



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL COLAPSO  
POSTERIOR DE MORDIDA DIAGNOSTICADO EN  
PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA  
DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD  
PERUANA CAYETANO HEREDIA, 2016-2019**

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF POSTERIOR  
COLLAPSE OF THE BITE DIAGNOSED IN  
PATIENTS ATTENDED AT THE DENTAL  
TEACHING CLINIC OF THE PERUVIAN  
UNIVERSITY CAYETANO HEREDIA, 2016-2019.**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL  
DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORES

ALEXANDRA NICOL PUYEN RIVAS

GIULIANNA ALESSANDRA ESPINOZA JIMENEZ

ANGELA LUZ SANCHEZ CABRERA

ASESOR

JOSE ANTONIO BALAREZO RAZZETO

LIMA- PERÚ

2024



## **JURADO**

Presidente: Mg. CD. Victor Abel Huanambal Tiravanti

Vocal: Mg. Esp. CD. Carlos Alberto Paz Mayuri

Secretario: Esp. CD. Claver Clemente Santos Escalante

Fecha de Sustentación: 19 de Agosto del 2024

Calificación: Aprobado

**ASESOR DE TESIS**

**ASESOR**

Dr.Esp.Jose Antonio Balarezo Razzeto

Departamento Académico de la Clínica Estomatológica

ORCID:

**0000-0003-1794-4908**

## **DEDICATORIA**

Les damos las gracias a Dios por darnos sabiduría para realizar esta investigación.

Le dedicamos esta tesis a nuestros padres y a nuestras familias por su apoyo  
constante.

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradecemos a nuestro asesor el Dr. Jose Antonio Balarezo Razzeto por toda la orientación durante esta investigación. Al Dr. Roberto León Manco por las sugerencias en la parte estadística. Agradecemos a nuestros docentes que nos han formado con mucha dedicación y paciencia.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Los autores declaran no tener ninguna fuente de financiamiento con el estado.

## **DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL COLAPSO POSTERIOR DE MORDIDA DIAGNOSTICADO EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, 2016-2019

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

<b>22%</b>	<b>21%</b>	<b>2%</b>	<b>6%</b>
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>14%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>revistas.upch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Europea de Madrid</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad Catolica Los Angeles de Chimbote</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b>bdigital.unal.edu.co</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>

## TABLA DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. OBJETIVOS .....	5
III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	6
IV. RESULTADOS.....	9
V. DISCUSIÓN .....	14
VI. CONCLUSIONES.....	18
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
VIII. TABLAS.....	23
ANEXOS.....	

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las características clínicas más relevantes en las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico definitivo de Colapso Posterior de Mordida, atendidos en pregrado y posgrado de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia del año 2016 al 2019. **Materiales y métodos:** Este estudio fue descriptivo y transversal. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, tejido dental, tejido periodontal, oclusión, articulación temporomandibular, tejido muscular y a nivel radiográfico. Se utilizaron las historias clínicas virtuales de los pacientes atendidos a nivel de pregrado y posgrado de la Clínica Dental Docente desde Enero del 2016 a Diciembre del 2019. **Resultados:** Se realizó la revisión de 118 historias clínicas virtuales con diagnóstico definitivo de colapso posterior de mordida, donde se observó que las características clínicas más relevantes con mayor frecuencia fueron: el edentulismo parcial inferior con un 92.37%, la enfermedad periodontal con un 83.17%, la alteración del plano oclusal tuvo un 81.37%, la reabsorción ósea horizontal presentó un 37.5%. **Conclusiones:** Las características más relevantes fueron: sexo femenino, los adultos, el edentulismo parcial inferior, la enfermedad periodontal, alteración del plano oclusal, la reabsorción ósea horizontal.

**Palabras claves:** Colapso Posterior de Mordida, Oclusión dental, Dimensión vertical Oclusal, Abanicamiento dental, Desórdenes o Trastornos temporomandibulares.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To identify the most relevant clinical characteristics in the medical records of patients with a definitive diagnosis of Posterior Collapse of the Bite, treated at the undergraduate and postgraduate levels of the Teaching Dental Clinic of the Universidad Peruana Cayetano Heredia from 2016 to 2019. **Materials and methods:** This study was descriptive and cross-sectional. The variables studied were: age, sex, dental tissue, periodontal tissue, occlusion, temporomandibular joint, muscle tissue and radiographic level. The virtual medical records of the patients attended at the undergraduate and postgraduate levels of the Clinica Dental Docente from January 2016 to December 2019 were used. **Results:** 118 virtual clinical histories with definitive diagnosis of posterior bite collapse were reviewed, where it was observed that the most relevant clinical characteristics with the highest frequency were: partial lower edentulism with 92.37%, periodontal disease with 83.17%, alteration of the occlusal plane had 81.37%, horizontal bone resorption presented 37.5%. **Conclusions:** The most relevant characteristics were: female sex, adults, lower partial edentulism, periodontal disease, alteration of the occlusal plane, horizontal bone resorption.

**Keywords:** Posterior Collapse of Bite, Dental Occlusion, Occlusal Vertical Dimension, Dental Fanning, Temporomandibular Disorders.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El sistema estomatognático es un complejo sistema cráneo-cérvico- facial que se encuentra constituido por un conjunto de estructuras anatómicas que funcionan entre sí. Estas están dirigidas por un sistema nervioso central, de las cuales cumplen las siguientes funciones, tales como: masticación, deglución, fonación y respiración. Además, no solo presenciamos los movimientos realizados por los labios, lengua, velo del paladar, músculos faciales y masticadores, articulación temporomandibular (ATM), si no que vemos la presencia y funcionalidad de los huesos del cráneo, cara y demás músculos de la región cervical faciales y masticatorios. (1).

Según el glosario de términos: La oclusión dental es la relación de los dientes maxilares y mandibulares cuando se encuentran en contacto funcional durante la actividad de la mandíbula (2). Según Ramfjord, lo define como la relación de planos inclinados de los dientes en todas las posiciones funcionales y no funcionales de la mandíbula. (3).

Existen varios diagnósticos de la oclusión que conlleva los signos y síntomas que pueden presentar los pacientes dependiendo del tiempo de la evolución de la enfermedad. Por lo cual, se han desarrollado una clasificación diagnóstica del área académica de Oclusión y Rehabilitación oral del Departamento Académico de la Clínica Estomatológica de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana

Cayetano Heredia, según la evolución progresiva del Desorden Funcional Oclusal, las cuales son: disarmonía oclusal, oclusión traumática, colapso posterior de mordida (CPM), oclusión colapsada, síndrome de combinación o síndrome de hiperfunción anterior y edéntulo total. En esta investigación, vamos a profundizar sobre el diagnóstico desorden funcional oclusal por CPM.

Este síndrome es una patología oclusal que se inicia con la pérdida dental en el sector posterior produciendo una sobrecarga oclusal en el sector anterior (4,5). Se considera, que este desorden presenta consecuencias de enfermedad periodontal, hábitos parafuncionales y caries dental, provocando así alteraciones en el arco dental dando origen a traumas oclusales y disminución de la dimensión vertical oclusal (4). Según Alvitez y otros autores, definen la Dimensión vertical Oclusal (DVO), como la distancia entre dos puntos anatómicos; el primer punto en la base de la nariz y el segundo, en el mentón. Cuando se mide la distancia entre estos dos puntos anatómicos, estando los dientes en máxima intercuspidación se denomina dimensión vertical oclusal. Mientras que, la dimensión vertical en reposo se mide cuando la mandíbula se encuentra en una posición de descanso (6,7). La DVO también puede sufrir modificaciones por el bruxismo, migración dental, patrón esquelético, falta de soporte posterior, mala posición dentaria y maloclusión. Algunos métodos para diagnosticar como: cefalometrías, aparatología intraoral, sistemas fonéticos y de deglución. (8)

Además, vemos otras características que describen el CPM como: la enfermedad periodontal, alteraciones en forma, y función de labios y lengua, maloclusiones,

hábitos parafuncionales, la pérdida de la integridad, del arco (exodoncia temprana, agenesia, o fractura dentaria) causas iatrogénicas (por reconstrucciones oclusales previas o por diseños inadecuados y atrición dentaria, que puede causar la pérdida de soporte posterior, alterando la DVO (9). Según Shifman, al darse una pérdida gradual de la función protectora entre el sector posterior y anterior, existe una sobrecarga en el sector de los dientes anteriores por fuerzas excesivas, produciendo una futura movilidad dentaria y alteración a nivel periodontal, lo cual como resultado es el abanicamiento de los dientes anteriores, que con el tiempo afectaría la DVO.(10). El abanicamiento dentario una de sus características es la sobrecarga anterior, siendo signo característico del CPM; por lo tanto, según Stern y Brayer demuestran que debe al empuje de la lengua al momento de la deglución , lo cual se vestibulariza y se extruyen las piezas dentarias, formando diastemas entre sí, además de la expansión del arco dental.(11)

También este CPM, se debe la oscilación oclusal, migración dental, edentulismo, pérdida de tejido óseo, diferentes restauraciones defectuosas y hasta desórdenes temporomandibulares (5). La ATM, está ubicada en la base del cráneo delante de la estructura del oído conectando la mandíbula con el maxilar. Está compuesta por el cóndilo y el disco articular, estas partes están unidas mediante ligamentos que salen de la cabeza y cuello para poder darle soporte y guiar sus movimientos. El ATM, puede producir ciertos desórdenes temporomandibulares, siendo un signo significativo del CPM (12). Según Santhosh y Karshitha, los Desórdenes Temporomandibulares o Trastornos Temporomandibulares, la define como una condición musculoesquelética dolorosa que afecta los músculos de masticación, la

articulación temporomandibular (ATM), y varias estructuras anatómicas del sistema estomatognático. (13).

Este estudio se basa en una línea de investigación sobre CPM, nos basamos en el trabajo de investigación del Dr. Balarezo con respecto a las variables que nos sirvieron para poder especificar que tipo de características clínicas fueron encontradas como más relevantes dentro de todas las posibles alteraciones que pueden existir.

Por eso, se plantea la siguiente pregunta de investigación de este estudio: ¿Cuáles son las características clínicas más relevantes en pacientes atendidos con Colapso Posterior de Mordida en la Clínica Dental Docente en la UPCH entre el año 2016 al 2019?

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Identificar las características clínicas más relevantes en las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico definitivo de CPM en el servicio de pregrado y posgrado de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia desde el año 2016 al 2019.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar la frecuencia del diagnóstico del Colapso Posterior de Mordida según la edad.
2. Determinar la frecuencia del diagnóstico del Colapso Posterior de Mordida según el género.
3. Identificar las características clínicas más relevantes a nivel del tejido dental.
4. Identificar las características clínicas más relevantes a nivel del tejido periodontal.
5. Identificar las características clínicas más relevantes a nivel de oclusión.
6. Identificar las características clínicas más relevantes a nivel de la ATM y tejido muscular.
7. Identificar las características más relevantes a nivel radiográfico.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

Este estudio fue descriptivo y transversal.

Las historias clínicas que se estudiaron se encuentran dentro de una base de datos de los pacientes atendidos a nivel de pregrado y posgrado de la Clínica Dental Docente desde enero del 2016 a diciembre del 2019.

La muestra estuvo constituida por una base de datos de las historias clínicas virtuales de pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre el año 2016 y 2019, de una población total de 37610 historias clínicas, se encontraron 233 (0.62%) con el diagnóstico de CPM. Luego de evaluar los criterios de inclusión se obtuvo 118 (0.31%) historias clínicas virtuales que cumplieron con los requerimientos de este estudio.

Los criterios de inclusión fueron las historias clínicas virtuales realizadas por los alumnos de pregrado y posgrado de enero 2016 hasta diciembre 2019 en la Clínica Dental Docente de UPCH con la historia clínica terminada, la presentación de caso aceptada por el docente responsable y presentando como un diagnóstico definitivo de CPM.

Los criterios de exclusión fueron las historias clínicas virtuales incompletas, que no fueron aceptadas por el docente, que no presentaron caso, que no cuentan con diagnóstico definitivo CPM (Colapso Posterior de Mordida) y que sea antes de enero 2016 y después de diciembre 2019.

La definición operacional de variables fue realizada por medio de una tabla operacional de variables (Anexo 1), basada en los objetivos específicos antes mencionados y los cuales son: sexo, edad, tejido dental, tejido periodontal, oclusión, ATM, tejido muscular y a nivel radiográfico.

Para el presente estudio se requirió la información del sistema de la Clínica Dental Docente de la UPCH, lo cual será entregado de manera completa en formato Microsoft Excel con las siguientes características: oclusión, tejido dental, tejido periodontal, articulación temporomandibular, tejido muscular y a nivel radiográfico. Según los datos personales para esta investigación se solicitó: edad y sexo.

Se contabilizó 118 historias clínicas virtuales clasificadas con diagnóstico definitivo. Se escogió 4 grupos etarios de entre 30 y 70 años, según el sexo ya sea masculino o femenino, y se dividió dependiendo de las características clínicas relevantes que presenten los pacientes con CPM encontradas en las historias clínicas virtuales.

Todo análisis fue realizado ante la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión en Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería (UIGICT-FMEE), y seguidamente, se recibió la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con SIDISI N° 208895, y posteriormente, se ejecutó la

investigación.

Y, por último, se llevó a cabo un análisis descriptivo observacional mediante la descripción y clasificación de cada variable de esta investigación. De igual forma, se realizó un análisis de 2 variables mediante la prueba Chi Cuadrado. Para este análisis se usó el programa estadístico STATA v.17.0 con un nivel de confianza de 95% y un  $p < 0.05$ .

Se realizó el estudio luego de recibir la aprobación del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) con fecha de 05 de Abril del 2023 y código SIDISI N° 208895.

#### **IV. RESULTADOS**

En una población total de 37610 historias clínicas, se encontraron 233 (0.62%) con el diagnóstico de CPM. Luego de evaluar los criterios de inclusión se obtuvo 118 (0.31%) historias clínicas virtuales que cumplieron con los requerimientos de este estudio, según el nivel de operador, el 37.61% (n=44) fueron historias clínicas de pregrado y el 62.39% (n=73) fue de posgrado, de acuerdo al sexo, el 65.25% (n=77) fue del sexo femenino y el 34.75% (n=41) fue del sexo masculino y con respecto a la edad, 63 fue la edad promedio con una desviación estándar de 12.63, donde el 40.68% (n=48) fueron adultos y el 59.32% (n=70) fueron adultos mayores.

Según los datos dentales recolectados, vemos que la atrición obtuvo un 39.83%(n=47), según a nivel del operador, el 40.43% (n=19) fueron de pregrado y el 59.57% (n=28) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 59.57% (n=28) fueron mujeres y el 40.43% (n=19) hombres y con respecto al grupo etario, el 38.30% (n=18) fueron adultos y el 61.70% (n=29) adultos mayores, el edentulismo parcial superior obtuvo un 90.68%(n=107), según a nivel del operador, el 39.62%(n=42) fueron de pregrado y el 60.38%(n=64) de posgrado, con respecto al sexo, el 64.49% (n=69) fueron mujeres y el 35.51% (n=38) hombres y de acuerdo con el grupo etario, el 49.19% (n=43) fueron adultos y el 59.81% (n=64) adultos mayores y el edentulismo parcial inferior obtuvo un 92.37%(n=109), según a nivel del operador, el 38.89%(n=42) fueron de pregrado y el 61.11%(n=66) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 65.14% (n=71) fueron mujeres y el 34.86% (n=38) hombres y de acuerdo con el grupo etario, el 40.37% (n=44) fueron adultos y el 59.63% (n=65) adultos mayores; además, las siguientes características que obtuvieron un

porcentaje menor son: abfracción 2.54% (n=3), fractura dental 11.86% (n=14) y otros: 44.92% (n= 53).

En cuanto a las características periodontales recabadas en las historias clínicas virtuales, se encontró que la enfermedad periodontal obtuvo un 83.17% (n=84), según a nivel del operador, el 40.48% (n=34) fueron de pregrado y el 59.52% (n=50) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 66.67% (n=56) fueron mujeres y el 33.33% (n=28) hombres y con respecto al grupo etario, el 40.48% (n=34) fueron adultos y el 59.52% (n=50) adultos mayores, la movilidad dental obtuvo un 33%(n=33), según a nivel del operador, el 33.33%(n=11) fueron de pregrado y el 66.67%(n=22) de posgrado, con respecto al sexo, el 60.61% (n=20) fueron mujeres y el 39.39% (n=13) hombres y de acuerdo con el grupo etario, el 39.39% (n=13) fueron adultos y el 60.61% (n=20) adultos mayores y el abanicamiento del sector anterior obtuvo un 12% (n=12), según a nivel del operador, el 16.67%(n=2) fueron de pregrado y el 83.33%(n=10) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 75% (n=9) fueron mujeres y el 25% (n=3) hombres y de acuerdo con el grupo etario, el 41.67% (n=5) fueron adultos y el 58.33% (n=7) adultos mayores, y con respecto a la siguiente característica que obtuvo un porcentaje menor fue: Otros: 4% (n=4).

Según los datos recolectados en las características a nivel de oclusión, se halló que la alteración del plano oclusal presentó un 81.37% (n=83), según el nivel del operador, el 36.59% (n=30) fueron de pregrado y el 63.41% (n=52) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 62.65% (n=52) fueron mujeres y el 37.35% (n=31) hombres y con respecto al grupo etario, el 40.58% (n=37) fueron adultos y el 55.42% (n=46) adultos mayores, la alteración de la guía anterior obtuvo un 53.92%(n=55), según

a nivel del operador, el 46.30%(n=25) fueron de pregrado y el 53.70%(n=29) de posgrado, con respecto al sexo, el 65.45% (n=36) fueron mujeres y el 34.55% (n=19) hombres y de acuerdo con el grupo etario, el 50.91% (n=28) fueron adultos y el 49.09% (n=27) adultos mayores, se encontró una asociación entre la alteración de la guía anterior con el grupo etario ( $p=0.031$ ), la alteración de la dimensión vertical obtuvo un 38.24% (n=39), según a nivel del operador, el 43.59%(n=17) fueron de pregrado y el 56.41%(n=22) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 64.10% (n=25) fueron mujeres y el 35.90% (n=14), hombres y de acuerdo con el grupo etario, el 33.33% (n=13) fueron adultos y el 66.67% (n=26) adultos y de acuerdo con las interferencias oclusales fue de un 38.24% (n=39), según el nivel del operador, el 38.46% (n=15) fueron de pregrado y el 61.54% (n=24) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 66.67% (n=26) fue del sexo femenino y el 33.33% (n=13) del sexo masculino, mientras que el grupo etario el 35.90% (n=14) fueron de adultos y el 64.10% (n=25) adulto mayor; además, se encontró una asociación entre alteración de la guía anterior y alteración del plano oclusal con el nivel del operador ( $p=0.014$ ) con respecto al sexo, el 65.12% (n=28) fue del sexo femenino y el 34.88% (n=15) del sexo masculino, de acuerdo con el grupo etario, el 46.51% (n=20) fue de adulto y el 53.49% (n=23) de adulto mayor y con respecto a las siguientes características que obtuvieron un porcentaje menor son: trauma oclusal 4.90% (n=5), maloclusiones 4.90% (n=5) y Otros 0.98% (n=1).

En cuanto a los datos de la articulación temporomandibular, la alteración de la articulación temporomandibular obtuvo un 14.71% (n=15), según el nivel del operador, el 60% (n=9) fueron pacientes de pregrado y el 40% (n=6) de posgrado, con respecto al sexo, el 60% (n=9) del sexo femenino y el 40% (n=6) del sexo

masculino, de acuerdo con el grupo etario, el 53.33% (n=8) fue de adulto y el 46.67% (n=7) de adulto mayor, se encontró asociación entre la variable otras con el grupo etario ( $p=0.007$ ), además las siguientes características que obtuvieron un porcentaje menor son: asimetrías internas 0.86% (n=1), desgarros y roturas 0% , luxaciones/subluxaciones 0.86% (n=1) y Otros 12.93% (n=15).

Mientras tanto, a nivel muscular se encontró que el síndrome de dolor miofascial obtuvo un 5.17% (n=6) en pacientes que presentaron esta alteración, a nivel del operador, el 16.67% (n=1) fueron de pregrado, mientras que el 83.33% (n=5) fueron de posgrado. De acuerdo con el sexo, el 83.33% (n=5) fueron del sexo femenino y el 16.67% (n=1) del sexo masculino, con respecto al grupo etario el 50% (n=3) fue de adulto y el otro 50% (n=3) fue de adulto mayor.

Además, según los datos recolectados radiográficamente, se encontró que el 25.46% (n=26) fueron pacientes que presentaron un informe radiográfico, mientras que, el 74.51% (n=76) no presentaron informe radiográfico, se encontró asociación entre la variable informe radiográfico y grupo etario ( $p=0.016$ ), en cuanto a la reabsorción ósea horizontal obtuvo un 37.50% (n=21) en pacientes, según a nivel del operador, el 61.90% (n=13) fueron pacientes de pregrado y el 38.10% (n=8) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 66.67% (n=14) fue del sexo femenino y el 33.33% (n=7) del sexo masculino y con respecto al grupo etario, el 28.57% (n=6) fue de adulto y el 71.43% (n=15) fue de adulto mayor, la neumatización del seno maxilar obtuvo el 23.21% (n=13), según el nivel del operador, el 61.54% (n=8) fueron pacientes de pregrado y el 38.46% (n=5) de posgrado, de acuerdo con el sexo, el 53.85% (n=7) fueron del sexo femenino y el 46.15% (n=6) del sexo

masculino y con respecto al grupo etario, el 38.46% (n=5) fueron de adulto y el 61.54% (n=8) del adulto mayor y las siguientes características que obtuvieron un porcentaje menor son: Descenso óseo 5.36% (n=3), reabsorción ósea vertical 1.79% (n=1) y Otros 33.90% (n=19).

## V. DISCUSIÓN

En nuestra investigación, según el sexo se encontró un mayor porcentaje en el sexo femenino en las historias clínicas evaluadas. Coincide con los estudios de Balarezo (2021), López (2019), Lunardhi (2020) y Quito Vallejo et al. (2020). Probablemente esto se debe a que las mujeres de 59 años a más, al estar en la etapa de la menopausia, los niveles de estrógenos disminuyen, la actividad osteoclástica prevalece y como consecuencia conduce a una pérdida gradual de densidad ósea, dando como resultado a una osteoporosis. (17)

En nuestra investigación, según el grupo etario se encontró un mayor porcentaje en adulto mayor. Según Balarezo (2021), Lopez (2019), Lunardhi (2020), Quito Vallejo et al. (2020), obtuvieron el mismo resultado. Esto se puede relacionar con la evolución progresiva de esta enfermedad en pacientes adultos por la mayor cantidad de pérdidas de piezas dentarias, contribuyendo a una mala salud bucal. Esto no suele darse en jóvenes ya que existe una mayor preocupación por el cuidado oral y estética (18).

En nuestra investigación a nivel de tejido dental se observó que el edentulismo parcial superior e inferior es una característica más frecuente. Según Balarezo (2021), López (2019), Lunardhi (2020) y Quito Vallejo et al. (2020) obtuvieron el mismo resultado. Esto se puede deber a que existe una disminución severa del soporte posterior por la pérdida de piezas dentarias, generando cambios característicos en las posiciones dentales, pérdida de integridad del arco dentario,

cambios en la posición mandibular y alteraciones del plano oclusal. Todo lo mencionado produce contactos prematuros (19).

Según López (2019), encontraron que la atrición fue la otra característica con mayor porcentaje. En nuestra investigación, se obtuvo el mismo resultado. Esta característica es causada por diversos factores, tales como: bruxismo o rechinar de los dientes y/o erosión; produciendo una pérdida de soporte posterior debido al desgaste excesivo dando como resultado una alteración de la DV (11).

Además, según Amsterdam y Abrams, mencionan que la pérdida de dientes posteriores genera una inclinación axial inadecuada de las fuerzas masticatorias. En casos de presencia de enfermedad periodontal moderada o avanzada se produce un espaciamiento de los dientes anteriores o un abanicamiento dando como resultado una sobrecarga oclusal, la pérdida de la dimensión vertical oclusal y un desplazamiento anterior de la mandíbula (1,2).

Se observó en los resultados sobre el tejido periodontal las siguientes características clínicas: enfermedad periodontal, movilidad dentaria y abanicamiento del sector anterior. Según Balarezo (2021), Lunardi (2020) y López (2019) obtuvieron el mismo resultado referente a la enfermedad periodontal. Esto probablemente se debe, a que la mayoría de pacientes con CPM puede presentar deficiencia en su higiene oral, dando resultado la pérdida de hueso y consecuentemente movilidad dental; además, según Munive Campos: especialista en el área de Rehabilitación

Oral en Ecuador, menciona que la severidad de la enfermedad periodontal, conlleva a una pérdida ósea y por defecto a un deterioro del soporte óseo ocasionando movilidad dentaria y consecuentemente la pérdida de piezas dentarias (5).

Según Balarezo (2021) y López (2019), encontraron que la mayoría de los datos encontrados presentaron alteración de la dimensión vertical donde se observa la disminución del tercio inferior. Sin embargo, en nuestra investigación se obtuvo que una minoría presentaban dicha característica. Esto se puede deber a los registros erróneos en las historias clínicas afectando la obtención de un adecuado diagnóstico.

Según Balarezo (2021), encontró alteraciones en la ATM como: dolor a la palpación, desviación en la apertura y cierre de la ATM. Sin embargo, Quito Vallejo et al.(2020), no encontró reportes acerca de algún tipo de alteración de la ATM. Mientras que en nuestra investigación, se obtuvo que algunas historias clínicas presentaron alguna alteración en la ATM.

En cuanto al tejido muscular, Balarezo (2021), encontró alteraciones a nivel del tejido muscular. Lunardhi (2020) y Quito Vallejo et al (2020) no encontraron reporte alguno. En nuestra investigación, el dolor miofascial fue el más predominante en pacientes con CPM. Debido a la alteración de la dimensión vertical conduce a alteraciones funcionales. Estos cambios oclusales pueden interrumpir el balance neuromuscular del sistema masticatorio provocando dolor y disfunción miofascial (19).

Según Balarezo (2021), Lunardhi (2020) y Quito Vallejo et al (2020) obtuvieron que la característica más predominante radiográficamente fue la reabsorción ósea horizontal. En nuestra investigación se obtuvo el mismo resultado. Según Balarezo (2021), menciona que esto es debido a una periodontitis moderada o severa ocasionando movilidad dental y a la vez pérdidas de piezas dentarias, teniendo como resultado deterioro de hueso alveolar (24).

Según Balarezo (2021) y Lunardhi (2020), encontraron que la mayoría de historias clínicas presentaron hallazgos radiográficos. Sin embargo, en nuestra investigación solo se obtuvieron en algunas historias clínicas. Esto se puede deber, a la deficiencia de llenado de historias clínicas por parte del operador de pregrado y postgrado con la supervisión del docente a cargo (19).

## **VI. CONCLUSIONES**

En base a los resultados obtenidos se concluye que la mayor frecuencia, según grupo etario, se encontró en adultos mayores y con respecto al género, las mujeres fueron las que tuvieron la mayor frecuencia.

En cuanto al tejido dental, las características más relevantes fueron el edentulismo parcial inferior, seguido del edentulismo parcial superior y atrición.

De acuerdo al tejido periodontal, las características más frecuentes fueron la enfermedad periodontal, seguido de movilidad dental y el abanicamiento del sector anterior.

A nivel de oclusión, las características más frecuentes fueron: las alteraciones del plano oclusal, alteración de la guía anterior, seguido de la alteración de la dimensión vertical y por último, la interferencia oclusal.

De acuerdo a las características clínicas más frecuentes de la ATM encontramos la alteración de la articulación temporomandibular: ruidos articulares y desviación de la apertura y cierre.

Con respecto a nivel muscular, la característica más relevante fue el síndrome de dolor miofascial.

Finalmente, a nivel radiográfico, se encontró: reabsorción ósea horizontal, seguido de la neumatización del seno maxilar y el descenso óseo.

### **RECOMENDACIONES**

- Se indica realizar otros estudios en los cuales los estudiantes coloquen todos los datos sobre un diagnóstico oclusal en el cual el docente verifique la presencia de ellos.
- Se indica realizar más estudios sobre esta línea de investigación en otros años y la realización de futuras investigaciones de casos y controles.

### **LIMITACIONES**

- Se presentaron inconvenientes al momento de recaudar información debido a la falta de data en las historias clínicas.
- Se presentaron historias clínicas con ausencia de informe radiográfico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Keith J. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. *J Prosthet Dent.* 2017; 117 (5): 1-105.
2. Okeson, J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares (8a. ed.) [En Línea]. España: Editorial Elsevier, 2020 [consultado 26 Oct 2020]
3. Ramfjord A. Significance of Occlusion in the Etiology and Treatment of Early, Moderate and Advanced Periodontitis. Septiembre, 1981.
4. Baldi3n P, Betancourt D. S3ndrome de colapso de mordida posterior. *Acta Odontol Colomb*, 2012; 2 (2): 193-209.
5. Munive C, Valdivia R. Colapso posterior de mordida, etiolog3a, diagn3stico diferencial y tratamiento. Reporte de un caso. *Rev Cien Odontol.* 2013; 1: 36-43.
6. Alv3tez D. Dimensi3n vertical oclusal. Art3culo de revisi3n. *Odontol Sanmarquina.* 2016; 19(1): 56-60.
7. Espinosa J, Irribarra R, Gonz3lez H. M3todos de evaluaci3n de la dimensi3n vertical oclusal. *Clin. Periodoncia Implantol. Rehabilitaci3n Oral.* 2018; 11(2): 116-120.
8. Shifman A, Laufer BZ, Chweidan H. Posterior bite collapse- revisited. *J Oral Rehabil.* 1998; 25 (5): 376 – 85.
9. Moreno-Hay I, Okeson JP. Does altering the occlusal vertical dimension produce temporomandibular disorders? A literature review. *J Oral Rehab.* 2015; 42 (11): 875-82.
10. Santhosh Kumar MP, Harshitha C. Prevalence of temporomandibular disorders among dental undergraduate students. *Drug Invention Today.* 2018;

10(7):1147-50.

11. Fonseca, Raymond J. Oral and Maxillofacial Surgery: Temporomandibular disorders. Vol 2. 2º Edición. Madrid; Edit: Harcourtbrace España;2000.
12. López F. Frecuencia de características clínicas en pacientes con Diagnóstico de colapso Posterior de Mordida atendidos en pregrado de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2015-2018 [Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista].Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019
13. Huamanciza-Torres Erick Emerson, Chávez-Rimache Lesly, Chacón-Uscamaita Pamela Roxana, Ayala de la Vega Gerardo. Tipo de edentulismo parcial bimaxilar y su asociación con el nivel socioeconómico-cultural. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 Abr [citado 2024 Mayo 31] ; 18( 2 ): 281-297.
14. García Juan Cardentey, Carmona Concepción Juan A, González García Xiomara, González Rodríguez Raidel, Labrador Falero Dunia M. Atrición dentaria en la oclusión permanente. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Ago [citado 2024 Mayo 31] ; 18( 4 ): 566-573.
15. Stern N, Brayer L. Collapse of the occlusion--aetiology, symptomatology and treatment. J Oral Rehab. 1975;2(1):1-19.
16. Silverman M. The speaking method in measuring vertical dimension. J Prosthet Dent. 2001; 85 (5): 427-431.
17. Baldión P, Betancourt D. Síndrome de colapso de mordida posterior. Acta Odontol. Colomb. 2012; 2 (2): 193-209.
- Abduo J. Safety of increasing vertical dimension of occlusion: A systematic

review. Quintessence Int. 2012; 43 (5): 369-80

18. Balarezo J. Factores Clínicos relevantes en el diagnóstico de un Colapso Posterior de Mordida. Una revisión sistemática, [Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2021.
19. Lunardhi y colab. Rehabilitación Oral completa en paciente con mordida cruzada anterior y colapso posterior de mordida: Reporte de caso. Rev Rev Ind Prostdoncia. 2020; 1(2): 37- 41.
20. Quito Vallejo E y colab. Rehabilitación Oral de paciente con Síndrome de Colapso Posterior de Mordida: Reporte de caso. Rev Oactica UC Cuenca. Ecuador. 2020; 5(1): 31-36.

## VIII. TABLAS

**Tabla N°1: Datos sociodemográficos**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nivel de operador		
Pregrado	44	37,61
Posgrado	73	62,39
Sexo		
Mujer	77	65,25
Hombre	41	34,75
Edad	X=63	DE=12.63
Adulto	48	40,68
Adulto mayor	70	59,32
Total	118	100,00

**Tabla N°2: Las características clínicas más relevantes de los tejidos dentales.**

Variables	n	%	Nivel de operador				Sexo				Grupo etario						
			Pregrado		Posgrado		p	Mujer		Hombre		p	Adulto		Adulto mayor		p
			n	%	n	%		n	%	n	%		n	%			
<b>Abfracción</b>																	
Presenta	3	2,54	1	33,33	2	66,67	0.877*	2	66,67	1	33,33	0.958*	1	33,33	2	66,67	0.793*
No presenta	115	97,46	43	37,72	71	62,28		75	65,22	40	34,78		47	40,87	68	59,13	
<b>Atrición</b>																	
Presenta	47	39,83	19	40,43	28	59,57	0.606*	28	59,57	19	40,43	0.292*	18	38,30	29	61,70	0.668*
No presenta	71	60,17	25	35,71	45	64,29		49	69,01	22	30,99		30	42,25	41	57,75	
<b>Fractura dental</b>																	
Presenta	14	11,86	5	38,46	8	61,54	0.946*	6	42,86	8	57,14	0.061*	5	35,71	9	64,29	0.687*

No presenta	104	88,14	39	37,50	65	62,50		71	68,27	33	31,73		43	41,35	61	58,65
-------------	-----	-------	----	-------	----	-------	--	----	-------	----	-------	--	----	-------	----	-------

Edentulismo parcial superior

Presenta	107	90,68	42	39,62	64	60,38	0.162*	69	64,49	38	35,51	0.585*	43	40,19	64	59,81	0.735*
----------	-----	-------	----	-------	----	-------	--------	----	-------	----	-------	--------	----	-------	----	-------	--------

No presenta	11	9,32	2	18,18	9	81,82		8	72,73	3	27,27		5	45,45	6	54,55
-------------	----	------	---	-------	---	-------	--	---	-------	---	-------	--	---	-------	---	-------

Edentulismo parcial inferior

Presenta	109	92,37	42	38,89	66	61,11	0.321*	71	65,14	38	34,86	0.926*	44	40,37	65	59,63	0.811*
----------	-----	-------	----	-------	----	-------	--------	----	-------	----	-------	--------	----	-------	----	-------	--------

No presenta	9	7,63	2	22,22	7	77,78		6	66,67	3	33,33		4	44,44	5	55,56
-------------	---	------	---	-------	---	-------	--	---	-------	---	-------	--	---	-------	---	-------

Otros

Presenta	53	44,92	18	33,96	35	66,04	0.459*	36	67,92	17	32,08	0.582*	22	41,51	31	58,49	0.868*
----------	----	-------	----	-------	----	-------	--------	----	-------	----	-------	--------	----	-------	----	-------	--------

No presenta	65	55,08	26	40,63	38	59,38		41	63,08	24	36,92		26	40,00	39	60,00
-------------	----	-------	----	-------	----	-------	--	----	-------	----	-------	--	----	-------	----	-------

---

**Tabla N°3: Características clínicas más relevantes del tejido periodontal.**

Variables	n	%	Nivel de operador				Sexo				Grupo etario						
			Pregrado		Posgrado		p	Mujer		Hombre		p	Adulto		Adulto mayor		p
			n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Enfermedad periodontal																	
Presenta	84	83,17	34	40,48	50	59,52	0.393	56	66,67	28	33,33	0.753	34	40,48	50	59,52	0.075
No presenta	17	16,83	5	29,41	12	70,59	*	12	70,59	5	29,41	*	3	17,65	14	82,35	*
Movilidad dental																	
Presenta	33	33,00	11	33,33	22	66,67	0.415	20	60,61	13	39,39	0.340	13	39,39	20	60,61	0.728
No presenta	67	67,00	28	41,79	39	58,21	*	47	70,15	20	29,85	*	24	35,82	43	64,18	*
Abanicamiento del sector anterior																	
Presenta	12	12,00	2	16,67	10	83,33	0.091	9	75,00	3	25,00	0.530	5	41,67	7	58,33	0.721
No presenta	88	88,00	37	42,05	51	57,95	*	58	65,91	30	34,09	*	32	36,36	56	63,64	*
Otros																	

Presenta	4	4,00	1	25,00	3	75,00	0.559	4	100,0	0	0,00	0.152	2	50,00	2	50,00	0.583
							*		0			*					*
No presenta	96	96,00	38	39,58	58	60,42		63	65,63	33	34,38		35	36,46	61	63,54	

---

**Tabla N°4: Características clínicas más relevantes a nivel de oclusión.**

Variables	n	%	Nivel de operador				p	Sexo				p	Grupo etario				p
			Pregrado		Posgrado			Mujer		Hombre			Adulto		Adulto mayor		
			n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Alteración de la dimensión vertical</b>																	
Presenta	39	38,24	17	43,59	22	56,41	0.326*	25	64,10	14	35,90	0.791*	13	33,33	26	66,67	0.205*
No presenta	63	61,76	21	33,87	41	66,13		42	66,67	21	33,33		29	46,03	34	53,97	
<b>Alteración guía anterior</b>																	
Presenta	55	53,92	25	46,30	29	53,70	0.054*	36	65,45	19	34,55	0.957*	28	50,91	27	49,09	0.031*
No presenta	47	46,08	13	27,66	34	72,34		31	65,96	16	34,04		14	29,79	33	70,21	
<b>Alteración del plano oclusal</b>																	
Presenta	83	81,37	30	36,59	52	63,41	0.654*	52	62,65	31	37,35	0.177*	37	44,58	46	55,42	0.145*
No presenta	19	18,63	8	42,11	11	57,89		15	78,95	4	21,05		5	26,32	14	73,68	
<b>Interferencias oclusales</b>																	
Presenta	39	38,24	15	38,46	24	61,54	0.890*	26	66,67	13	33,33	0.870*	14	35,90	25	64,10	0.394*

	No presenta	63	61,76	23	37,1 0	39	62,90		41	65,08	22	34,9 2		28	44,44	35	55,56	
Trauma oclusal	Presenta	5	4,90	1	20,0 0	4	80,00	0.404 *	4	80,00	1	20,0 0	0.489 *	3	60,00	2	40,00	0.380 *
	No presenta	97	95,10	37	38,5 4	59	61,46		63	64,95	34	35,0 5		39	40,21	58	59,79	
Maloclusiones	Presenta	5	4,90	4	80,0 0	1	20,00	0.050 *	4	80,00	1	20,0 0	0.489 *	1	20,00	4	80,00	0.324 *
	No presenta	97	95,10	34	35,4 2	62	64,58		63	64,95	34	35,0 5		41	42,27	56	57,73	
Otros	Presenta	1	0,98	0	0,00	1	100,0 0	0.435 *	1	100,0 0	0	0,00	0.468 *	1	100,0 0	0	0,00	0.230 *
	No presenta	101	99,02	38	38,0 0	62	62,00		66	65,35	35	34,6 5		41	40,59	60	59,41	
Alteración de la guía anterior + alteración de plano oclusal	Presenta	43	36,44	22	52,3 8	20	47,62	0.014 *	28	65,12	15	34,8 8	0.981 *	20	46,51	23	53,49	0.329 *
	No presenta	75	63,56	22	29,3 3	53	70,67		49	65,33	26	34,6 7		28	37,33	47	62,67	

**Tabla N°5 Características clínicas más relevantes de la ATM y muscular.**

Variables	n	%	Nivel de operador				Sexo				Grupo etario						
			Pregrado		Posgrado		p	Mujer		Hombre		p	Adulto		Adulto mayor		p
			n	%	n	%		n	%	n	%		n	%			
<b>Asimetrías internas</b>																	
Presenta	1	0,86	1	100,0	0	0,00	0.194	0	0,00	1	100,0	0.174	1	100,0	0	0,00	0.232
			0				*			0		*	0				*
No presenta	115	99,14	4	36,84	7	63,16		7	65,22	4	34,78		4	40,87	68	59,13	
			2		2			5		0			7				
<b>Desgarros/ roturas</b>																	
Presenta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	NR	0	0,00	0	0,00	NR	0	0,00	0	0,00	NR
No presenta	116	100,00	4	37,39	7	62,61		7	64,66	4	35,34		4	41,38	68	58,62	
			3		2			5		1			8				
<b>Luxaciones/subluxaciones</b>																	
Presenta	1	0,86	0	0,00	1	100,0	0.438	1	100,0	0	0,00	0.458	1	100,0	0	0,00	0.232
			0		0		*	0		0		*	0				*
No presenta	115	99,14	4	37,72	7	62,28		7	64,35	4	35,65		4	40,87	68	59,13	
			3		1			4		1			7				

Artritis

Presenta	0	0,00	0	0,00	0	0,00	NR	0	0,00	0	0,00	NR	0	0,00	0	0,00	NR
No presenta	116	100,00	4	37,39	7	62,61		7	64,66	4	35,34		4	41,38	68	58,62	
			3		2			5		1			8				

Síndrome de dolor miofascial

Presenta	6	5,17	1	16,67	5	83,33	0.281	5	83,33	1	16,67	0.326	3	50,00	3	50,00	0.660
							*					*					*
No presenta	110	94,83	4	38,53	6	61,47		7	63,64	4	36,36		4	40,91	65	59,09	
			2		7			0		0			5				

Otras

Presenta	15	12,93	9	60,00	6	40,00	0.052	9	60,00	6	40,00	0.686	1	73,33	4	26,67	0.007
							*					*	1				*
No presenta	101	87,07	3	34,00	6	66,00		6	65,35	3	34,65		3	36,63	64	63,37	
			4		6			6		5			7				

Alteración de la articulación temporo mandibular

Presenta	15	14,71	9	60,00	6	40,00	0.065	9	60,00	6	40,00	0.615	8	53,33	7	46,67	0.225
							*					*					*
No presenta	87	85,29	3	34,88	5	65,12		5	66,67	2	33,33		3	36,78	55	63,22	
			0		6			8		9			2				

**Tabla N°6: Características clínicas más relevantes a nivel radiográfico.**

Variables	n	%	Nivel de operador					Sexo					Grupo etario					
			Pregrado		Posgrado		p	Mujer		Hombre		p	Adulto		Adulto mayor		p	
			n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%		
<b>Neumatización del seno maxilar</b>																		
Presenta	13	23,2	8	61,54	5	38,4	0,213	7	53,85	6	46,1	0,370	5	38,4	8	61,54	0,827	
		1			6	*			5	*		6					*	
No presenta	43	76,7	18	41,86	2	58,1		2	67,44	1	32,5		1	41,8	25	58,14		
		9			5	4		9		4	6		8	6				
<b>Descenso óseo</b>																		
Presenta	3	5,36	2	66,67	1	33,3	0,470	2	66,67	1	33,3	0,930	1	33,3	2	66,67	0,779	
					3	*			3	*		3					*	
No presenta	53	94,6	24	45,28	2	54,7		3	64,15	1	35,8		2	41,5	31	58,49		
		4			9	2		4		9	5		2	1				
<b>Reabsorción ósea horizontal</b>																		
Presenta	21	37,5	13	61,90	8	38,1	0,072	1	66,67	7	33,3	0,773	6	28,5	15	71,43	0,141	
		0			0	*		4		3	*		7				*	
No presenta	35	62,5	13	37,14	2	62,8		2	62,86	1	37,1		1	48,5	18	51,43		
		0			2	6		2		3	4		7	7				
<b>Reabsorción ósea vertical</b>																		
Presenta	1	1,79	1	100,0	0	0,00	0,278	1	100,0	0	0,00	0,452	0	0,00	1	100,00	0,400	
				0		*		0			*						*	

Otros	No presenta	55	98,2 1	25	45,45	3 0	54,5 5		3 5	63,64	2 0	36,3 6		2 3	41,8 2	32	58,18	
	Presenta	19	33,9 3	9	47,37	1 0	52,6 3	0.920 *	1 3	68,42	6	31,5 8	0.644 *	9	47,3 7	10	52,63	0.492 *
Informe radiográfico	No presenta	37	66,0 7	17	45,95	2 0	54,0 5		2 3	62,16	1 4	37,8 4		1 4	37,8 4	23	62,16	
	Presenta	26	25,4 9	14	53,85	1 2	46,1 5	0.064 *	2 0	76,92	6	23,0 8	0.162 *	5	19,2 3	21	80,77	0.016 *
	No presenta	76	74,5 1	25	33,33	5 0	66,6 7		4 7	61,84	2 9	38,1 6		3 5	46,0 5	41	53,95	

## ANEXOS

### ANEXO 1

<b>Variables</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores y categorías</b>
Sexo	Características físicas de los seres humanos.	Se registrará el sexo según DNI de la persona.	Cualitativa	Dicotómica Nominal	1: Mujer 2: Hombre
Edad	Es un lapso de tiempo desde el nacimiento hasta el momento de existencia, con la edad se genera cambios fisiológicos a nivel del hueso, que origina a una pérdida de la función de nivel articular.	Se le preguntará al encuestado sobre su edad en años cumplidos.	Cuantitativa	Discreta De razón	Años en números enteros

Tejido dental	Se determina si existe presencia de caries, que podría ser uno de los factores que inicia este proceso de Colapso posterior de mordida, pérdidas de piezas dentarias, en muchos casos nos ayuda a determinar la pérdida gradual del soporte posterior debido a la inclinación axial de los dientes posteriores.	Se dividirá por las siguientes alteraciones que presenten los pacientes con CPM a nivel del tejido dental.	Cualitativa	Politémica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1: Abfracción</li> <li>2: Atrición</li> <li>3: Fracturas dentales</li> <li>4: Edentulismo parcial superior</li> <li>5: Edentulismo parcial inferior</li> <li>6: Otros</li> </ol>
Tejido periodontal	Al examen clínico, se evalúa el tejido periodontal; si está presente, este sería la causa de movilidad dental y sobrecarga oclusal.	Se dividirá por las siguientes alteraciones que presenten los pacientes con CPM a nivel del tejido periodontal.	Cualitativa	Politémica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1: Enfermedad Periodontal</li> <li>2: Movilidad dental</li> <li>3: Abanicamiento de sector anterior</li> </ol>

					4: Otros
Oclusión	Al examen clínico, alteración de la dimensión vertical, maloclusiones, bruxismo, extrucciones dentarias, migraciones, abanicamiento, mordida cruzada, mordida en tijera, mordida profunda, interferencias oclusales y pérdida del soporte oclusal.	Se dividirá por las siguientes alteraciones que presenten los pacientes con CPM a nivel de oclusión.	Cualitativa	Politómica Nominal	1: Alteración de la Dimensión Vertical 2: Alteración de la guía anterior 3: Alteración del plano oclusal 4: Interferencias Oclusales 5: Trauma oclusal 6: Maloclusiones dentales 7: Otros 8: Alteración de la guía anterior + alteración del plano oclusal

<p>Articulación temporo mandibular</p>	<p>Es el desvío en el momento de la apertura y cierre del ATM, se producen cambios condilares, dolor en la palpación, chasquidos, trastorno inflamatorio, muchas veces protrusión de la mandíbula.</p>	<p>Se dividirá por las siguientes alteraciones que presenten los pacientes con CPM a nivel de la articulación temporo mandibular.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Politémica Nominal</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1: Asimetrías internas</li> <li>2: Desgarros/Roturas</li> <li>3: Luxaciones/Subluxaciones</li> <li>4: Artritis</li> <li>5: Otros</li> <li>6: Alteración de la articulación temporomandibular</li> </ol>
--	--	---	--------------------	-------------------------------	--

Muscular	Una vaina de fibras musculares capaces de contraer y generar movimientos, este tejido cumple importantes movimientos como la apertura, cierre, protrusión, retrusión y lateralización de derecha a izquierda o viceversa de la mandíbula.	Se dividirá por las siguientes alteraciones que presenten los pacientes con CPM a nivel de la muscular.	Cualitativa	Politémica Nominal	1: Síndrome de dolor miofascial
----------	---	---	-------------	-----------------------	---------------------------------

Radiografía	Nos permite evaluar la estructura ósea y pérdida de piezas dentarias.	Se dividirá por las siguientes alteraciones que presenten los pacientes con CPM a nivel radiográfico.	Cualitativa	Politémica Nominal	<ol style="list-style-type: none"><li>1: Neumatización del seno maxilar.</li><li>2: Descenso óseo</li><li>3: Reabsorción ósea horizontal</li><li>4: Reabsorción ósea vertical</li><li>5: Otros</li><li>6: Informe Radiográfico</li></ol>
-------------	---	---	-------------	-----------------------	--