente a cargo, con el diagnóstico definitivo completado con OC , con la presentación de caso en PowerPoint subida en el sistema virtual y corroborada a través del visionado de las presentaciones en PowerPoint(PPT) subidas en el sistema virtual.

Los criterios de exclusión fueron HC virtuales incompletas, sin presentación de caso, que no cuenten con el diagnóstico de OC, HC que sean presentadas antes del año 2017 y después del año 2022, de igual manera, HC virtuales realizadas o presentadas por estudiantes del 1er, 2do y 3er año de pregrado de UPCH y diagnósticos definitivos del sistema virtual que no concordaban con las presentaciones en PowerPoint (PPT).

Se utilizó una tabla operacional de variables (Anexo 1), para su definición y realización, en base a los objetivos específicos descritos anteriormente, los cuales son:

- a. Diagnóstico de Oclusión Colapsada: Se refirió a pacientes con Dx de Oclusión Colapsada, es un variable cualitativa de escala nominal y las características marcadas son: 1. Pérdida de soporte posterior. 2. Disminución de la dimensión

vertical. 3. Ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa).

- b. Edad: Se interpretó por el número de años transcurridos cronológicamente del paciente, expresados en números enteros, tomado por rango de edades, es una variable de tipo cuantitativa de escala nominal y están representados por: 1=20-29, 2=30-39, 3=40-49, 4=50-59, 5=60-69, 6=70-79, 7=80-89.
- c. Sexo: Se dió a conocer por el genotipo del paciente al nacer, es de variable de tipo cualitativa de escala dicotómica, siendo: 1=Masculino y 2=Femenino.
- d. Sede: Se definió como el espacio físico donde se realizó la atención y evaluado el paciente, es de variable de tipo cualitativa de escala dicotómica nominal, tomando los valores para cada sede: 1= San Martín de Porres y 2=San Isidro.
- e. Año de estudios del operador: Se determinó como el nivel de estudio del operador, es una variable de tipo cualitativa de escala dicotómica nominal: 1= Pregrado y 2 = Posgrado.

Para la obtención y revisión de los datos de las HC de pregrado y posgrado desde el año 2017 al 2022, se solicitó permiso al director administrativo de la Clínica Estomatológica Docente de la UPCH, la cual proporcionó toda la información requerida en una base de datos de Excel y se procedió a la filtración de la base de datos y eliminamos datos redundantes e inconsistentes, basados en los criterios de inclusión y exclusión. Una vez aceptada la “Aprobación” por el Comité de Ética Institucional de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán de la UPCH (CIE-UPCH); el estudio inició y se organizó un registro, para producir una base de datos. El plan análisis de los datos de cada paciente, se realizó de forma anónima y confidencial para describir y clasificar cada variable de este estudio. Se guardó en un lugar seguro, encriptado y privado, la cual se ejecutó en un archivo de Microsoft Excel 2019, y se cuantificó cada variable descrita en una tabla operacional, se midió

y observó los datos según la característica de cada variable, luego se tabuló los resultados y finalmente se realizó un análisis estadístico para producir el informe final.

VII. RESULTADOS

Se registró un total de 49 593 historias clínicas virtuales desde el año 2017 al 2022 en las sedes de SMP y San Isidro, en la Especialidad de RO, de las cuales 95 presentaron el diagnóstico Oclusión Colapsada, y se obtuvo una muestra de 100% (n = 26) pacientes que cumplieron con las tres características de OC, en base al visionado de las presentaciones PPT.

De los cuales en el año 2017 fueron atendidos el 11,5% (n = 3), en el 2018 fue atendido el 4,0% (n = 1), en el 2019 fueron atendidos el 11,5% (n = 3), en el 2020 fueron atendidos el 11,5% (n = 3), en el 2021 fueron atendidos el 11,5% (n = 3) y en el 2022 fueron atendidos el 50,0% (n = 13). (Tabla 1)

Según los pacientes que presentaron OC por edad el 15,3% (n = 4) tiene de [50 - 59] años, 38,5% (n = 8) tiene de [60 - 69] años, y 23,0% (n = 6) tiene de [70 - 79] años de edad, 23,0% (n = 6) tiene de [80 - 89] años. Siendo la edad promedio 69.5 años. (Tabla 2)

Además, la diferencia según sexo 30,8% (n = 8) con la presencia de Oclusión Colapsada; siendo en el caso de las mujeres el 11,5% (n = 3) tiene de [50 - 59] años, 23,1% (n = 6) tiene de [60 - 69] años, 15,4% (n = 4) tiene de [70 - 79] años y el 15,4% (n = 4) tiene de [80 - 89] años; en el caso de los hombres el 3,8% (n = 1) tiene de [50 - 59] años, 15,4% (n = 4) tiene de [60 - 69] años, 7,7% (n = 2) tiene de [70 - 79] años y el 7,7% (n = 2) tiene de [80 - 89] años de edad. (Tabla 3)

En tanto a la Frecuencia de la Sede de Atención y Nivel de Estudio del operador, se encontró en pre grado en la sede de San Isidro se atendió el 0.0% (n = 0) y en la sede de San Martín de Porres se atendió el 84.6% (n = 22), mientras que en post Grado en la sede de San Isidro se atendió el 15.4% (n = 4) y en sede de San Martín de Porres se atendió el 0.0% (n = 0). (Tabla 4)

En tanto a la frecuencia de características oclusales más frecuentes de los pacientes con Dx Oclusión Colapsada, se encontró la presencia de 100.0% (n = 26) presentan

Ausencia de Contacto Dental (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa), 100.0% (n = 26) presentan Disminución de la Dimensión Vertical y 100.0% (n = 26) presentan Pérdida de Soporte Posterior y Otros diagnósticos frecuentes son: 61.5% (n = 16) presentan Edentulismo parcial Sup/Inf , 38.5% (n = 10) presentan Edentulismo total Sup/Inf , 50.0% (n = 13) presentan Alteración de Plano Oclusal, 50.0% (n = 13) presentan otras características. (Tabla 5)

VIII. DISCUSIÓN

En el caso del número de pacientes con el Diagnóstico OC, en nuestro estudio se encontró mayor número de mujeres. Paz y Santos en el 2019 mencionan que dentro de los casos diagnosticados con OC de su población estudiada la mayor cantidad fueron mujeres (75.3%).⁴ Se obtuvo los mismos resultados a pesar que en este estudio se tomó en cuenta las presentaciones de caso (PowerPoint) para poder visualizar las características clínicas propias de esta patología. Probablemente se deba a que las mujeres se preocupan más por su salud bucal que los hombres.

Barrera en el 2016, evaluó 656 individuos que asistieron a la clínica de atención dental de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), y encontró un predominio de asistencia de mujeres (63,3%), donde menciona que se debe principalmente a los aspectos socioculturales, ya que son más cuidadosas con su estética dental y apariencia personal que los hombres.²⁴

Resaltó más la asistencia de pacientes en el año 2022, en comparación a los años anteriores. Esto puede ser debido a que los trastornos funcionales oclusales se ven afectados gradualmente con el pasar del tiempo. El International Journal of Odontostomatology menciona que tras la declaración de la pandemia por COVID-19 muchas de las atenciones dentales han sido suspendidas. Por otro lado, las personas dejaron de asistir al dentista, ya sea por el miedo generado, o como secuencia de una situación de confinamiento, recomendado u obligatorio, en gran parte de la población, por tanto, en este periodo sus problemas dentales empeoraron durante este periodo de tiempo,²⁵ y se convirtieron en una OC.

Con respecto al grupo de edad en hombres y mujeres de 60 a 69 años, son las que más acuden a la Clínica Estomatológica de la UPCH. Espejo señaló en 2017 que las personas de 55 años a más tienen mayor probabilidad de asistir a una consulta dental porque cuentan con más tiempo libre para realizarlo y son más conscientes de la importancia de una atención dental.²⁶

Liu Y en su investigación del 2014, demuestra que el aumento de número de dientes ausentes tiene relación con el envejecimiento de las personas.²⁷

Nápoles A en el 2023 menciona que las personas después de los 60 años, se produce de manera progresiva los trastornos bucales, reconociendo que la mayoría de estas personas tienen problemas de masticación, dolor facial, fonación, estética facial, autoestima y sus relaciones sociales, causados de las deficiencias en su salud bucal.²⁸

La sede donde hubo mayor frecuencia de atención del Diagnóstico de OC es SMP con un 86,6%, bajo la atención en su mayoría por operadores de pregrado, lo cual concuerda con estudio de Paz y Santos donde menciona que la mayor cantidad de pacientes atendidos con Diagnóstico de OC, es en la sede SMP por operadores de Pregrado. Esto se debe a que hay mayor cantidad de alumnos en la sede de SMP, por ello hay mayor cantidad de atención de pacientes, los cuales brinda dar mayor cantidad de casos con el Diagnóstico de OC.⁴

Se encontró en este estudio que 26 pacientes registraron características oclusales propias de esta patología: pérdida de soporte posterior, disminución de la dimensión vertical, ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa).

Por otro lado, otras afecciones que acompañan a esta afección, pero no la caracterizan son: Edentulo parcial Sup/Inf, Edentulismo total Sup/Inf, Alteración de plano oclusal, Alteración de guía anterior, Sobre carga anterior, Maloclusión, Interferencias oclusales y Extrusión de piezas anterosuperior e inferiores.

Hasta la fecha, no se han realizado estudios que reporten frecuencia de características oclusales del Diagnóstico de OC, por lo que no podemos comparar resultados.

IX. CONCLUSIONES

1. La frecuencia y distribución reportada fue mayor en los pacientes de sexo femenino.
2. La frecuencia y distribución fue mayor en pacientes entre las edades de 60 a 69 años de edad.
3. La frecuencia y distribución del registro del Diagnóstico de Oclusión Colapsada fue mayor en Pregrado.
4. La frecuencia y distribución de los diagnósticos encontrados fue mayor en la sede de San Martín de Porres.
5. Se encontró a 26 casos diagnosticados con Oclusión Colapsada según el visionado de la presentación de caso (PPT), las cuales contaban con las características clínicas de pérdida de soporte posterior, disminución de la dimensión vertical y ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa).
6. De los casos diagnosticados, hubo más casos edéntulos parciales Sup/Inf. que edéntulos totales Sup/Inf.

Con respecto a las recomendaciones:

1. Concientizar a los alumnos y personal de la Clínica Estomatológica Docente de la UPCH sobre de la importancia del registro completo de datos.
2. Realizar más investigaciones similares para comparar resultados sobre la frecuencia y distribución del Diagnóstico de OC.
3. Concientizar a la población sobre el cuidado de salud bucal y así prevenir la pérdida de dientes.
4. Mejorar el sistema de registro de Historias Clínicas Virtuales y presentaciones de caso (PPT) subidas al sistema del Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, para los diagnósticos de OC.
5. Fomentar a los estudiantes sobre las características clínicas propias del Diagnóstico de Oclusión Colapsada.
6. Realizar trámite de la validación sobre la Clasificación propuesta por los docentes del Área de Oclusión y Rehabilitación Oral.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Guerrero C, Marín D, Galvis A. Evolución de la Patología Oclusal: Una Revisión de Literatura. *J Oral Res.* 2013; 2(2):77-85.
2. Okeson, J.P. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 8ª Edición, España. Elsevier, 2020.
3. Alonso A, Albertini J, Bechelli A. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Buenos Aires: Panamericana; 2003.
4. Paz C, Santos C. Frecuencia y distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la UPCH en el año 2017 (Tesis Especialidad). Lima: UPCH; 2019.
5. Nieto F. Repercusión de la patología bucodental en la salud general, *Real Acad Med Cir Vall*, 2018; 55: 269-286.
6. Firmani M, Becerra N, Sotomayor C, Flores G, Salinas JC. Oclusión terapéutica. Desde las escuelas de oclusión a la Odontología Basada en Evidencia. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol Rehabil Oral*, 2013; 6(2):90-95.
7. Boushell L, & Sturdevant J. Clinical Significance of Dental Anatomy, Histology, Physiology and Occlusion Sturdevant's. *Art and Science of Operative Dentistry*, 2019; 1-39.
8. Stanley J. N. Wheelers anatomía, fisiología y oclusión dental. 8ª Edición, España. Elsevier, 2004; 433-485.
9. The Academy of Prosthodontics. The glossary of prosthodontic terms. *The journal of prosthetic dentistry.* *J Prosthet Dent*, 2005; 9ª Edición, 94(2): 11-92.
10. Orozco A, Arroyo G, Martínez R, Ventura J, Cañadas D & Jiménez E. Relación céntrica: revisión de conceptos y técnicas para su registro. Parte I. *Av. Odontoestomatol*, 2008; 24 (6): 365-368.

11. Farfán C, Quidel B & Fuentes R. Características anatómicas funcionales que orientan la posición del cóndilo en la fosa mandibular en una relación céntrica. Una descripción narrativa. *Int. J. Morphol.* 2020, 38(5):1281-1287.
12. Lawrence A. The six keys to normal occlusion. *Am. J. Orthod.* 1972; 62: 296-309.
13. López J, Schulz R, Cerda B. Paralelismo entre plano oclusal y plano de Camper. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2015;8(2):106-110.
14. Martínez V, Schulz R, Cerda B. Paralelismo entre plano oclusal y 3 planos cefalométrico, *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral.* 2015;8(3):234-238.
15. Marín D, García E & Covarrubias M. Función de la curva de Spee en la oclusión dentaria: Un enfoque Ortodóncico. *Rev Tamé.* 2015; 3(9): 323-326.
16. Dos Santos J. *Oclusión - Principios y Conceptos.* 1era. Ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas; 2000.
17. Ardizzone I, Celemín A, Sánchez T. Oclusión fisiológica frente a oclusión patológica. Un enfoque diagnóstico y terapéutico práctico para el odontólogo. *Gaceta Dental.* 2011; 220:106-114.
18. Shifman A, Laufer BZ, Chweidan H. Posterior bite collapse – revisited. *Journal of Oral Rehabilitation.* 1998; 25(5); 376–385.
19. Baldión P, Betancourt D. Síndrome de colapso de mordida posterior. *Acta Odontol. Colomb.* 2012; 2(2):193-209.
20. de Lourdes A, Vasconcelos M. Relación entre los cambios oclusales patológicos y los signos y síntomas de la disfunción temporomandibular. *Turk J Ortodoxo.* 2020; 33(4): 210-215.
21. Alvérez D. Dimensión vertical oclusal. Artículo de revisión. *Odontol Sanmarquina.* 2016; 19(1): 56-60.

22. Barragán M, Viveros C & Garzón H. Alteración de la dimensión vertical: Revisión de la literatura. Universidad del Valle. Rev Estomatol. 2019; 27(2):27-37.
23. Espinosa J, Irribarra R & González H. Métodos de evaluación de la Dimensión Vertical Oclusal. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, 2018; 11(2), 116–120.
24. Fernández Barrera MA, Medina Solís CE, Márquez Corona ML, Vera Guzmán S, Ascencio Villagrán A, Minaya Sánchez M, et al. Edentualismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016; 9(1):59-65.
25. Cornejo M & Espinoza I. COVID-19 y manifestaciones orales. Int. J. Odontostomat. 2020; 14(4):538-539.
26. Espejo D. Calidad de servicio en la atención odontológica de pacientes que acuden al Servicio de Estomatología de una institución pública y privada en la provincia de Lima, San Martín de Porres en el año 2017 [Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
27. Liu Y, Li Z, Walker MP. Social disparities in dentition status among American adults. Int Dent J. 2014; 64 (1): 52-7.
28. Nápoles A, Nápoles I & Díaz S. El envejecimiento y cambios bucodentales en el adulto mayor. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2023; 27.

XI. TABLAS

Tabla 1. Año de atención de los pacientes según el Dx Oclusión colapsada.

		Oclusión Colapsada		Total	
		Presencia	Ausencia		
Año de tratamiento	2017	Recuento	3	0	3
		% del total	11.5%	0.0%	11.5%
	2018	Recuento	1	0	1
		% del total	4.0%	0.0%	4.0%
	2019	Recuento	3	0	3
		% del total	11.5%	0.0%	11.5%
	2020	Recuento	3	0	3
		% del total	11.5%	0.0%	11.5%
	2021	Recuento	3	0	3
		% del total	11.5%	0.0%	11.5%
	2022	Recuento	13	0	13
		% del total	50.0%	0.0%	50.0%
	Total	Recuento	26	0	26
		% del total	100%	0.0%	100.0%

Fuente: Clínica Estomatológica Docente de la UPCH, 2017 - 2022.

Tabla 2. Relación de los pacientes según el Edad.

		Oclusión Colapsada				Total	
		Presencia		Ausencia		Recuento	% de N tablas
		Recuento	% de N tablas	Recuento	% de N tablas		
Edad	[20 - 29]	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	[30 - 39]	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	[40 - 49]	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	[50 - 59]	4	15.3%	0	0.0%	4	15.3%
	[60 - 69]	8	38.5%	0	0.0%	8	38.5%
	[70 - 79]	6	23.0%	0	0.0%	6	23.1%
	[80 - 89]	6	23.0%	0	0.0%	6	23.1%
Total		26	100.0%	0	0.0%	26	100.0%

Fuente: Clínica Estomatológica Docente de la UPCH, 2017 - 2022.

Tabla 3. Grupo edad de los pacientes según sexo.

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		Recuento	% de N tablas	Recuento	% de N tablas	Recuento	% de N tablas
Edad	[20 - 29]	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	[30 - 39]	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	[40 - 49]	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	[50 - 59]	3	11.5%	1	3.8%	4	15.3%
	[60 - 69]	6	23.1%	4	15.4%	8	38.5%
	[70 - 79]	4	15.4%	2	7.7%	6	23.1%
	[80 - 89]	4	15.4%	2	7.7%	6	23.1%
Total		17	65.4%	9	34.6%	26	100.0%

Fuente: Clínica Estomatológica Docente de la UPCH, 2017 - 2022.

Tabla 4. Frecuencia de sede de atención

			Sede		Total
			San Isidro	SMP	
			Grado académico	Pre grado	
% del total	0%	84.6%			84.6%
Post grado	Recuento	4		0	4
	% del total	15.4%		0%	15.4%
Total	Recuento	4	0	26	
	% del total	15.4%	86.6%	100.0%	

Fuente: Clínica Estomatológica Docente de la UPCH, 2017 - 2022.

Tabla 5. Características Clínicas más frecuentes de los pacientes que presentan Dx Oclusión colapsada.

		Recuento	% de N tablas
Pérdida de soporte posterior	Presencia	26	100%
	Ausencia	00	0%
Disminución de la dimensión vertical	Presencia	26	100%
	Ausencia	00	0%
Ausencia de contacto dental	Presencia	26	100%
	Ausencia	00	0%
Edéntulo total Sup/Inf	Presencia	10	38.5%
	Ausencia	16	61.5%
Edéntulo parcial Sup/Inf	Presencia	16	61.5%
	Ausencia	10	38.5%
Alteración de plano oclusal	Presencia	13	50%
	Ausencia	13	50%
Otros	Ausencia	13	50%
	Presencia	13	50%

Fuente: Clínica Estomatológica Docente de la UPCH, 2017 - 2022 (PPTS de las presentaciones de caso).

ANEXO 1

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores y categorías
Diagnóstico de Oclusión Colapsada	Hace referencia a pacientes que padezcan la enfermedad de “Oclusión Colapsada”	La información se obtendrá de la HC virtual	Cualitativa	Nominal	1. Pérdida de soporte posterior. 2. Disminución de la dimensión vertical. 3. Ausencia de contacto dentario (contacto dentario con mucosa o sin contacto de diente con mucosa).
Edad	Se refiere a los números de años cumplidos cronológicamente.	La información se obtendrá de la HC virtual	Cuantitativa	Nominal	1. 20-29 2. 30-39 3. 40-49 4. 50-59 5. 60-69 6. 70-79 7. 80-89
Sexo	Se refiere al genotipo del paciente al nacer.	La información se obtendrá de la HC virtual	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Sede	Local en donde fue evaluado el paciente	La información se obtendrá de la HC virtual	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. San Martín de Porres 2. San Isidro
Año de estudio del Operador	Nivel de estudio del operador	La información se obtendrá de la HC virtual	Cualitativa	Nominal Politómica	1. Pregrado 2. Posgrado

ANEXO 2

Lima, 15 de noviembre del 2022

**SOLICITO: PERMISO PARA REVISIÓN DE
HISTORIAS CLÍNICAS DE
PREGRADO Y POSGRADO
ESTOMATOLÓGICO DEL AÑO
2017 AL 2022**

Señor Doctor
José Chávez Paz
Director Administrativo
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Presente. -

Yo, **DANNY MICHAEL ACOSTA PALOMINO**, Bachiller de la Facultad de Estomatología, identificada con DNI N° [REDACTED] con correo electrónico danny.acosta.p@upch.pe, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo que:

Por motivos de estar realizando mi protocolo de Investigación para la obtención del Título de Cirujano Dentista, titulado: “Frecuencia y distribución del diagnóstico de Oclusión Colapsada en pacientes atendidos en el Centro Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia del año 2017 al 2022”

Con el asesoramiento del Dr. Antonio Díaz siendo necesaria la revisión de Historias Clínicas del posgrado y pregrado Estomatológico del año 2017 al 2022; solicito a Ud. el permiso y facilidades correspondientes para la revisión de dichas HC. **POR LO TANTO:**

A Ud. Señor director, solicito acceda a mi petición.

Atentamente,

.....

DANNY MICHAEL ACOSTA PALOMINO

DNI N° [REDACTED]

Tif. [REDACTED]