

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



**“CARACTERÍSTICAS ESQUELETALES DE PACIENTES BRUXOMANOS
EVALUADAS EN RADIOGRAFÍAS LATERALES, CONSULTA PRIVADA,
AREQUIPA, 2022”**

Tesis presentada por la Bachiller:
Velásquez Jacinto, Luciana Patricia
Para optar el título profesional de:
Cirujana Dentista

Asesora:
Dra. Gamarra Ojeda, Roxana

Arequipa-Perú
2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ODONTOLOGIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 11 de Noviembre del 2022

Dictamen: 004920-C-EPO-2022

Visto el borrador del expediente 004920, presentado por:

2017203352 - VELASQUEZ JACINTO LUCIANA PATRICIA

Titulado:

**“CARACTERÍSTICAS ESQUELETALES DE PACIENTES BRUXOMANOS EVALUADAS EN
RADIOGRAFÍAS LATERALES, CONSULTA PRIVADA, AREQUIPA, 2022”**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1889 - DE LOS RIOS FERNANDEZ ENRIQUE MANUEL
DICTAMINADOR**

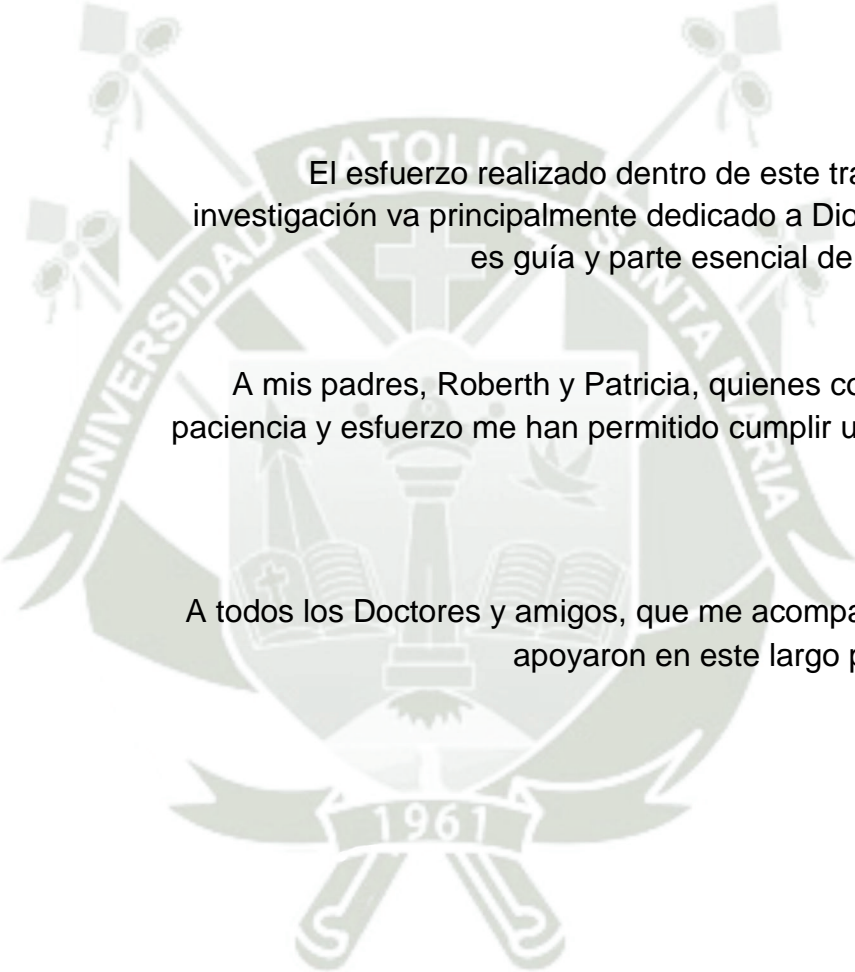


**2471 - PALOMINO VALVERDE IVO ALVARO
DICTAMINADOR**



**2498 - PAREDES MUÑOZ GILMAR HUGO
DICTAMINADOR**





El esfuerzo realizado dentro de este trabajo de investigación va principalmente dedicado a Dios, quien es guía y parte esencial de mi vida.

A mis padres, Roberth y Patricia, quienes con amor, paciencia y esfuerzo me han permitido cumplir un sueño más.

A todos los Doctores y amigos, que me acompañaron y apoyaron en este largo proceso.



EPÍGRAFE

“El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apriete y rechinamiento dentario, es de etiología multifactorial y está asociado principalmente a stress y a alteraciones del sueño o parasomnias.”

Frugone Zambra, Rodríguez C.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue identificar las características esqueléticas de pacientes bruxómanos mediante la evaluación de radiografías laterales realizada en la consulta privada en el distrito de Cayma, provincia de Arequipa, durante el lapso de los meses de mayo a agosto del año 2022.

Se evaluaron las radiografías de 36 pacientes bruxómanos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Estos pacientes fueron clasificados por géneros y rangos de edad. Se realizaron 108 mediciones correspondientes a los siguientes reparos anatómicos: ancho de la rama ascendente del maxilar inferior, altura del cuello del cóndilo, ancho de la vía aérea, profundidad de la escotadura antegonial, lordosis de la columna cervical, inclinación del incisivo inferior, inclinación del plano oclusal y contorno de sínfisis.

Los resultados mostraron que el 65,7% de pacientes de la muestra presentaron una escotadura antegonial aumentada mientras que sólo el 8,5% la presentaron disminuida respecto a la anatomía normal. Por otro lado, el 80,6% de los pacientes presentó la columna cervical con su lordosis rectificadas y un 2,8% presentó la lordosis aumentada. El 50% presentaron inclinación aumentada del incisivo inferior y sólo el 19,4% presentaron linguo inclinación. El 44,4% de pacientes registró una inclinación normal del plano oclusal, el 30% con la inclinación aumentada y el 25% disminuida. El 55,6 % de pacientes presentó aumento del contorno de la sínfisis comparado con los demás. La media de longitud del ancho de rama fue de 27,72 mm en un rango menor de 23,57 mm y uno mayor de 37,66 mm. La altura del cuello del cóndilo en promedio fue de 12,36 mm en un rango de 6,66 mm y 18,95 mm. Finalmente, la longitud media del ancho de la vía aérea fue de 9,96 mm en un rango de 4,62 mm y 16,9 mm.

Palabras Clave: Bruxismo, Características esqueléticas, Radiografías laterales.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to identify the skeletal characteristics of bruxomaniac patients through the evaluation of lateral radiographs carried out in the private consultation in the district of Cayma, province of Arequipa, during the period of the months of May to August of the year 2022.

The radiographs of 36 bruxomaniac patients who met the inclusion and exclusion criteria were evaluated. These patients were classified by gender and age range. 108 measurements corresponding to the following anatomical landmarks were made: width of the ascending ramus of the lower jaw, height of the condyle neck, width of the pathway, aerial depth of the antegonial notch, lordosis of the cervical spine, inclination of the lower incisor, inclination occlusal plane and symphysis contour.

The results showed that 65.7% of the patients in the sample presented an increased antegonial notch while only 8.5% had a decreased presentation with respect to normal anatomy. On the other hand, 80.6% of the patients presented the cervical spine with its lordosis rectified and 2.8% presented the lordosis increased. 50% increased inclination of the lower incisor and only 19.4% of lingual inclination. 44.4% of patients increased a normal inclination of the occlusal plane, 30% with increased inclination and 25% decreased. 55.6% of patients presented an increase in the contour of the symphysis compared to the others. The mean length of the branch width was 27.72 mm in a lower range of 23.57 mm and a greater one of 37.66 mm. The height of the neck of the condyle on average was 12.36 mm in a range of 6.66 mm and 18.95 mm. Finally, the mean length of the airway width was 9.96 mm in a range of 4.62 mm and 16.9 mm.

Keywords: Bruxism, Skeletal characteristics, Lateral radiographs.

INTRODUCCIÓN

El Bruxismo consiste en una actividad del sistema estomatognático caracterizada por el apriete y rechinar dentario que se manifiesta durante el sueño y la vigilia, sin que esto involucre la masticación de alimentos. En la actualidad, esta patología alcanza un alto nivel de prevalencia en gran parte de la población, afectando tanto a adultos como a niños, mostrando un aumento en adolescentes a partir de 13 años. Sucede pues que, el bruxismo, como hábito de masticación involuntario o espasmódico parafuncional, puede provocar un trauma oclusal, limitar los movimientos de la mandíbula y producir posibles Trastornos Temporomandibulares.

Las investigaciones en torno a la relación que existe entre el Bruxismo y los Trastornos Temporomandibulares, toman gran relevancia para la determinación de las causas y consecuencias de modo que se establezcan los protocolos de diagnóstico temprano, tratamiento y prevención de dicha patología.

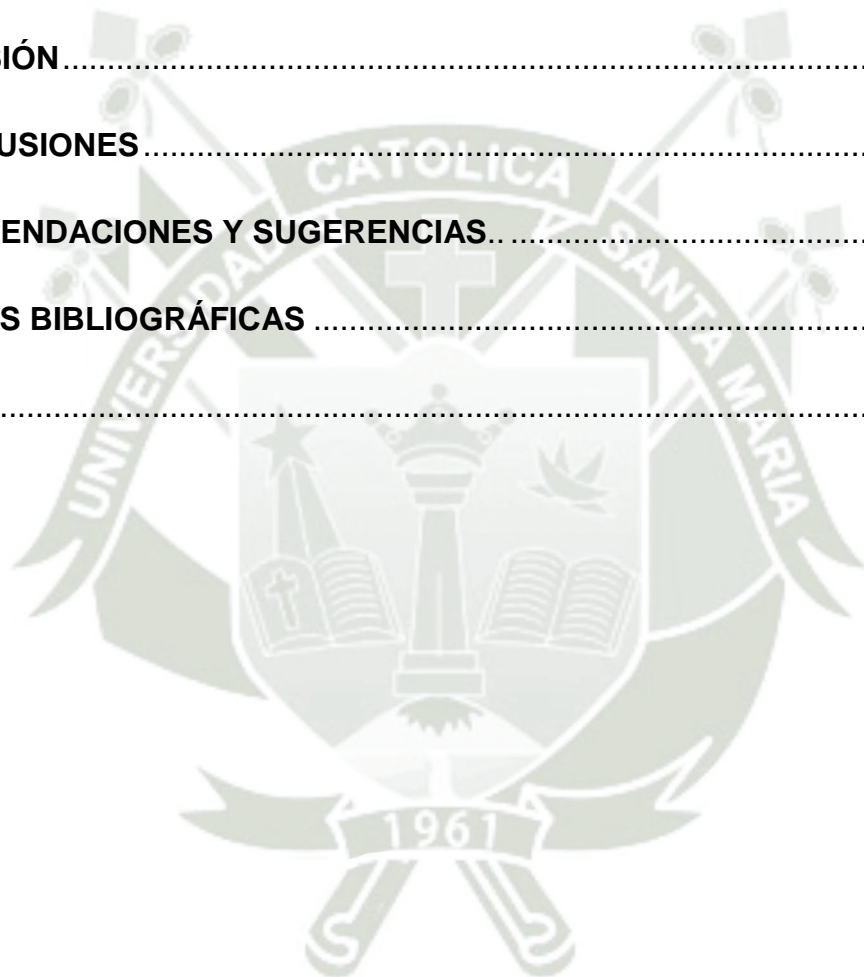
En atención a la problemática, el presente trabajo de investigación pretende identificar las características esqueléticas en pacientes bruxómanos según el género y grupo etario, al mismo tiempo, pretende ofrecer información sobre los factores morfológicos con datos experimentales que permitan ampliar y profundizar las futuras investigaciones respecto al bruxismo como patología y su vinculación con los Trastornos Temporomandibulares.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
EPÍGRAFE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del Problema	2
1.2. Enunciado del Problema	4
1.3. Descripción del Problema	4
1.4. Justificación.....	1
2. MARCO CONCEPTUAL	2
2.1. ESQUEMA DE CONCEPTOS BÁSICOS.....	2

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	11
3.1. ANTECEDENTES NACIONALES	11
3.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	13
4. OBJETIVOS	18
5. HIPÓTESIS	18
CAPÍTULO II	19
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	20
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	20
1.1 TÉCNICA	20
1.2 INSTRUMENTOS	21
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	22
2.1. Ubicación espacial	22
2.2. Ubicación Temporal	22
2.3. Unidades de Estudio	22
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN	23
3.1. Organización	23
3.2. Recursos	23
3.3. Prueba Piloto	24
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	24
4.1. Plan De Procesamiento	24

4.2. Plan De Análisis	24
CAPÍTULO III	25
RESULTADOS	26
1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
Características Esqueletales De Pacientes Bruxómanos.....	26
2. DISCUSIÓN.....	52
3. CONCLUSIONES.....	55
4. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	66

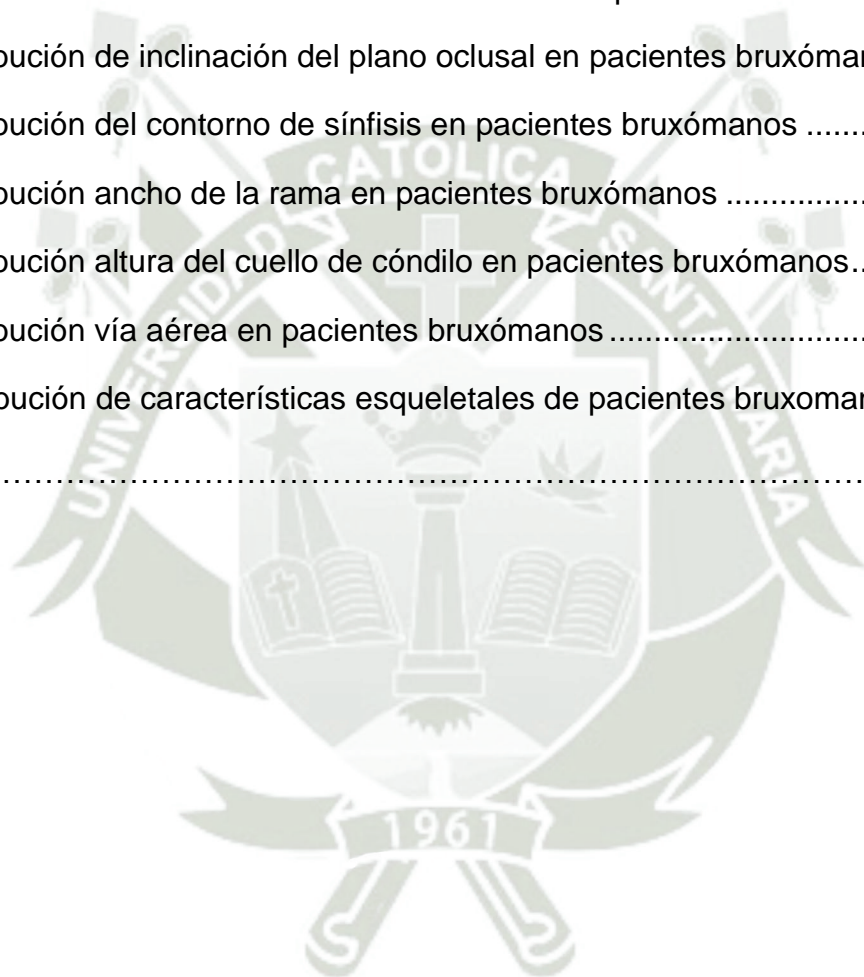


ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	4
Tabla 2 Taxonomía de la investigación	6
Tabla 3 Esquematización de la técnica	20
Tabla 4 Estructura del instrumento	21
Tabla 5 Distribución de escotadura antegonial de pacientes bruxómanos	26
Tabla 6 Columna cervical de pacientes bruxómanos	28
Tabla 7 Inclinação del incisivo inferior de pacientes bruxómanos.....	30
Tabla 8 Inclinação del plano oclusal de pacientes bruxómanos	32
Tabla 9 Contorno de sínfisis de pacientes bruxómanos	34
Tabla 10 Ancho de la rama en pacientes bruxómanos.....	36
Tabla 11 Altura del cuello de cóndilo en pacientes bruxómanos	38
Tabla 12 Vía aérea en pacientes bruxómanos	40
Tabla 13 Características esqueléticas por edad en pacientes bruxómanos	42
Tabla 14 Características esqueléticas por edad en pacientes bruxómanos	44
Tabla 15 Características esqueléticas por género en pacientes bruxómanos.....	47
Tabla 16 Características esqueléticas por género en pacientes bruxómanos.....	49
Tabla 17 Matriz de datos generales.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de escotadura antegonial de pacientes bruxómanos.....	27
Figura 2 Distribución de columna cervical de pacientes bruxómanos	29
Figura 3 Distribución de inclinación del incisivo inferior en pacientes bruxómanos	31
Figura 4 Distribución de inclinación del plano oclusal en pacientes bruxómanos.....	33
Figura 5 Distribución del contorno de sínfisis en pacientes bruxómanos	35
Figura 6 Distribución ancho de la rama en pacientes bruxómanos	37
Figura 7 Distribución altura del cuello de cóndilo en pacientes bruxómanos.....	39
Figura 8 Distribución vía aérea en pacientes bruxómanos	41
Figura 9 Distribución de características esqueléticas de pacientes bruxomanos por género.....	51





CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del Problema

Se considera el bruxismo como un hábito parafuncional involuntario de los músculos mandibulares y cráneo cervicales, que está caracterizado por el semiconsciente apretamiento de los dientes, se clasifica como bruxismo de vigilia o diurno, cuando se hace al estar despierto y bruxismo del sueño o nocturno, cuando el rechinar es al estar dormido. La manifestación clínica más frecuente es la atrición dental (1), de causa multifactorial, dicha conducta está asociada frecuentemente con alteraciones del sueño y de tipo psicosociales (2), también se ha evidenciado que el bruxismo puede ser provocado por una reacción a sustancias o medicamentos, o una forma de defensas frente a situaciones estresantes (3,4) La epidemiología del bruxismo a nivel mundial es alta, fluctuando entre el 6% y un 91% variando según cada país (2); la mayor prevalencia la tiene el bruxismo del sueño, con un porcentaje entre 8% y 31% (5). Inclusive, está dentro de las alteraciones parafuncionales con más incidencia de los desórdenes orofaciales. En EEUU, afecta al 10 % de la población entre adultos y niños (6) y en el caso de Perú, no hay estadísticas oficiales al respecto, sin embargo, investigaciones apuntan a que la prevalencia es de por lo menos un 50% en los participantes estudiados (1,7).

Cabe destacar que, aún no hay consenso para establecer el bruxismo como una patología; sin embargo, es un factor de riesgo para enfermedades bucodentales y

trastornos temporomandibulares (2,5). En este sentido, también puede generar, un desgaste dental anormal, provocado por el apretar y rechinar los dientes de manera intensa y con periódicas repeticiones, la pérdida del esmalte y la exposición de dentina al exterior, otras consecuencias clínicas son las fracturas radiculares, fracturas de dientes, dolor, movilidad de los dientes, reducida capacidad de abrir la boca al despertar y músculos faciales hipertrofiados, así como cefalea en la región del músculo temporal (4).

Además, de su alta incidencia y sus consecuencias, otro aspecto que ha mantenido la atención del bruxismo dentro de la comunidad científica es su incidencia en las características esqueléticas de pacientes bruxómanos evidenciado mediante radiografías laterales. En este sentido, el biotipo facial corresponde a aquellas características funcionales y morfológicas que determinan la dirección del crecimiento y comportamiento funcional del macizo cráneo-facial de una persona, indica la predominancia entre las dimensiones horizontales y verticales en un rostro y es de gran utilidad en la odontología, porque ayuda en la toma de decisiones terapéuticas (8).

En este contexto, se ha evidenciado mediante radiografías laterales en un centro odontológico privado ubicado en Arequipa, que los pacientes bruxómanos presentan características esqueléticas particulares, lo que implica la necesidad de hacer un estudio científico que permita determinar si el bruxismo produce cambios morfológicos en el macizo cráneo-facial de estos pacientes, motivo por el que se presenta este estudio donde se evaluarán 108 RX laterales de pacientes diagnosticados con disfunción temporomandibular con hábito de bruxismo.

1.2. Enunciado del Problema

“Características esqueléticas de pacientes bruxómanos evaluadas en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022”.

1.3. Descripción del Problema

a) Área de conocimiento

Área General : Ciencias de la salud.

Área específica : Odontología.

Especialidad : Ortodoncia.

Línea o tópico : Trastornos temporomandibulares.

b) Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Indicadores	Subindicadores
Características esqueléticas de pacientes bruxómanos	Escotadura antegonial	-Plana -Pronunciada. -Normal.
	Columna cervical	-Lordosis normal. -Lordosis rectificada. -Lordosis aumentada.
	Inclinación del incisivo inferior	-Normal. -Aumentado. -Disminuido.
	Inclinación del plano oclusal	-Normal. -Aumentado. -Disminuido.
	Contorno de sínfisis	-Aumentado. -Disminuido. -Normal.
	Ancho de la rama	-Distancia (mm) en milímetros

	Altura del cuello de cóndilo	-Distancia (mm) en milímetros
	Vía área	-Distancia (mm) en milímetros
	Edad	-De 15 a 30 años -De 31 a 45 años -De 45 a mas
	Género	-Masculino. -Femenino

c) Interrogantes básicas

c.1. ¿Cómo es la escotadura antegonial de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

c.2. ¿Cómo es la columna cervical de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

c.3. ¿Cómo es la inclinación del incisivo inferior de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

c.4. ¿Cómo es la inclinación del plano oclusal de pacientes bruxómanos evaluado en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

c.5. ¿Cómo es el contorno de sínfisis de pacientes bruxómanos evaluado en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

c.6. ¿Cuál es la medida del ancho de la rama de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

c.7. ¿Cuál es la altura del cuello del cóndilo de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

c.8. ¿Cuál es el ancho de la vía área de pacientes bruxómanos evaluado en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022?

d) Taxonomía de la investigación

Tabla

Taxonomía de la investigación

Abordaje	Tipo de estudio					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el n° de mediciones de la variable	Por el n° de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Descriptivo	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	Documental	No experimental	Descriptivo

1.4. Justificación

La investigación se justifica por las siguientes razones; cualidades y características posicionales o volumétricas pueden describir el biotipo facial de una persona, dadas las peculiaridades funcionales y morfológicas que determinan la dirección del crecimiento y comportamiento del macizo cráneo-facial (8) y que estas características están relacionadas con los trastornos temporomandibulares y el bruxismo (10).

La observación radiográfica que se realizó en la presente investigación es una técnica muy utilizada en odontología para realizar evaluaciones en los pacientes, ya que, permite tomar la información y registrarla para posteriores análisis, de modo que se pueda constatar el cómo se produce un hecho. Por tanto, determinar las medidas de las características esqueléticas en pacientes bruxómanos es de suma relevancia para determinar sus causas y realizar el diagnóstico oportuno, tratamiento y posibles acciones preventivas.

Estudios previos hasta la fecha han identificado que la oclusión en pacientes adultos se ve afectada significativamente por los grados del bruxismo, además, que existe relación entre el bruxismo y los trastornos temporomandibulares en pacientes adultos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Esquema de conceptos básicos

a) Características Esqueletales.

a.1 Definición.

Cualidades posicionales o volumétricas que permiten describir el biotipo facial de una persona, en atención a las peculiaridades funcionales y morfológicas que determinan la dirección del crecimiento y comportamiento del macizo cráneo-facial; indicando la predominancia entre las dimensiones horizontales y verticales en un rostro (8).

a.2 Clasificación.

a.2.1 Escotadura antegonial.

a.2.1.1 Definición.

Es una curvatura hacia arriba del borde inferior de la mandíbula anterior al proceso angular (gonion), que resulta de la aposición debajo del ángulo gonial junto con una reabsorción excesiva debajo de la sínfisis en mandíbulas con rotación hacia atrás y hacia abajo (9).

a.2.1.2 Características.

-Ubicada en la cara posterior del cuerpo de la mandíbula (10).

-Una escotadura antegonial profunda se asocia con la presencia de un crecimiento alterado de los cóndilos mandibulares, tanto en trastornos congénitos como adquiridos. Incluso se relaciona con la rotación hacia atrás y hacia debajo de las mandíbulas durante el crecimiento (10).

-La profundidad antegonial puede ser utilizada como un indicador del potencial de crecimiento mandibular (10).

a.2.2 Columna cervical.

a.2.2.1 Definición.

Constituye un dispositivo que sostiene la plataforma sensorial, la mueve y orienta en el espacio tridimensional. Los movimientos de la cabeza son ejecutados por los músculos, pero el tipo de movimientos posibles depende de la forma y estructura de las vértebras cervicales y de la interacción entre ellas. La cinemática de la columna cervical está orientada por la anatomía de los huesos que componen el cuello y las articulaciones que la forman (11).

a.2.2.2 Características.

-Sus unidades son el atlas, el axis, la unión C2±3 y las restantes vértebras cervicales típicas (11).

-La columna cervical superior es el mediador entre cabeza y el tronco y forma un sistema interrelacionado anatómica y funcionalmente (12).

-Las aferencias del aparato periodontal y los músculos de la mandíbula convergen en los núcleos del trigémino, junto con la información sensorial de la columna cervical (12).

-La aparición de una curvatura de concavidad posterior en la región dorsal se conoce como lordosis (13).

La profundidad cervical puede ser normal ($10 \text{ mm} \pm 2 \text{ mm}$), rectificadora ($< 8 \text{ mm}$), cifótica (< 1), lordótica ($> 12 \text{ mm}$) (13).

a.2.3 Inclínación del incisivo inferior.

a.2.3.1 Definición.

Corresponde al ángulo entre el plano mandibular y el eje longitudinal del incisivo inferior más adelantado (15).

a.2.3.2 Características.

-La posición y estética de los labios pueden verse influenciada por la de los incisivos (16).

-Una inclinación excesiva del incisivo inferior puede desarrollar dehiscencia ósea (16).

-La posición del incisivo inferior tiene un importante efecto funcional. Debe resistir la sobre erupción incisal y proporcionar armonía y funcionalidad a la articulación temporomandibular, al facilitar una guía anterior adecuada y movimientos protrusivos, que son cruciales para una oclusión orgánica mutuamente protegida (17).

-La posición vertical logra el equilibrio y la armonía en el tercio facial inferior (17).

-El ángulo inclinación de los incisivos se ve afectado por las demás estructuras anatómicas de cada paciente (17).

a.2.4 Inclinación del plano oclusal.

a.2.4.1 Definición.

El plano oclusal es una segmentación bidimensional de un fenómeno tridimensional; en la radiografía cefalométrica, se utiliza una línea recta para representar un plano imaginario al nivel de la oclusión.

Constituida por la trayectoria desde los primeros molares (superiores e inferiores) hasta donde se cruzan con incisivos (superiores e inferiores); de manera que, la inclinación del plano oclusal tiene características individuales y está conectada con la función del sistema estomatognático y con la estética de la apariencia dentofacial. Por lo cual, se convierte en un parámetro importante para obtener relaciones orofaciales armoniosas (18).

a.2.4.2 Características.

-La alteración del plano oclusal debe considerarse para mejorar la estética de la sonrisa, pero también el grado de cambio sagital en la base nasal y el mentón (19).

-En un perfil convergente, el plano oclusal suele ser plano y hay un aumento de la sobremordida (19).

-La dimensión vertical de la parte posterior de la dentición puede afectar la inclinación del plano oclusal maxilar posterior y la posición funcional de la mandíbula (19).

-La inclinación del plano oclusal posterior refleja la altura vertical de la oclusión. Durante el crecimiento y el desarrollo puede influir en el patrón esquelético y el tipo de maloclusión (19).

-La inclinación del plano oclusal se relaciona con los tipos faciales (19).

a.2.5 Contorno de sínfisis.

a.2.5.1 Definición.

Zona de fácil acceso, con un adecuado volumen de hueso cortical y mayor masa de hueso esponjoso. Resulta de una interacción de varios factores que pueden ser genéticos y adaptativos. Su forma puede verse afectada durante el período de crecimiento, indirectamente por la inclinación de los incisivos inferiores y la compensación dentoalveolar que se produce durante ese período como resultado de la discrepancia anteroposterior de la mandíbula. También, la profundidad de la sínfisis, altura, relación, ángulo e inclinación con respecto al plano mandibular, están asociadas con el patrón de crecimiento de un individuo (9).

a.2.5.2 Características.

-Conformada por diferentes puntos de la curvatura de la sínfisis:
(a) punto B, es el más profundo; (b) mentón, represente el inferior; (c) pogonion; punto anterior; (d) punto D, ubicado en la zona central; (e) gnation, punto anteroinferior (20).

a.2.6 Ancho de la rama.

a.2.6.1 Definición.

Medición que determina la longitud desde el borde anterior (punto más profundo y posterior de la rama) hasta la altura del plano oclusal (20).

a.2.6.2 Características.

- La rama mandibular posee osificación endocondrial (21).
- El desarrollo tardío es ocasionado por la adaptación a la diversa maduración de los compartimentos faríngeos y nasomaxilar (anteroposterior y vertical) (21).
- Se puede presentar en atención a tres parámetros: (a) dolicofacial, puede ser angosta con sentido anteroposterior; (b) mesofacial, el ancho es equivalente a la altura del cuerpo; (c) braquifacial, tanto la rama como el cuerpo mandibular son anchos (21).

a.2.7 Altura del cuello de cóndilo.

a.2.7.1 Definición.

El cuello de cóndilo es un segmento óseo, localizado por la parte baja de la cabeza condilar, que une a esta con la rama mandibular y se ubica inclinado ligeramente hacia el anterior.

Además, facilita la inserción de estructuras musculares y de ligamentos (22).

a.2.7.2 Características.

- Presenta un polo externo e interno.
- Se encuentra próximo a la piel y permite su palpación (23).
- Produce una respuesta a la amplitud de la cabeza del cóndilo (23).
- El alargamiento del cuello de cóndilo, es característico de la hiperplasia condilar (23).

a.2.8 Vía área.

a.2.8.1 Definición.

Abarca desde las fosas nasales y la abertura bucal, hasta el extremo ciego de los sacos alveolares. Permite el flujo de aire, durante la ventilación desde el ambiente externo hasta las superficies respiratorias, donde ocurre el intercambio de gases. Se subdivide en: (a) vía aérea superior, conformada por boca, nariz, nasofaringe, orofaringe, laringofaringe y

laringe; (b) vía aérea inferior, incluye la tráquea, bronquios, bronquiolos y sacos alveolares (24).

a.2.8.2 Características.

-La oclusión intermitente, parcial o completa es característico de la apnea del sueño (25).

-La estrechez de la vía aérea superior, puede potenciar la tendencia de una maloclusión esquelética (25).

-Para verificar su tamaño, se emplea la longitud presente entre la intercepción de la lengua (contorno posterior) con la mandíbula (borde inferior) y el lugar más próximo a la faringe (pared posterior) (25).

a.2.9 Edad.

a.2.9.1 Definición.

Corresponde al lapso de tiempo transcurrido o periodo de vida de un individuo, expresada de manera específica en años y meses (26).

a.2.10 Género.

a.2.10.1 Definición.

Expresión definida de características que interactúan con el sexo biológico. Incluye los conceptos de masculino y femenino (27).

b) Bruxismo

b.1 Definición.

Es una afección motora oral, una actividad repetitiva de los músculos mandibulares caracterizada por apretar o rechinar los dientes y/o por el refuerzo o empuje de la mandíbula que puede ocurrir durante la vigilia (bruxismo despierto) o durante el sueño (bruxismo del sueño) (28).

b.2 Causas.

La etiología del bruxismo no está clara, pero la afección se ha asociado con estrés, trastornos oclusales, alergias y posturas para dormir (29).

b.3 Consecuencias.

El bruxismo puede provocar desgaste dental, dolor y fatiga de los músculos de la mandíbula y dolores de cabeza temporales y, en algunas formas graves, puede comprometer funciones orales como masticar, hablar y tragar (28).

b.4 Tratamiento.

Dentro de los tratamientos frecuentes indicados se encuentran: (a) medidas de higiene del sueño combinadas con técnicas de relajación, (b) terapia con férula, (c) terapia farmacológica y (d) estimulación eléctrica contingente (28).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Antecedentes nacionales

TÍTULO: Bruxismo y su influencia en la oclusión en paciente adulto de 40 a 60 años de edad de la clínica odontológica de la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca 2017.

AUTORES: Ccallo M, Colque M, 2018.

RESUMEN: Identificaron el bruxismo y su influencia en la oclusión en pacientes adultos, a través de un estudio descriptivo, transversal, que incluyó 50 pacientes, con edades entre 40 a 60 años. Sus resultados indicaron: prevalencia en adultos con edades entre 51- 55 años (36%), género femenino (62%) masculino (38%), hábitos de bruxismo grado II (70%); clases de Angle, llave molar lado derecho (ausente, 48%) lado izquierdo (ausente, 54%); llave canina lado derecho (clase II, 46%) lado izquierdo (ausente, 46%); desgaste cervical (ausente, 92%) y desgaste en los bordes incisales (92%). De manera que concluyeron, que la oclusión en pacientes adultos se ve afectada significativamente por los grados del bruxismo (30).

TÍTULO: Manifestaciones tomográficas de las superficies óseas de las articulaciones temporomandibulares en pacientes bruxópatas adultos.

AUTOR: Burga K, 2017.

RESUMEN: Demostró manifestaciones tomográficas de las superficies óseas de las articulaciones temporomandibulares en pacientes bruxópatas adultos. Aplicó un estudio descriptivo, observacional, delimitó una muestra de 30 pacientes a quienes le realizaron tomografías de las superficies óseas. Sus resultados

evidenciaron alteraciones de la superficie del cóndilo en la cara superior (65%), cara posterior (65%), raíz transversa de la cigoma horizontal (50%) cavidad glenoidea profundización (45%), distancia media de la cabeza del cóndilo (11.50 mm), distancia media intracapsular superior (entre 3.37 y 3.42 mm), dimensiones del cuello en pacientes femeninas (9.30 mm) y masculinos (8.19 mm). Concluyó que, las manifestaciones tomográficas de las superficies óseas de las articulaciones temporomandibulares en pacientes bruxópatas adultos no están asociados con el sexo (30).

TÍTULO: Bruxismo y trastornos temporomandibulares según criterios de diagnóstico de investigación en pacientes atendidos en el centro de salud San Antonio, 2017.

AUTORES: Benites D, Malca K, 2017.

RESUMEN: Determinaron a través del índice criterios de diagnóstico de investigación la relación del bruxismo y trastornos temporomandibulares. El estudio fue correlacional, transversal, definieron una muestra de 353 pacientes atendidos en el consultorio odontológico. Entre sus resultados destacan: prevalencia de trastornos temporomandibulares (35.7%), patrón de apertura recta (20.7%), patrón de apertura corregida (36.5%), dolor muscular derecho (11.9%) izquierdo (10.5%) dolor a la palpación en el músculo masetero (10.8%), músculo digástrico (9.6%), músculo pterigoideo lateral (86.1%), tendón del temporal (87%); cansancio en los músculos de la cara (40.5%). Por lo cual concluyeron que existe relación entre el del bruxismo y trastornos temporomandibulares en pacientes adultos.

3.2. Antecedentes internacionales

TÍTULO: Evaluación de los cambios óseos condilares en pacientes con bruxismo mediante tomografía computarizada de haz cónico: un estudio observacional transversal.

AUTORES: Kumar S, Kannan A, Anuradha G, Krithika C, Yesoda A, 2022.

RESUMEN: Evaluaron los cambios condilares óseos en pacientes con bruxismo sintomático y asintomático. El estudio fue observacional transversal, emplearon 132 imágenes de tomografía computarizada de haz cónico, de 33 pacientes sintomáticos (grupo 1) y 33 pacientes asintomáticos (grupo 2) de edades comprendidas entre los 18 y los 35 años. En sus resultados obtuvieron en el grupo 1 cambios óseos de aplanamiento (42.4%), osteofitos (30%), esclerosis (54.5%) y erosión superficial (24.2%) en al menos una articulación; mientras que en el grupo 2 reportaron aplanamientos (33.3%), osteofitos (45.5%), esclerosis (30.3) y erosión superficial (33,3%) en al menos una articulación. Concluyeron que, aunque la remodelación condilar es un proceso relacionado con la edad, con la asociación de hábitos parafuncionales el componente óseo del cóndilo puede deteriorarse a una edad más temprana, como posible razón del bruxismo y esto da lugar a cambios óseos degenerativos en el cóndilo. El uso de tomografía computarizada de haz cónico ayuda a la gestión oportuna y detección temprana de estos cambios óseos, lo que puede ayudar a controlar la progresión de la enfermedad (33).

TÍTULO: Evaluación de la densidad ósea mandibular en bruxistas: el valor de las radiografías panorámicas.

AUTOR: Casazza E, Ballester B, Philip C, Raskin A, 2022.

RESUMEN: Establecieron diferencia en la densidad ósea mandibular entre pacientes con bruxismo y sin bruxismo. El estudio fue descriptivo, observacional, utilizaron radiografías panorámicas 37 de pacientes con bruxismo y 47 de pacientes sin bruxismo. En sus resultados encontraron diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de hueso esponjoso a cortical entre ambos grupos ($p < 0.05$), siendo mayor en los bruxómanos. De igual forma, la exostosis ósea en el ángulo mandibular fue significativamente mayor de pacientes con bruxismo ($p < 0.05$). Concluyeron que, el estudio de radiografías panorámicas permite obtener los determinantes en pacientes con bruxismo (34).

TÍTULO: Aposición ósea en los ángulos mandibulares como signo radiológico de bruxismo: un estudio retrospectivo.

AUTOR: Türp J, Simonek M, Dagassan D, 2021.

RESUMEN: Determinaron en radiografías panorámicas la prevalencia de alteraciones macroscópicamente visibles y características morfológicas en la región del ángulo mandibular en pacientes con bruxismo. El estudio fue observacional, con 200 radiografías panorámicas: 100 imágenes de adultos con diagnóstico clínico de bruxismo (73 mujeres, 27 hombres, rango de edad de 21 a 83 años), 100 imágenes de un grupo de comparación formado por adolescentes (66 hembras, 34 varones, rango de edad de 12 a 18 años). En sus resultados

distinguieron aposición en 95 ángulos mandibulares (47.5%) de 59 pacientes adultos con bruxismo (grado 2 y 3) acompañada por un cambio direccional del ángulo mandibular correspondiente. A diferencia del grupo de bruxismo, ninguno de los adolescentes mostró remodelación ósea. En cambio, solo se observaron los grados 0 y 1 (36 y 64 adolescentes, respectivamente). Además, determinaron que un individuo diagnosticado con bruxismo tenía casi 300 veces más probabilidades de mostrar aposición ósea que un no bruxista (IC 95% 17–4772; $p < 0.0001$). Concluyeron que, la aposición ósea en los ángulos mandibulares requiere un período de desarrollo relativamente largo (muchos años), que se producen durante la contracción de los músculos mandibulares que cierran debido al bruxismo. Por lo tanto, la aposición ósea diagnosticada radiológicamente puede servir como indicación o confirmación de bruxismo (35).

TÍTULO: Evaluación de la densidad y morfología del hueso maxilar en bruxistas mediante radiografía panorámica.

AUTOR: Isman O, 2021.

RESUMEN: evaluó los efectos del bruxismo del sueño sobre la densidad ósea, la mineralización y la morfología de la mandíbula mediante la comparación de bruxistas y no bruxistas. Empleó un estudio observacional, con 120 radiografías panorámicas, de 60 pacientes con bruxismo y 60 pacientes sin bruxismo (control) con rango de edad 24-52 años. Sus resultados evidenciaron, índice cortical mandibular (0.80), foramen mentoniano (0.81), índice mandibular panorámico (0.79), foramen antegonion (0.73), profundidad de la muesca antegonial (0.84), ancho cortical en el gonion (0.78). Asimismo, el género y la edad no se asociaron

a la forma cortical en ninguno de los grupos ($p > 0,05$). Incluso, detectaron cambios morfológicos (pequeños “picos óseos”) en la corteza de la región gonial mandibular en pacientes con bruxismo (31,7%) y en no bruxistas (5%). El foramen mentoniano fue significativamente diferente entre ambos grupos ($p = 0.006$), la profundidad de la muesca antegonial fue mayor en pacientes con bruxismo ($p = 0.001$) y el ancho cortical en el gonion fue mayor en bruxistas masculinos ($p = 0.001$). Concluyó que, el estudio brindó datos morfométricos de pacientes con bruxismo (defectos en el margen endóstico de la corteza y engrosamiento cortical en la región mentoniana) lo que podrían facilitar el diagnóstico radiológico de la condición (36).

TÍTULO: Evaluación del hueso trabecular mandibular en pacientes con bruxismo mediante análisis fractal.

AUTOR: Gulec M, Tassoker M, Ozcan S, Orhan K, 2021.

RESUMEN: evaluaron el efecto del bruxismo en la dimensión fractal (FD) del hueso trabecular mandibular a través de radiografías panorámicas digitales y la efectividad del análisis fractal como prueba de diagnóstico para el bruxismo. El estudio observacional, incluyó 106 pacientes bruxómanos y 106 no bruxómanos, con edades entre 21 y 40 años. Sus resultados demostraron que la dimensión fractal para el cóndilo mandibular derecho presentó diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.041$) entre los individuos bruxómanos (1.40 ± 0.09) y no bruxómanos (1.42 ± 0.08). Para la dimensión fractal, entre las regiones gonial derecha ($p = 0.000$), cóndilo izquierdo ($p = 0.017$) y gonial izquierda, las de mujeres fueron inferiores a los de los hombres; para el grupo de edad de 21 a 25 años

tenían la media más alta (FD=1.47) y para los grupos de 26-30 y 36-40 años la media más baja (FD=1.44). Concluyeron que, existen diferencias trabeculares en las áreas condilares de los individuos bruxistas, los cuales pueden ser identificados por el análisis fractal (37).

TÍTULO: Características esqueléticas para la determinación cualitativa del biotipo facial en telerradiografía lateral: Estudio Piloto.

AUTORES: Schulz R, Núñez M, Cerda B, Rivera M, Ponce E, López J, et al., 2018.

RESUMEN: determinaron parámetros visuales sencillos para la evaluación de características esqueléticas relacionadas con el biotipo facial en una telerradiografía lateral. El estudio fue descriptivo, transversal, usaron telerradiografías de perfil analizadas por 69 estudiantes de odontología. En sus resultados, identificaron cinco características esqueléticas proyección del mentón (-2.49), divergencia facial (-2.85), ancho de la rama mandibular (-1.97), escotadura sigmoidea (-0.96) y relación de la rama con el cuerpo mandibular (-0.06). Por lo cual concluyeron que, estas características pueden ser utilizadas para identificar la morfología ósea facial, en pacientes atendidos en odontología (8).

4. OBJETIVOS

- oe.1.** Identificar cómo es la escotadura antegonial de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.
- oe.2.** Identificar cómo es la columna cervical de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.
- oe.3.** Identificar cómo es la inclinación del incisivo inferior de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.
- oe.4.** Identificar cómo es la inclinación del plano oclusal de pacientes bruxómanos evaluado en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.
- oe.5.** Identificar cómo es el contorno de sínfisis de pacientes bruxómanos evaluado en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.
- oe.6.** Identificar cuál es la medida del ancho de la rama de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.
- oe.7.** Identificar cuál es la altura del cuello del cóndilo de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.
- oe.8.** Identificar cuál es el ancho de la vía área de pacientes bruxómanos evaluada en radiografías laterales, consulta privada, Arequipa, 2022.

5. HIPÓTESIS

Sobre este particular, en la investigación no se establecieron hipótesis, en virtud de su carácter descriptivo, que se orienta a identificar un valor para cada variable y sus dimensiones, en cónsona representación, por lo expuesto por referentes especializado en el contexto investigativo (38).



CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnica

1.1.1 Especificación

La observación, fue la técnica utilizada, e integra los sentidos en pro de constatar cómo se suscita un hecho de énfasis investigativo, sin repercutir en el ámbito específico (39). En atención a ello, se empleó la observación radiográfica.

1.1.2 Esquematación

Tabla 2

Esquematación de la técnica

Variable investigativa	Técnica
Características esqueléticas de pacientes bruxómanos.	Observación radiográfica.

1.1.3 Descripción De La Técnica

La observación radiográfica, consiste en detallar de cada imagen lateral obtenida, la valoración y pronóstico de cada indicador precisado para la variable. Se solicitó previamente autorización del profesional de odontología para la consulta privada.

1.2 Instrumentos

1.2.1 Instrumento Documental

1.2.1.1 Especificación

La ficha de registro es el instrumento que contiene los parámetros fijados, que hicieron posible el acceso a la información de la variable procedente de las unidades muestrales (40).

1.2.1.2 Estructura Del Documento.

Tabla 3

Estructura del instrumento

Variable	Indicadores	Ítems
Características esqueléticas de pacientes bruxómanos	Edad	1
	Género	2
	Escotadura antegonial	3
	Columna cervical	4
	Inclinación del incisivo inferior	5
	Inclinación del plano oclusal	6
	Contorno de sínfisis	7
	Ancho de la rama	8
	Altura del cuello de cóndilo	9
	Vía área	10

1.2.2 Instrumento Mecánico

- Computador.
- Impresora.
- Memorias USB.

1.2.3 Materiales De Verificación

- Radiografías laterales.

-Ficha de registro.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

a) **Ámbito general:**

Distrito de Cayma, provincia Arequipa.

b) **Ámbito Específico:**

Consulta privada, ubicada en la avenida Cayma 201.

2.2. Ubicación Temporal

Corresponde al lapso de mayo-agosto del año 2022.

2.3. Unidades de Estudio

a) **Alternativa**

-Grupos.

b) **Control De Los Grupos**

-Pacientes con bruxismo.

c) **Criterios De Inclusión**

c.1. **Criterios de inclusión**

- Pacientes con bruxismo.
- Pacientes con edades igual o superior a 13 años.
- Pacientes diagnosticados en la consulta privada.

c.2. **Criterios de exclusión**

- Pacientes con tratamiento de ortodoncia.
- Pacientes que hayan sufrido shocks.

d) Tamaño Del Grupo

-Grupo de 36 radiografías laterales de paciente bruxómanos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN

3.1. Organización

-Se envió comunicación al profesional de odontología de consulta privada, a fin de solicitar autorización para llevar a cabo la toma de datos dentro de las inmediaciones de la institución.

-Posterior a la aprobación, se implementó la ficha de registro, destinada para las radiografías laterales.

-Los datos, se consignaron en una cuadrícula para su análisis e interpretación.

3.2. Recursos

a) Recursos Humanos

-Investigadora.

-Asesor.

-Profesional de odontología.

b) Recursos Físicos

-Equipos e infraestructura disponible en la consulta privada de odontología.

c) Recursos Económicos

-El estudio fue subvencionado por medio de los recursos económicos propios de la investigadora, sin disponer de ayuda financiera externa pública o privada.

d) Recursos Institucionales

-Universidad Católica de Santa María.

-Consulta privada, ubicada en la avenida Cayma 201.

3.3. Prueba Piloto

Consistió en una valoración de aspectos metodológicos, de factibilidad y viabilidad adecuados en pequeña escala, que facilitaron la planificación de una investigación de mayor envergadura (41). En este sentido, se realizó con el 5% del grupo de radiografías laterales de paciente bruxómanos.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan De Procesamiento

Para procesar los datos, se empleó el programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V25. La sistematización se realizó a través de un matriz, derivada del conteo de las derivaciones numéricas de la ficha de registro. Para la presentación se elaboraron tablas y gráficos, en conjunto con sus interpretaciones.

4.2. Plan De Análisis

Se destinaron métodos estadístico descriptivos para obtener las distribuciones de frecuencias, de tendencia central y dispersión, que permitieron la identificación y comprensión de las variables y sus dimensiones.



CAPÍTULO III: RESULTADOS

CAPÍTULO III RESULTADOS

1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Características Esqueletales De Pacientes Bruxómanos.

Luego de la recolección de la información mediante el instrumento descrito anteriormente, se realizó el procesamiento de los datos los cuales se presentan a continuación:

OE.1. Escotadura antegonial de pacientes bruxómanos

Los valores en relación a las características esqueléticas para la variable escotadura antegonial, obtenidos en la consulta mediante radiografías laterales, se distribuyeron en tres categorías: aumentada, normal y plana. La distribución de los datos se describe en la Tabla 5.

Tabla 4

Distribución de escotadura antegonial de pacientes bruxómanos

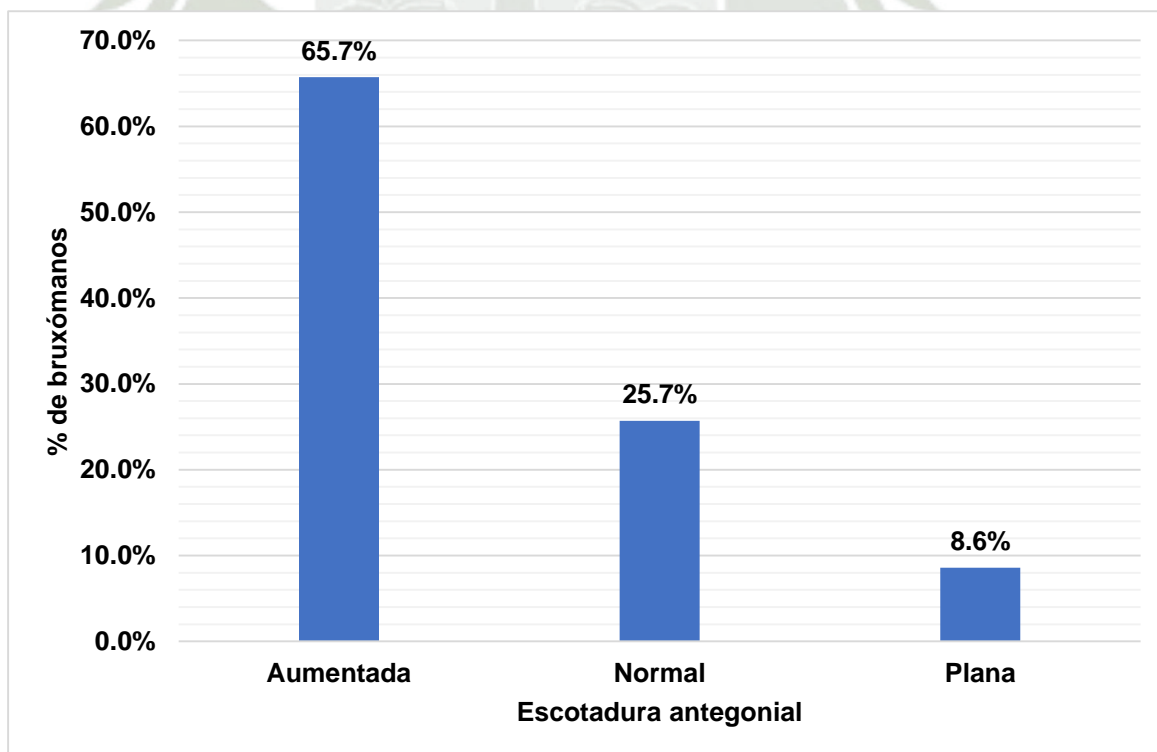
Escotadura antegonial	Frecuencia	Porcentaje
Aumentada	23	65,7%
Normal	9	25,7%
Plana	3	8,6%
Total	35	100%

Se pudo identificar que las características esqueléticas de escotadura antegonial aumentada representa el 65.7% del total de pacientes bruxómanos evaluados, mientras que una escotadura antegonial normal corresponde al 25,7% de los pacientes y solamente el 8,5% presenta una escotadura antegonial plana.

Como se observa en la Figura 1, la tendencia en los pacientes bruxómanos es presentar una escotadura antegonial aumentada, por otro lado, una cuarta parte de los pacientes presenta dicha característica a niveles normales y menos del 10% la presenta plana.

Figura 1

Distribución de escotadura antegonial de pacientes bruxómanos



OE.2. Columna cervical de pacientes bruxómanos.

Para identificar las características esqueléticas de columna cervical, obtenidos en la consulta mediante radiografías laterales, se subdividieron en tres categorías: lordosis rectificada, lordosis normal, lordosis aumentada. La distribución de los resultados se describe en la Tabla 6.

Tabla 5

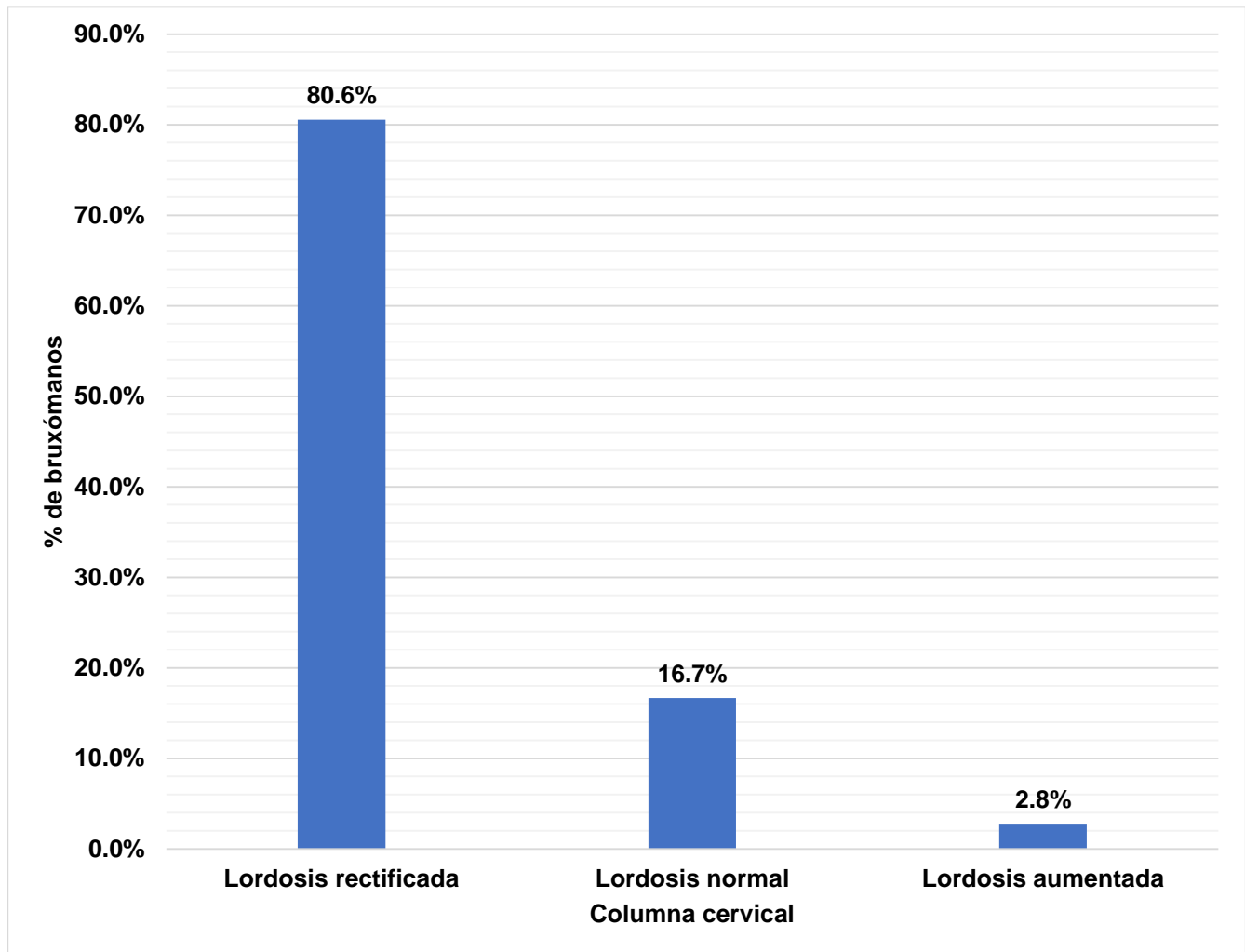
Columna cervical de pacientes bruxómanos

Columna cervical	Frecuencia	Porcentaje
Lordosis rectificada	29	80,6%
Lordosis normal	6	16,7%
Lordosis aumentada	1	2,8%
Total	36	100,0%

Los resultados en la Tabla 6 muestra que la columna cervical con lordosis rectificada representa el 80,6% de los pacientes, con lordosis normal está presente en el 16,7% de los casos y solo el 2,8% presenta lordosis aumentada. La Figura 2 muestra que la tendencia principal de los pacientes bruxómanos presenta lordosis rectificada.

Figura 2

Distribución de columna cervical de pacientes bruxómanos



OE.3. Inclinación del incisivo inferior

Para determinar el ángulo inclinación de los incisivos, los resultados se subdividieron en tres categorías: aumentado, normal y disminuido.

Su distribución se presenta en la Tabla 7.

Tabla 6

Inclinación del incisivo inferior de pacientes bruxómanos

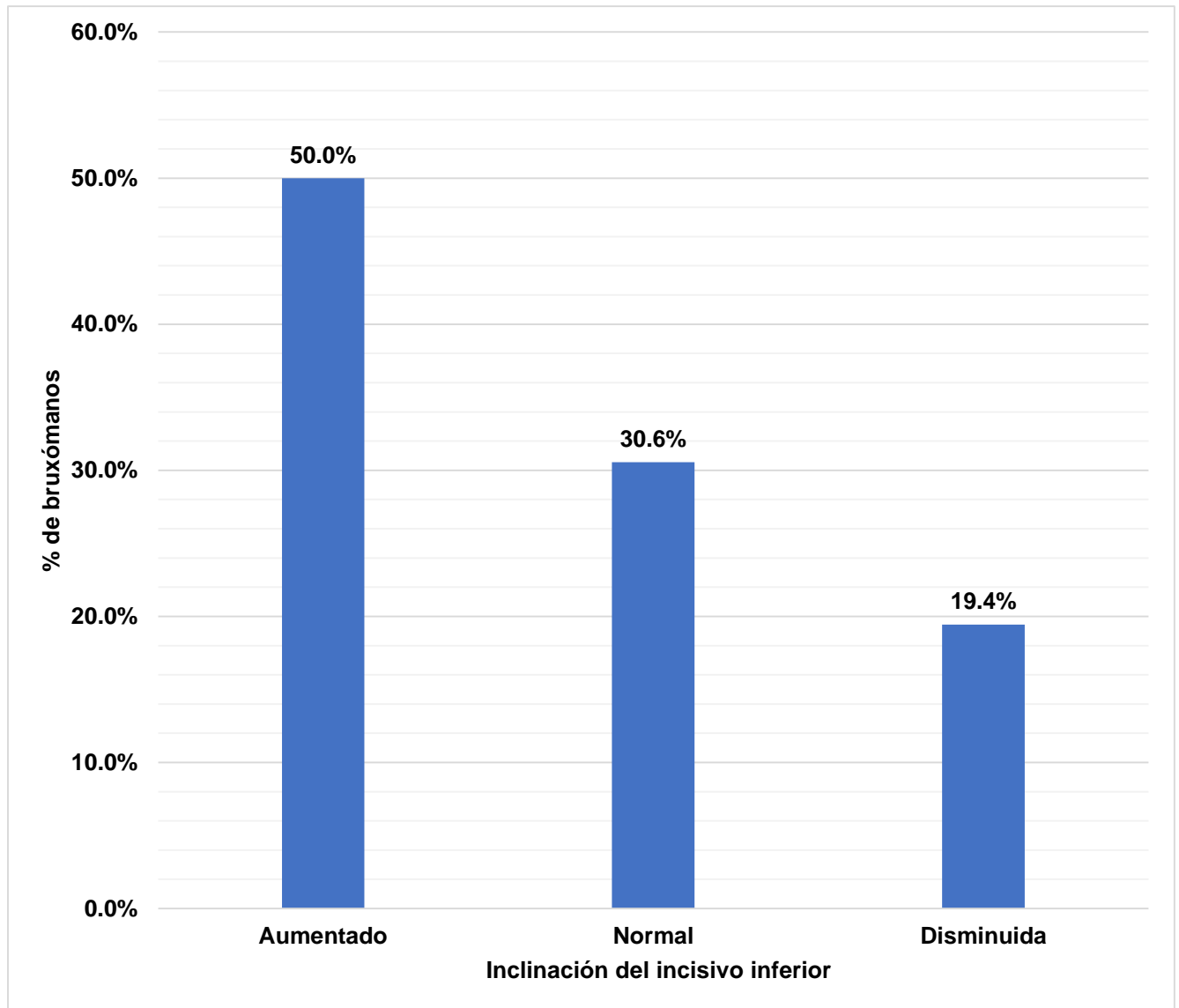
Inclinación del incisivo inferior	Frecuencia	Porcentaje
Aumentado	18	50,0%
Normal	11	30,6%
Disminuida	7	19,4%
Total	36	100,0%

En la Tabla 7 se puede observar que el 50% de los pacientes bruxómanos presentaron un ángulo de inclinación del incisivo inferior aumentado, un 30,6% con inclinación normal y un 19,4% con ángulo inclinado disminuido.

Como lo presenta la Figura 3, la tendencia de los pacientes bruxómanos es a presentar un ángulo de inclinación del incisivo inferior de normal a un ángulo aumentado en el 80% de los casos.

Figura 3

Distribución de inclinación del incisivo inferior en pacientes bruxómanos



OE.4. Inclinación del plano oclusal de pacientes bruxómanos.

El grado de inclinación del plano oclusal se subdividió en tres: aumentado, normal y disminuido. La distribución del grado de inclinación obtenida se presenta en la Tabla 8.

Tabla 7

Inclinación del plano oclusal de pacientes bruxómanos

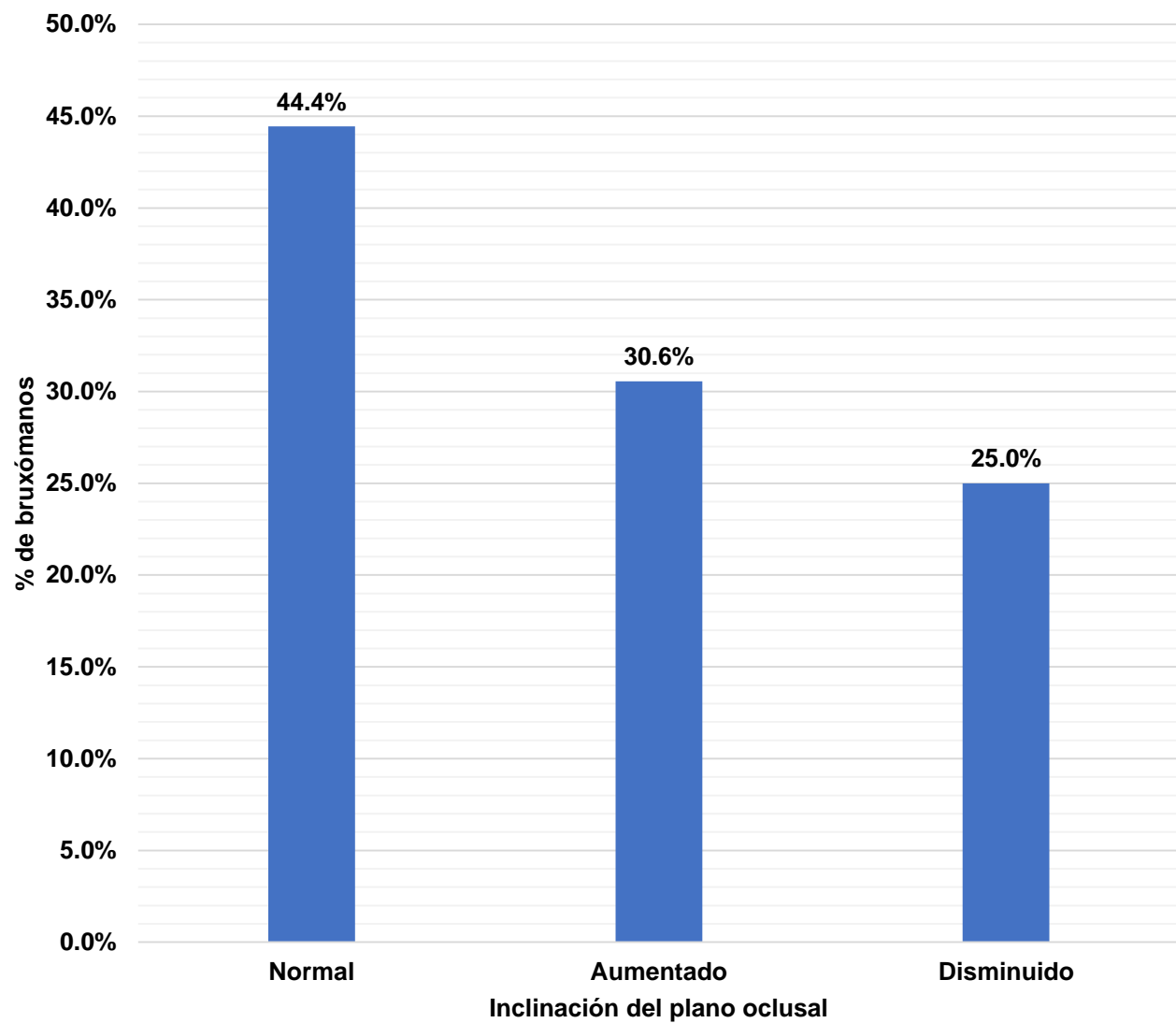
Inclinación del plano oclusal	Frecuencia	Porcentaje
Normal	16	44,4%
Aumentado	11	30,6%
Disminuido	9	25,0%
Total	36	100,0%

Los datos presentados en la Tabla 8 muestran que el 44,4% de los pacientes bruxómanos registra una inclinación del plano oclusal normal, un 30% su inclinación es aumentada y 25% disminuido.

La tendencia de la inclinación del plano oclusal para pacientes bruxómanos, como lo muestra la Figura 4, es de aumentada a normal en un 75% de los casos y disminuido en un 25% de los casos.

Figura 4

Distribución de inclinación del plano oclusal en pacientes bruxómanos



OE.5. Contorno de sínfisis de pacientes bruxómanos.

Las medidas correspondientes al contorno de sínfisis de los pacientes bruxómanos evaluados se dividieron en tres: aumentado, normal y disminuido.

La distribución de los resultados se muestra en la Tabla 9.

Tabla 8

Contorno de sínfisis de pacientes bruxómanos

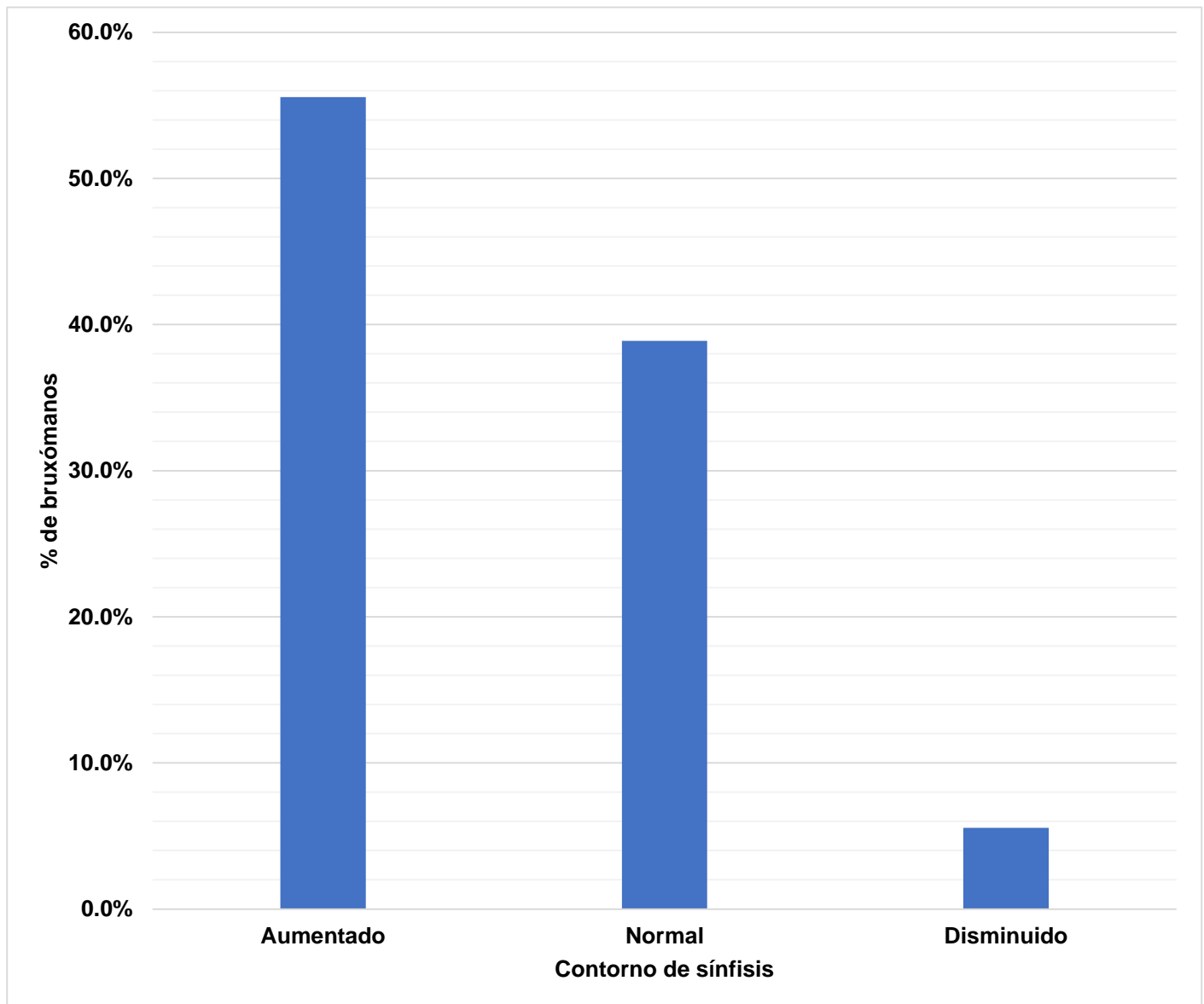
Contorno de sínfisis	Frecuencia	Porcentaje
Aumentado	20	55,6%
Normal	14	38,9%
Disminuido	2	5,6%
Total	36	100,0%

Se pudo identificar que el 55,6% de los pacientes bruxómanos presenta contorno de sínfisis aumentado, un 38,9% corresponde al normal y restante 5,6% al disminuido.

La Figura 5 muestra la tendencia de los pacientes bruxómanos a presentar contorno de sínfisis de normal con 38%, a un 58% aumentado, lo que representan conjunto un 94,4% del total de los pacientes consultados.

Figura 5

Distribución del contorno de sínfisis en pacientes bruxómanos



OE.6. Ancho de la rama de pacientes bruxómanos.

Para identificar las características del ancho de la rama se procedió a realizar las medidas de la longitud desde el borde anterior (punto más profundo y posterior de la rama) hasta la altura del plano oclusal. Los resultados estadísticos se presentan en la Tabla 10.

Tabla 9

Ancho de la rama en pacientes bruxómanos

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Ancho de la rama	36	23,57	37,66	27,72	3,29

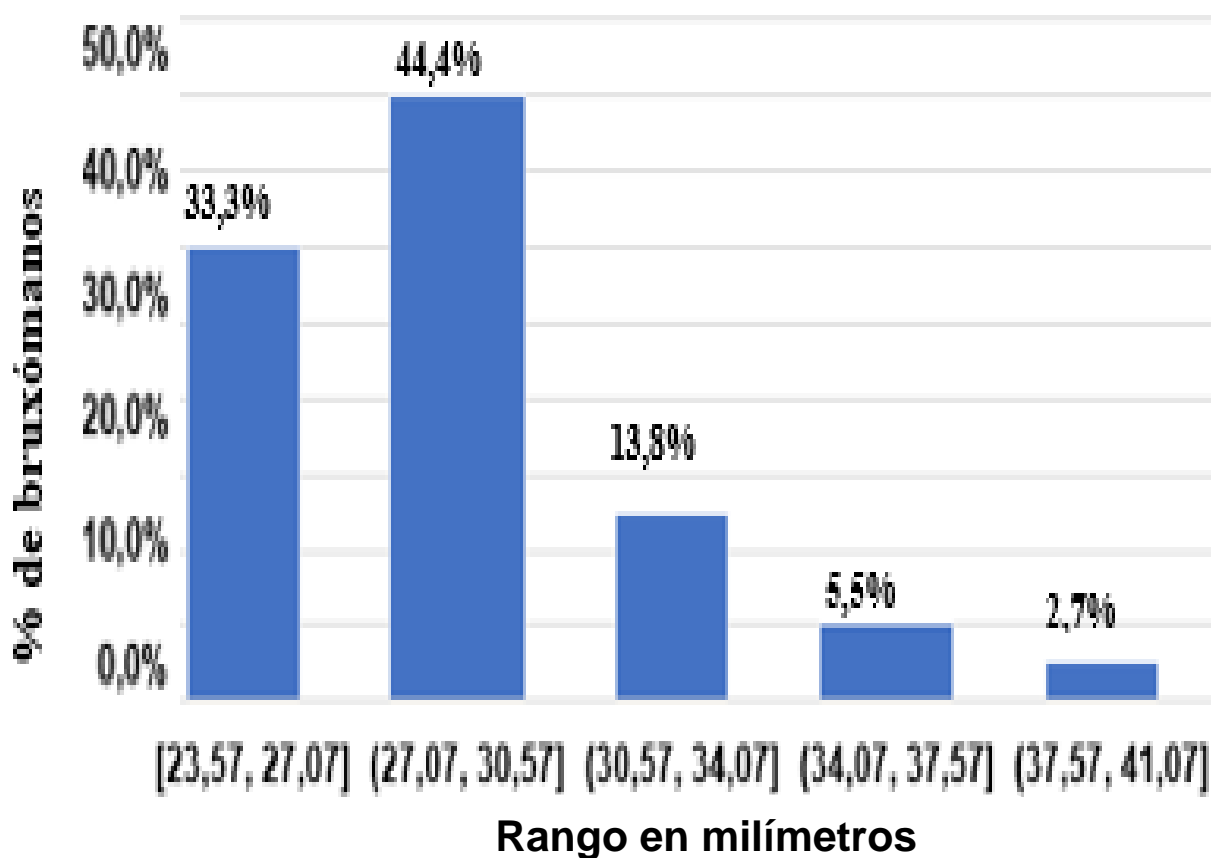
Nota. La Tabla 10 muestra el mínimo, máximo y la media de las medidas en milímetros tomadas mediante la observación radiográfica a 36 pacientes durante una consulta privada en Arequipa en el año 2022.

Como muestra la Tabla 10, la longitud media desde el borde hasta la altura del plano oclusal de los pacientes bruxómanos es de 27,72 milímetros, con un mínimo de 23,57 milímetros, un máximo de 37,66 milímetros y desviación típica de 3,29 milímetros.

Se puede observar en la Figura 6 que el rango en el que se encuentra el 44,4% de los pacientes presenta una longitud de ancho de la rama entre 27,07 y 30,57 milímetros, el 33,3% se encuentra entre 23,57 y 27,07 milímetros.

Figura 6

Distribución ancho de la rama en pacientes bruxómanos



Nota. La Figura 6 muestra los rangos de medida del ancho de la rama en milímetros en los cuales se distribuyen los pacientes a quienes se les realizó la consulta.

OE.7. Altura del cuello de cóndilo de pacientes bruxómanos.

Se puede observar en la Tabla 11 que, en promedio, la altura del cuello de cóndilo en pacientes bruxómanos es de 12,36 milímetros, con una altura mínima de 6,60 milímetros, una altura máxima de 18,95 milímetros y una desviación típica de 2,76 milímetros.

Tabla 10

Altura del cuello de cóndilo en pacientes bruxómanos

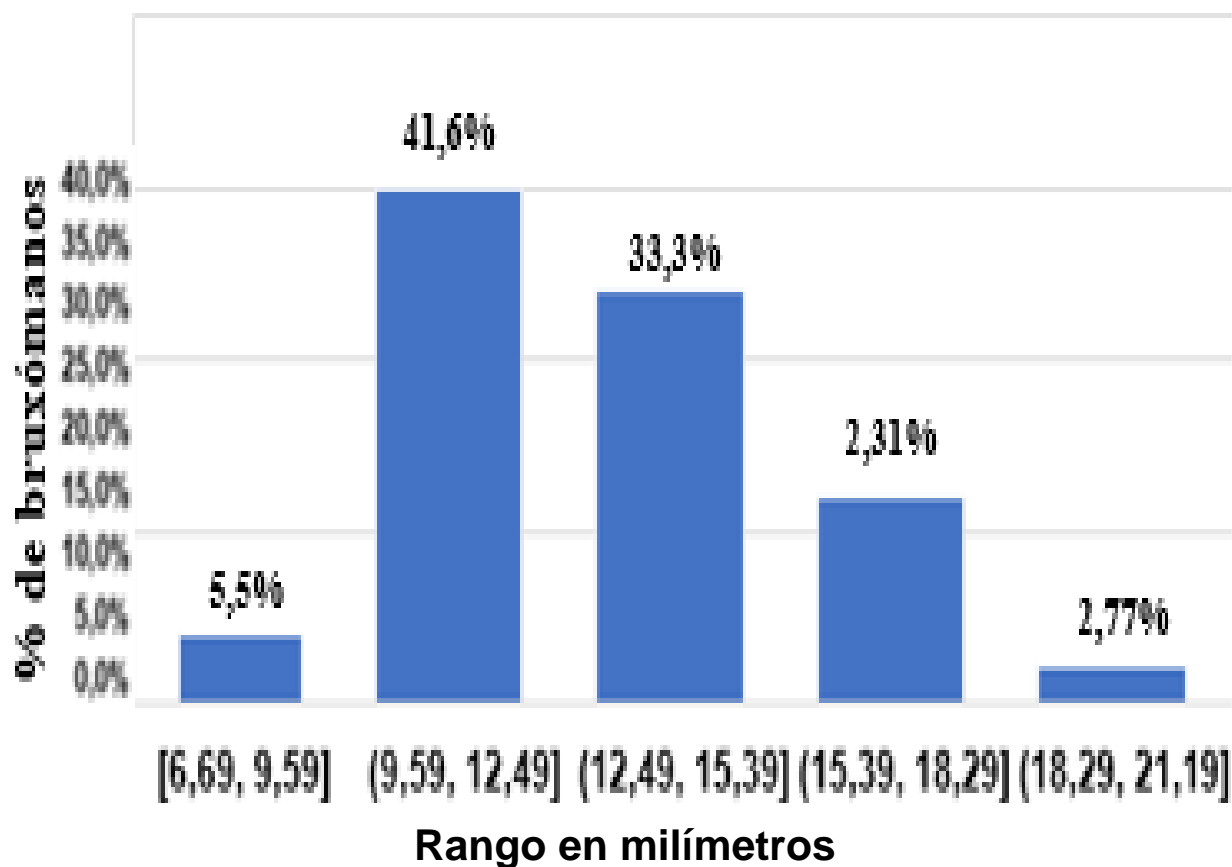
Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Altura del cuello de cóndilo	36	6,69	18,95	12,36	2,76

Nota. La Tabla 11 muestra el mínimo, máximo y la media de las medidas en milímetros de la altura del cuello de cóndilo tomadas mediante la observación radiográfica a 36 pacientes durante una consulta privada en Arequipa en el año 2022.

En la Figura 7 se puede observar que el rango en el que se encuentra el 41,6% de los pacientes bruxómanos presenta una altura del cuello de cóndilo entre 9,59 y 12,49 milímetros, el 33,3% se encuentra entre 12,49 y 15,39 milímetros, un 5,5% entre 6,69 y 9,59 milímetros y solo el 2,77% entre 18,29 y 21,19 milímetros.

Figura 7

Distribución altura del cuello de cóndilo en pacientes bruxómanos



Nota. La Figura 7 muestra los rangos de medida de la altura del cuello de cóndilo en milímetros en los cuales se distribuyen los pacientes a quienes se les realizó la consulta.

OE.8 Vía aérea de pacientes bruxómanos.

Se puede observar en la Tabla 12 que, en promedio, la longitud presente entre la intercepción de la lengua con la mandíbula y el lugar más próximo a la faringe en pacientes bruxómanos es de 9,96 milímetros, con una longitud mínima de 4,52 milímetros, una longitud máxima de 16,90 milímetros y una desviación típica de 2,86 milímetros.

Tabla 11

Vía aérea en pacientes bruxómanos

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Vía aérea	36	4,52	16,90	9,96	2,86

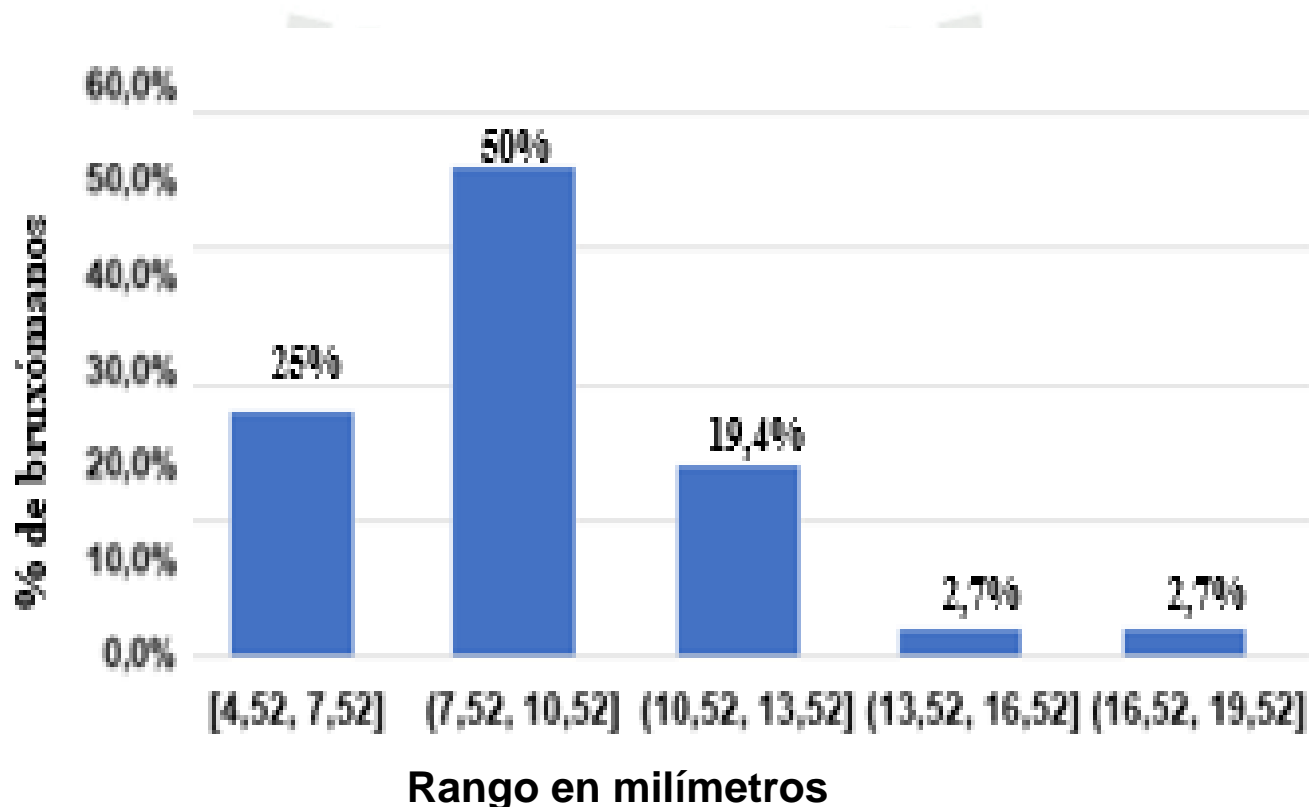
Nota. La Tabla 12 muestra el mínimo, máximo y la media de las medidas en milímetros de la altura del cuello de cóndilo tomadas mediante la observación radiográfica a 36 pacientes durante una consulta privada en Arequipa en el año 2022.

Se puede observar en la Figura 8 que el rango de la longitud entre la intercepción de la lengua con la mandíbula y el lugar más próximo a la faringe en el que se encuentra el 50% de los pacientes bruxómanos es entre 7,52 y 10,52 milímetros, el 25% se encuentra entre 4,52 y 7,52 milímetros, el 19,4%

se encuentra entre 10,52 y 13,52 milímetros y un 6,4% entre 13,52 y 19,52 milímetros.

Figura 8

Distribución Vía aérea en pacientes bruxómanos



Nota. La Figura 8 muestra el porcentaje de pacientes bruxómanos los rangos de longitudes de vía aérea Orofaringe en milímetros en los cuales se distribuyen los pacientes a quienes se les realizó la consulta.

OE.9. Características esqueléticas por edad de pacientes bruxómanos.

En la Tabla 13 se presentan las estadísticas ordenadas por categorías y por rango de edad preseleccionado, en la cual, se especifica el número de pacientes por rango de edad, el valor mínimo, máximo, promedio y desviación típica de las variables de ancho de rama, altura del cuello de cóndilo y vía aérea orofaringe medidas en milímetros de los pacientes bruxómanos evaluados en consulta privada.

Tabla 12

Características esqueléticas por edad en pacientes bruxómanos

Variable	Rango de edad entre 13 y 30 años				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Ancho de la rama	26	23,57	37,66	28,95	3,33
Altura del cuello de cóndilo	26	6,69	18,95	13,18	2,80
Vía aérea	26	4,52	16,90	9,21	2,90
Variable	Rango de edad entre 31 y 45 años				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Ancho de la rama	6	23,57	37,66	28,77	3,21
Altura del cuello de cóndilo	6	6,69	18,22	13,00	2,61
Vía aérea	6	4,52	16,90	9,36	2,80

	Rango de edad de 45 en adelante				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Ancho de la rama	4	23,57	37,66	28,80	3,33
Altura del cuello de cóndilo	4	9,46	18,95	13,40	2,63
Vía aérea	4	4,52	14,61	8,88	2,56

Nota. La Tabla 13 muestra el valor mínimo, máximo, media y desviación típica, para los rangos de edad seleccionados, de las medidas de ancho de rama, altura del cuello de cóndilo y vía aérea (en milímetros) tomadas a pacientes bruxómanos en consulta privada, Arequipa, 2022.

Las características esqueléticas para los pacientes entre los 13 y 30 años (que representan el 72,22% del total) presentaron un ancho de la rama promedio 28,95 milímetros, un mínimo de 23,57 milímetros y un máximo de 37,66 milímetros. La altura del cuello de cóndilo promedio 13,18 milímetros, un mínimo de 6,69 milímetros y un máximo de 18,95 milímetros. La longitud de vía aérea promedio 9,21 milímetros, un mínimo de 4,52 milímetros y un máximo de 16,90 milímetros.

Las características esqueléticas para los pacientes entre los 31 y 45 años (que representan el 16,66% del total) presentaron un ancho de la rama promedio 28,77 milímetros, un mínimo de 23,57 milímetros y un máximo de 37,66 milímetros. La altura del cuello de cóndilo promedio 13,00 milímetros, un mínimo de 6,69 milímetros y un máximo de 18,22 milímetros. La longitud de vía aérea promedio 9,36 milímetros, un mínimo de 4,52 milímetros y un máximo de 16,90 milímetros.

Las características esqueléticas para los pacientes de 45 años en adelante (que representan el 11,11% del total) presentaron un ancho de la rama promedio 28,80 milímetros, un mínimo de 23,57 milímetros y un máximo de 37,66 milímetros. La altura del cuello de cóndilo promedio 13,40 milímetros, un mínimo de 9,46 milímetros y un máximo de 18,95 milímetros. La longitud de vía área promedio 8,88 milímetros, un mínimo de 4,52 milímetros y un máximo de 14,61 milímetros.

La Tabla 14 muestra las estadísticas ordenadas de las características esqueléticas para los rangos de edad seleccionados, en porcentaje, según las subcategorías de las variables siguientes: escotadura antegonial, columna cervical, inclinación del incisivo inferior, inclinación del plano oclusal y contorno de sínfisis, tomadas a pacientes bruxómanos en consulta privada, Arequipa, 2022

Tabla 13

Características esqueléticas por edad en pacientes bruxómanos

Rango de edad	Características			
	Escotadura antegonial			
	N	Aumentada	Normal	Plana
Entre 13 y 30	26	68,0%	28,0%	4,0%
Entre 31 y 45	6	66,7%	16,7%	16,7%
45 en adelante	4	50,0%	25,0%	25,0%

Rango de edad	Columna cervical			
	N	Lordosis aumentada	Lordosis normal	Lordosis rectificada
Entre 13 y 30	26	3,8%	19,2%	76,9%

Rango de edad		Características		
Entre 31 y 45	6	0,0%	0,0%	100,0%
45 en adelante	4	0,0%	25,0%	75,0%

Inclinación del incisivo inferior				
	N	Aumentado	Disminuida	Normal
Entre 13 y 30	26	53,8%	19,2%	26,9%
Entre 31 y 45	6	50,0%	16,7%	33,3%
45 en adelante	4	25,0%	25,0%	50,0%

Inclinación del plano oclusal				
	N	Aumentado	Disminuido	Normal
Entre 13 y 30	26	30,8%	19,2%	50,0%
Entre 31 y 45	6	33,3%	33,3%	33,3%
45 en adelante	4	25,0%	50,0%	25,0%

Contorno de sínfisis				
	N	Aumentado	Disminuido	Normal
Entre 13 y 30	26	53,8%	3,8%	42,3%
Entre 31 y 45	6	50,0%	0,0%	50,0%
45 en adelante	4	75,0%	25,0%	0,0%

Nota. La Tabla 14 muestra las estadísticas de las características esqueléticas para los rangos de edad seleccionados, tomadas a pacientes bruxómanos en consulta privada, Arequipa, 2022.

Las características esqueléticas para los pacientes entre los 13 y 30 años (que representan el 72,22% del total) presentaron escotadura antegonial 68,0%

umentada, 28,0% normal y 4,0% plana. En cuanto a columna cervical 3,8% presentó lordosis aumentada, 19,2% lordosis normal y 76,9% lordosis rectificada. La inclinación del incisivo inferior 53,8% es aumentado, 19,2% disminuida y 26,9% normal. La inclinación del plano oclusal el 50,0% normal, 30,8% es aumentado y 19,2% es disminuido. Para el contorno de sínfisis, el 53,8% aumentado, el 42,3% normal y el 3,8% es disminuido.

Las características esqueléticas para los pacientes entre los 31 y 45 años escotadura antegonial 66,7% aumentada, 16,7% normal y 16,7% plana. En cuanto a columna cervical el 100% presentó lordosis rectificada. La inclinación del incisivo inferior 50,0% es aumentado, 16,7% disminuida y 33,3% normal. La inclinación del plano oclusal el 33,3% Normal, 33,3% es aumentado y 33,3% es disminuido. Para el contorno de sínfisis, el 50,0% aumentado y el 50,0% normal.

Las características esqueléticas para los pacientes de 45 años en adelante presentaron escotadura antegonial 50,0% aumentada, 25,0% normal y 25,0% plana. En cuanto a columna cervical 75,0% presentó lordosis rectificada y 25,0% lordosis normal. La inclinación del incisivo inferior 25,0% es aumentado, 25,0% disminuida y 50,0% normal. La inclinación del plano oclusal el 25,0% normal, 25,0% es aumentado y 50,0% es disminuido. Para el contorno de sínfisis, el 75,0% aumentado y el 25,0% disminuido.

OE. 10. Características esqueléticas por género de pacientes bruxómanos.

La Tabla 15 presenta las estadísticas ordenadas por categorías y por género, en la cual, se especifica el número de pacientes femenino y masculino, el valor mínimo, máximo, promedio y desviación típica de las variables de ancho de rama, altura del cuello de cóndilo y vía aérea, medidas en milímetros de los pacientes bruxómanos evaluados en consulta privada.

Tabla 14

Características esqueléticas por género en pacientes bruxómanos

Variable	Femenino				
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Ancho de la rama	19	23,57	37,66	28,77	3,21
Altura del cuello de cóndilo	19	6,69	18,22	13,00	2,61
Vía área	19	4,52	16,90	9,36	2,80
Masculino					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Ancho de la rama	17	23,57	37,66	28,92	3,29
Altura del cuello de cóndilo	17	6,69	18,95	13,16	2,76
Vía aérea	17	4,52	16,90	9,24	2,86

Nota. La Tabla 15 muestra las estadísticas de las características esqueléticas por género, tomadas a pacientes bruxómanos en consulta privada, Arequipa, 2022.

Las características esqueléticas en pacientes femeninos (que representan el 52,77% del total) presentaron un ancho de la rama promedio 28,77 milímetros, un mínimo de 23,57 milímetros y un máximo de 37,66 milímetros. La altura del cuello de cóndilo promedio 13,00 milímetros, un mínimo de 6,69 milímetros y un máximo de 18,22 milímetros. La longitud de vía área promedio 9,36 milímetros, un mínimo de 4,52 milímetros y un máximo de 16,90 milímetros.

Las características esqueléticas en pacientes masculinos (que representan el 47,23% del total) presentaron un ancho de la rama promedio 28,92 milímetros, un mínimo de 23,57 milímetros y un máximo de 37,66 milímetros. La altura del cuello de cóndilo promedio 13,16 milímetros, un mínimo de 6,69 milímetros y un máximo de 18,95 milímetros. La longitud de vía área promedio 9,24 milímetros, un mínimo de 4,52 milímetros y un máximo de 16,90 milímetros.

La Tabla 16 muestra las estadísticas ordenadas de las características esqueléticas por género, en porcentaje, según las subcategorías de las variables siguientes: escotadura antegonial, columna cervical, inclinación del incisivo inferior, inclinación del plano oclusal y contorno de sínfisis, tomadas a pacientes bruxómanos en consulta privada, Arequipa, 2022.

Tabla 15

Características esqueléticas por género en pacientes bruxómanos

Género	Escotadura antegonial			
	N	Aumentada	Normal	Plana
Femenino	19	66,7%	16,7%	16,7%
Masculino	17	64,7%	35,3%	0,0%

Género	N	Columna cervical		
		Lordosis aumentada	Lordosis normal	Lordosis rectificada
Femenino	19	5,3%	21,1%	73,7%
Masculino	17	0,0%	11,8%	88,2%

Género	N	Inclinación del incisivo inferior		
		Aumentado	Disminuida	Normal
Femenino	19	36,8%	21,1%	42,1%
Masculino	17	64,7%	17,6%	17,6%

Género	N	Inclinación del plano oclusal		
		Aumentado	Disminuido	Normal
Femenino	19	26,3%	31,6%	42,1%
Masculino	17	35,3%	17,6%	47,1%

Género	N	Contorno de sínfisis		
		Aumentado	Disminuido	Normal
Femenino	19	68,4%	0,0%	31,6%
Masculino	17	41,2%	11,8%	47,1%

Nota. La Tabla 16 muestra las estadísticas de las características esqueléticas por género, tomadas a pacientes bruxómanos en consulta privada, Arequipa, 2022.

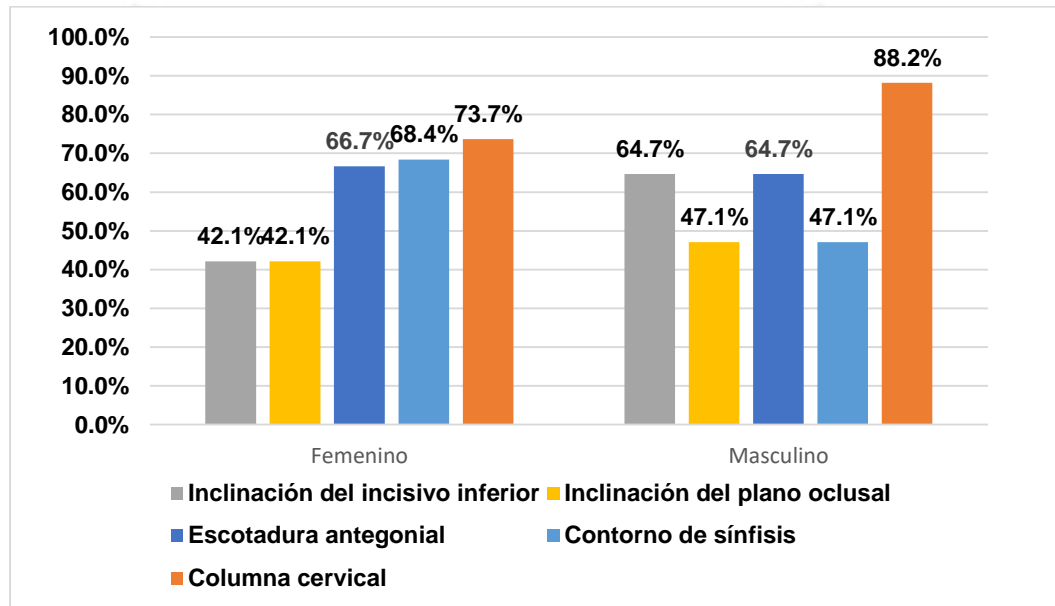
Las características esqueléticas en pacientes femeninas presentaron escotadura antegonial 66,7% aumentada, 16,7% normal y 16,7% plana. En cuanto a columna cervical 5,3% presentó lordosis aumentada, 21,1% lordosis normal y 73,7% lordosis rectificada. La inclinación del incisivo inferior 36,8% es aumentado, 21,1% disminuida y 42,1% normal. La inclinación del plano oclusal el 42,1% normal, 26,3% es aumentado y 31,6% es disminuido. Para el contorno de sínfisis, el 68,4% aumentado y el 31,6% normal.

Las características esqueléticas en pacientes masculinos presentaron escotadura antegonial 64,7% aumentada y 35,3% normal. En cuanto a columna cervical 11,8% lordosis normal y 88,2% lordosis rectificada. La inclinación del incisivo inferior 64,7% es aumentado, 17,6% disminuida y 17,6% normal. La inclinación del plano oclusal el 47,1% normal, 35,3% es aumentado y 17,6% es disminuido. Para el contorno de sínfisis, el 41,2% aumentado, 11,8% disminuido y el 47,1% normal.

La Figura 9 presenta la distribución de las características esqueléticas por género, como una comparación de los valores máximos, en porcentaje, de las siguientes variables: escotadura antegonial, columna cervical, inclinación del incisivo inferior, inclinación del plano oclusal y contorno de sínfisis.

Figura 9

Distribución de las características esqueléticas por género en pacientes
bruxómanos, Arequipa, 2022



Nota. La Figura 9 muestra una comparación de los valores máximos en cada ítem de las características esqueléticas por género, tomadas a pacientes bruxómanos en consulta privada, Arequipa, 2022.

Se puede observar que en ambos géneros la escotadura antegonial es aumentada en más del 60% (66,7% femenino y 64,7% para masculino). En el caso de columna cervical ambos géneros registraron más del 70% de Lordosis rectificada (73,7% femenino y 88,2% masculino). La inclinación del incisivo inferior en pacientes femeninas es normal en un 42,1% y en masculinos es aumentada 64,7%. La

inclinación del plano oclusal en pacientes femeninas es normal en el 42,1% y en masculinos en el 47,1%. El contorno de sínfisis en el 68,4% de paciente femeninas es aumentada y en el 47,1% es normal.

2. DISCUSIÓN

La presente investigación realizó 108 radiografías laterales de paciente bruxómanos en consulta privada en la avenida Cayma 201, distrito de Cayma, provincia Arequipa, durante el lapso de mayo-agosto del año 2022. De los análisis se obtuvo que las características esqueléticas más representativas para los pacientes bruxómanos entre los 13 y 30 años (que representan el 72,22% del total) presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66 milímetros, la altura del cuello de cóndilo máximo de 18,95 milímetros y la longitud de vía área máximo de 16,90 milímetros. También, presentaron 68,0% de escotadura antegonial aumentada, de columna cervical el 76,9% con lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior 53,8% es aumentado, la inclinación del plano oclusal el 50,0% normal y para el contorno de sínfisis, el 53,8% aumentado.

Por otro lado, los pacientes entre los 31 y 45 años (que representan el 16,66% del total) presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66 milímetros, la altura del cuello de cóndilo un máximo de 18,22 milímetros y la longitud de vía área orofaringe un máximo de 16,90 milímetros. En cuanto a la escotadura antegonial el 66,7% es aumentada, columna cervical el 100% presentó lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior 50,0% es aumentado, la inclinación del plano oclusal el 33,3% normal, 33,3% es

aumentado y 33,3% es disminuido, y para el contorno de sínfisis, el 53,8% es aumentado.

Contrastando con los resultados de la investigación de Kumar S, Kannan A, Anuradha G, Krithika C, Yesoda A (33), quienes concluyeron que la asociación de hábitos parafuncionales el componente óseo del cóndilo puede deteriorarse a una edad más temprana, como posible razón del bruxismo y esto da lugar a cambios óseos degenerativos en el cóndilo. Así mismo en la presente investigación se pudo identificar que el rango en el que se encuentra el 41,6% de los pacientes bruxómanos presenta una altura del cuello de cóndilo entre 9,59 y 12.49 milímetros.

Al mismo tiempo, los pacientes de 45 años en adelante (que representan el 11,11% del total) presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66 milímetros, la altura del cuello de cóndilo un máximo de 18,95 milímetros, la longitud de vía área un máximo de 14,61 milímetros. La escotadura antegonial 68,0% es aumentada, la columna cervical el 76,9% presentó lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior el 53,8% es aumentado, la inclinación del plano oclusal el 50,0% es normal y el contorno de sínfisis, el 50,0% aumentado.

Los resultados en la presente investigación respecto a las características esqueléticas en pacientes bruxómanos mayores de 45 años están en consonancia con los resultados obtenidos por Ccallo y Colque (30); en su investigación, donde identificaron la influencia del bruxismo en la oclusión en pacientes adultos, se evidencia alteraciones de la superficie del cóndilo en la cara superior (65%), cara posterior (65%), raíz transversa de la cigoma horizontal (50%) cavidad glenoidea profundización (45%), distancia media de la cabeza del cóndilo (11.50 mm), distancia media intracapsular

superior (entre 3.37 y 3.42 mm), dimensiones del cuello en pacientes femeninas (9.30 mm) y masculinos (8.19 mm).

Las características esqueléticas en pacientes femeninos (que representan el 52,77% del total) presentaron un ancho de la rama un máximo de 37,66 milímetros, la altura del cuello de cóndilo un máximo de 18,22 milímetros, la longitud de vía área un máximo de 16,90 milímetros, escotadura antegonial 66,7% es aumentada, la columna cervical el 73,7% presentó lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior 42,1% normal, la inclinación del plano oclusal el 42,1% normal y el contorno de sínfisis, el 68,4% aumentado.

Las características esqueléticas en pacientes masculinos (que representan el 47,23% del total) presentaron un ancho de la rama un máximo de 37,66 milímetros, la altura del cuello de cóndilo un máximo de 18,95 milímetros, la longitud de vía área un máximo de 16,90 milímetros, de escotadura antegonial el 64,7% es aumentada, la columna cervical el 88,2% presentó lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior el 64,7% es aumentado, la inclinación del plano oclusal el 42,1% normal y el contorno de sínfisis el 41,2% es aumentado.

Se pudo destacar que en ambos géneros la escotadura antegonial es aumentada en más del 60%. En el caso de columna cervical ambos géneros registraron más del 70% de lordosis rectificada. La inclinación del incisivo inferior en pacientes femeninas es normal en un 42,1% y en masculinos es aumentada 64,7%. La inclinación del plano oclusal en pacientes femeninas es normal en el 42,1% y en masculinos en el 47,1%. El contorno de sínfisis en el 68,4% de paciente femeninas es aumentada y en el 47,1% es normal.

3. CONCLUSIONES

1. El 65.7% del total de pacientes bruxómanos evaluados presentó escotadura antegonial aumentada, 25,7% normal y el 8,5% presenta una escotadura antegonial plana.
2. El 80,6% de los pacientes bruxómanos presentó la columna cervical con lordosis rectificadas, con lordosis normal el 16,7% de los casos y solo el 2,8% presenta lordosis aumentada.
3. El 50% de los pacientes bruxómanos presentaron un ángulo de inclinación del incisivo inferior aumentado, un 30,6% con inclinación normal y un 19,4% con ángulo inclinado disminuido.
4. El 44,4% de los pacientes bruxómanos registró una inclinación del plano oclusal normal, un 30% aumentada y 25% disminuido.
5. El 55,6% de los pacientes bruxómanos presentó contorno de sínfisis aumentado, un 38,9% es normal y el restante 5,6% disminuido.
6. La longitud media del ancho de la rama de los pacientes bruxómanos es de 27,72 milímetros, con un mínimo de 23,57 milímetros, un máximo de 37,66 milímetros y desviación típica de 3,29 milímetros.
7. Los pacientes presentaron una altura promedio del cuello de cóndilo de 12,36 milímetros, con una altura mínima de 6,60 milímetros, una altura máxima de 18,95 milímetros.
8. Los pacientes bruxómanos presentaron una longitud media de vía aérea de 9,96 milímetros, con una longitud mínima de 4,52 milímetros y una longitud máxima de 16,90 milímetros.

9. Los pacientes bruxómanos entre los 13 y 30 años presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66 milímetros, altura del cuello de cóndilo máximo de 18,95 milímetros, longitud de vía área máximo de 16,90 milímetros, escotadura antegonial 68,0% aumentada, columna cervical 76,9% presentó lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior 53,8% es aumentado, la inclinación del plano oclusal el 50,0% normal y el contorno de sínfisis, el 53,8% aumentado.

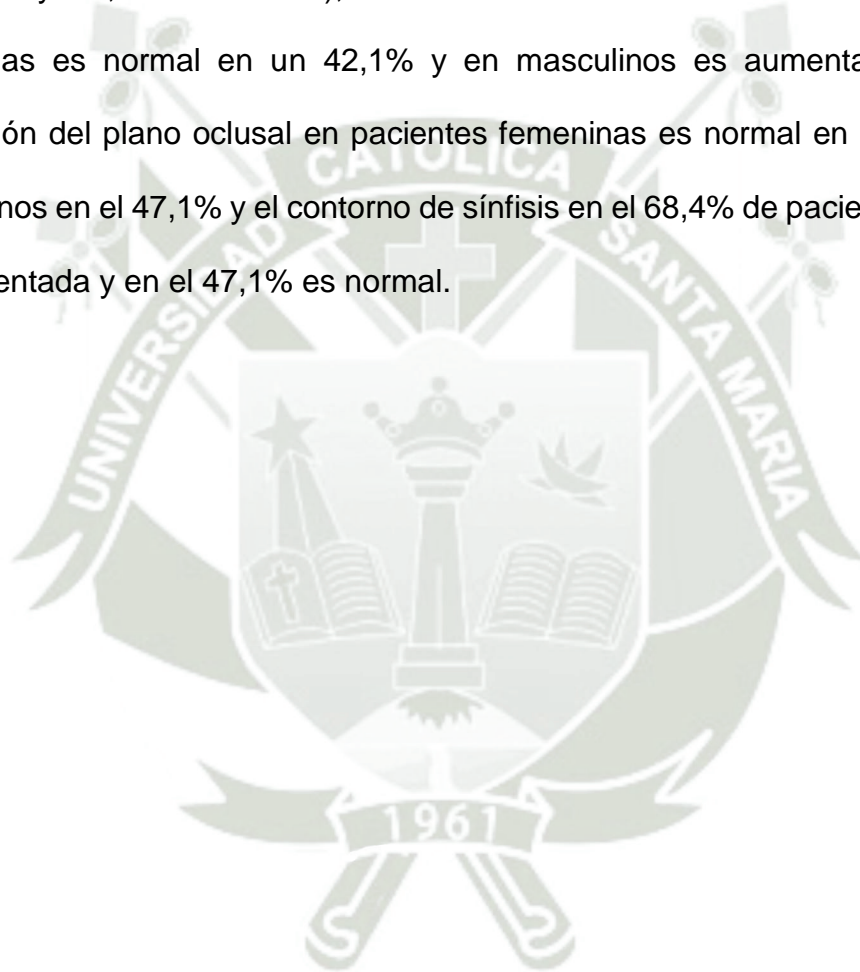
Los pacientes entre los 31 y 45 años presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66 milímetros, la altura del cuello de cóndilo máximo de 18,22 milímetros, la longitud de vía área máximo de 16,90 milímetros, escotadura antegonial 66,7% aumentada, columna cervical el 100% presentó lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior 50,0% es aumentado, la inclinación del plano oclusal el 33,3% normal, 33,3% es aumentado y 33,3% es disminuido y el contorno de sínfisis, el 53,8% aumentado.

Los pacientes bruxómanos de 45 años en adelante presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66 milímetros, altura del cuello de cóndilo máximo de 18,95 milímetros, la longitud de vía área máximo de 14,61 milímetros, la escotadura antegonial 68,0% aumentada, la columna cervical 76,9% presentó lordosis rectificada, la inclinación del incisivo inferior en 53,8% es aumentado, la inclinación del plano oclusal el 50,0% normal y el contorno de sínfisis, el 50,0% aumentado y el 50,0% normal.

10. Los pacientes bruxómanos femeninos presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66 milímetros, la altura del cuello de cóndilo máximo de 18,22 milímetros y la longitud de vía área orofaringe máximo de 16,90 milímetros. Los pacientes bruxómanos masculinos presentaron un ancho de la rama máximo de 37,66

milímetros, la altura del cuello de cóndilo máximo de 18,95 milímetros y la longitud de vía área máximo de 16,90 milímetros.

Los pacientes bruxómanos en ambos géneros presentaron la escotadura antegonial aumentada en más del 60% (66,7% femenino y 64,7% para masculino), la columna cervical en ambos géneros registraron más del 70% de lordosis rectificada (73,7% femenino y 88,2% masculino), la inclinación del incisivo inferior en pacientes femeninas es normal en un 42,1% y en masculinos es aumentada 64,7%, la inclinación del plano oclusal en pacientes femeninas es normal en el 42,1% y en masculinos en el 47,1% y el contorno de sínfisis en el 68,4% de paciente femeninas es aumentada y en el 47,1% es normal.



4. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

1. Realizar investigaciones sobre bruxismo y trastornos temporomandibulares en diferentes poblaciones y por lapsos de tiempo más largos.
2. Realizar estudios sobre otras posibles variables que presentan los pacientes con bruxismo en poblaciones diferentes.
3. Realizar estudios sobre los protocolos de Bruxismo para Trastornos Temporomandibulares.
4. Proponer que el Sistema Nacional de Salud Bucal se enfoque también en los diagnósticos de bruxismo y trastornos temporomandibulares para identificar las necesidades de atención de ésta y otras patologías.
5. Impulsar la exposición y difusión de la información existente hasta la fecha en conferencias a nivel nacional sobre la necesidad de diagnóstico, tratamiento y prevención del bruxismo y los trastornos temporomandibulares.
6. Establecer unidades de estudio e investigación con especialistas internacionales bruxismo y los trastornos temporomandibulares que permitan encontrar soluciones y estrategias de tratamiento y prevención de dicha patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordoñez-Plaza M, Villavicencio-Caparo E, Alvarado-Jiménez O, Vanegas-Avecillas M. Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. *Rev Estomatológica Hered.* 2016;26(3):147–55.
2. Estrada N, Evaristo T. Estados psicoemocionales y presencia de bruxismo en estudiantes de odontología peruanos. *ODOVTOS-International J Dent Sci.* 2019;21(3):111–7.
3. Hassan K, Khler S. Awake bruxism intensified during covid-19 pandemic by cumulative stress - An overview. *J Clin Res Dent.* 2020;3(1):1–3.
4. von-Bischhoffshausen-P K, Wallem-H A, Allendes-A A, Díaz-M R. Prevalencia de Bruxismo y Estrés en Estudiantes de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Int J Odontostomatol.* 2019 Mar;13(1):97–102.
5. Monteiro U, Rodríguez V, Rodríguez C, Costa T, Cavalcanti R, Cairrao M. Electromyographic patterns and the identification of subtypes of awakw bruxism. *Front Hum Neurosci.* 2021;14(601881):1–8.
6. Hernández B., Díaz M., Hidalgo S. LR. Bruxismo: panorámica actual. *AMC.* 2017;21(1):913–30.
7. Fuentes F. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. *Rev ADM.* 2018;75(4):180–6.
8. Schulz-Rosales R, Núñez-Guerrero M, Cerda-Peralta B, Rivera-Rothgaenger M, León EP de, López-Garrido J, et al.

Características esqueléticas para la determinación cualitativa del biotipo facial en telerradiografía lateral: Estudio Piloto. Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral. 2018 Dec;11(3):164–6.

9. Kar B, Aggarwal I, Mittal S, Bhullar M, Singla D, Sharma A. Antegonial notch and mandibular symphysis as indicators of growth pattern. Dent J Adv Stud [Internet]. 2018;6(02/03):080–8. Available from: doi:
[10.1055/s-0039-1677777](https://doi.org/10.1055/s-0039-1677777)
10. Schütz C, Denes B, Kiliaridis S, Antonarakis G. Mandibular antegonial notch depth in postpubertal individuals: A longitudinal cohort study. Clin Exp Dent Res [Internet]. 2022;1–8. Available from:
<https://doi.org/10.1002/cre2.577>
11. Bogduk, N., Mercer S. Biomechanics of the cervical spine. I: Normal kinematics. Clin Biomech [Internet]. 2000;15(9):633–48. Available from:
[https://doi.org/10.1016/S0268-0033\(00\)00034-6](https://doi.org/10.1016/S0268-0033(00)00034-6)
12. Michelotti, A., Buonocore G, Manzo P, Pellegrino G, Farella M. Dental occlusion and posture: an overview. Prog Orthod [Internet]. 2011;12(1):53–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pio.2010.09.010>
13. Prado F. Correlación entre la evaluación de la columna cervical aplicando el método de Penning en comparación con el informe radiológico convencional para la evaluación de la Lordosis cervical [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Available from:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3785>

14. Otaño L, Legal L. Modificaciones radiológicas del espacio entre el occipucio y el cuerpo del atlas tras una manipulación global (OAA) de Fryette. *Osteopat científica* [Internet]. 2010;5(2):38–46. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1886-9297\(10\)70008-4](https://doi.org/10.1016/S1886-9297(10)70008-4)
15. Kamak, G., Kamak H, Keklik H, Gurel H. The effect of changes in lower incisor inclination on gingival recession. *Sci World J* [Internet]. 2015;1–6. Available from: <https://doi.org/10.1155/2015/193206>
16. Tepedino M, Franchi L, Fabbro O, Chimenti C. Post-orthodontic lower incisor inclination and gingival recession—a systematic review. *Prog Orthod* [Internet]. 2018;19(1):17. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40510-018-0212-6>
17. Zataráin, B., Avila J, Moyaho A, Carrasco R, Velasco C. Lower incisor inclination regarding different reference planes. *Acta Odontológica Latinoam* [Internet]. 2016;29(2):115–22. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-48342016000200003&script=sci_arttext&tlng=en
18. Li J, Kau C, Wang M. Changes of occlusal plane inclination after orthodontic treatment in different dentoskeletal frames. *Prog Orthod* [Internet]. 2014;15(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40510-014-0041-1>
19. Ardani I, Wicaksono A, Hamid T. The occlusal plane inclination analysis for determining skeletal class III malocclusion diagnosis. *Clin Cosmet Investig Dent* [Internet]. 2020;12:163–171. Available from: [doi:10.2147/CCIDE.S248983](https://doi.org/10.2147/CCIDE.S248983)

20. Ramirez J, Revilla W. Patrón esquelético de pacientes adultos según análisis de kim, steiner y usp en un consultorio privado de Loreto-2018. [Internet]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2019. Available from: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/6667>
21. Núñez M. Desarrollo de una escala visual para la determinación cualitativa del biotipo facial en una teleradiografía de perfil [Internet]. Universidad de Chile; 2016 Available from: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/147280>
22. Sedano G. Relación entre el tamaño condilar y la asimetría mandibular en hiperplasia condilar tipo 1B [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019 Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10768>
23. Mendoza L. Asimetría vertical del cóndilo y rama mandibular medidas en el cone beam computed tomography (CBCT) [Internet]. Universitat de València.; 2018. Available from: <https://roderic.uv.es/handle/10550/63786>
24. Ball M, Hossain M, Padalia D. Anatomy, Airway. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk459258>
25. Caicedo J, Murillo W, Sánchez W. Características de las maloclusiones esqueléticas en pacientes diagnosticados con SAHOS durante el año 2021-I en un centro de diagnóstico en el departamento del Quindío [Internet]. Universidad Antonio Nariño; 2022. Available from: <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/6356>
26. Nan Y. et al. Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-centre, descriptive study. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(1):559–564.

27. Organización Mundial de la Salud. Género y Salud [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
28. Guaita M, Högl B. Current treatments of bruxism. Curr Treat Options Neurol [Internet]. 2016;18(2):1–15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11940-016-0396-3>
29. Murali R, Rangarajan, P., Mounissamy A. Bruxism: Conceptual discussion and review. J Pharm Bioallied Sci [Internet]. 2015;7(Suppl 1):S265. Available from: doi: 10.4103/0975-7406.155948
30. Ccallo M, Colque M. Bruxismo y su Influencia en la Oclusión en Paciente Adulto de 40 a 60 años de edad de la Clínica Odontológica de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Juliaca 2017 [Internet]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2018. Available from: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/2214>
31. Burga K. Manifestaciones tomográficas de las superficies óseas de las articulaciones temporomandibulares en pacientes bruxopatas adultos [Internet]. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017. Available from: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/3227>
32. Benites D, Malca K. Bruxismo y trastornos temporomandibulares según criterios de diagnóstico deA investigación en pacientes atendidos en el Centro de salud San Antonio, 2017 [Internet]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017. Available from: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/5261>

33. Kumar S, Kannan A, Anuradha G, Krithika C, Yesoda A. Assessment Of Condylar Osseous Changes in Patients with Bruxism Using Cone-Beam Computed Tomography-A Cross Sectional Observational Study. J Posit Sch Psychol [Internet]. 2022;6(3):1189–203. Available from:
<https://mail.journalppw.com/index.php/jpsp/article/view/1526/809>

34. Casazza E, Ballester B, Philip C, Raskin A. Evaluation of mandibular bone density in bruxers: the value of panoramic radiographs. Casazza, E, Ballester, B, Oral Radiol [Internet]. 2022;1–8. Available from:
<https://doi.org/10.1007/s11282-022-00612-3>

35. Türp J, Simonek M, Dagassan D. Bone apposition at the mandibular angles as a radiological sign of bruxism: a retrospective study. BMC Oral Health [Internet]. 2021;21(1):15. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01804-9>

36. Isman O. Evaluation of jaw bone density and morphology in bruxers using panoramic radiography. J Dent Sci [Internet]. 2021;16(2):676–81. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.09.008>

37. Gulec M, Tassoker M, Ozcan S, Orhan K. Evaluation of the mandibular trabecular bone in patients with bruxism using fractal analysis. Oral Radiol [Internet]. 2021;37(1):36–45. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11282-020-00422-5>

38. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ªed. McGraw-Hill., editor. México; 2014.

39. Sánchez H, Reyes C, Mejía K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística (1era ed.) [Internet]. Bussiness Support Aneth S.R.L.; 2018. Available from: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>.
40. Arias J, Covinos M. Diseño y metodología de la investigación. Arequipa: Enfoques Consulting EIRL. 1era ed. Arequipa: Enfoques Consulting EIRL; 2021.
41. Díaz-Muñoz G. Metodología del estudio piloto. Rev Chil Radiol [Internet]. 2020;26(3):100–4. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082020000300100



ANEXOS

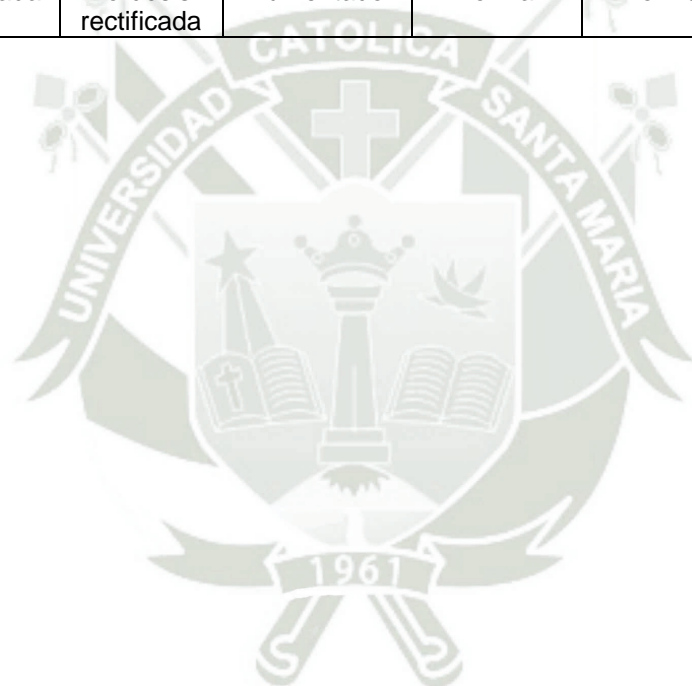
Tabla 17

Matriz de datos generales, bruxómanos, Arequipa, 2022.

Paciente	Edad	Género	Escotadura antegonial	Columna cervical	Inclinación del incisivo inferior	Inclinación del plano oclusal	Contorno de sínfisis	Ancho de la rama	Altura del cuello de cóndilo	Vía área Orofaringe
1	38	F	Normal	Lordosis rectificada	Aumentado	Disminuido	Normal	27,72	12,36	9,96
2	18	F	Normal	Lordosis normal	Aumentado	Disminuido	Normal	33,53	6,69	12,72
3	23	F	Plana	Lordosis rectificada	Normal	Aumentado	Aumentado	29,34	12,52	16,9
4	56	F	Plana	Lordosis rectificada	Normal	Disminuido	Aumentado	29,46	15,24	10,43
5	18	F	Aumentada	Lordosis aumentada	Aumentado	Aumentado	Aumentado	29,21	18,02	11,76
6	63	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Disminuida	Disminuido	Disminuido	29,21	18,02	90,3
7	25	F		Lordosis rectificada	Disminuida	Disminuido	Aumentado	32,92	16,34	7,72
8	32	F	Plana	Lordosis rectificada	Normal	Disminuido	Aumentado	27,74	12,49	8,24
9	18	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Normal	Aumentado	Aumentado	26,38	9,46	12,24
10	18	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Disminuida	Disminuido	Aumentado	35,39	12,31	12,32
11	23	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Aumentado	Aumentado	26,12	12,67	5,88
12	23	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Aumentado	Aumentado	25,05	12,55	12,35

13	24	M	Normal	Lordosis rectificada	Aumentado	Normal	Normal	33,95	18,22	9,07
14	24	M	Normal	Lordosis rectificada	Aumentado	Disminuido	Normal	30,17	13,10	7,25
15	17	M	Normal	Lordosis rectificada	Aumentado	Disminuido	Disminuido	29,52	10,29	7,95
16	41	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Aumentado	Aumentado	29,81	11,46	9,98
17	19	M	Normal	Lordosis rectificada	Aumentado	Normal	Normal	37,66	14,41	9,51
18	23	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Normal	Normal	28,94	14,50	10,35
19	27	M	Aumentada	Lordosis normal	Aumentado	Normal	Normal	28,76	16,81	11,64
20	24	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Normal	Aumentado	Aumentado	24,26	9,84	10,17
21	18	F	Aumentada	Lordosis normal	Normal	Aumentado	Aumentado	31,57	10,47	9,74
22	42	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Normal	Normal	Normal	30,07	17,75	4,52
23	18	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Normal	Normal	Aumentado	28,26	10,24	6,61
24	17	M	Normal	Lordosis normal	Normal	Normal	Normal	26,97	13,23	10,54
25	42	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Aumentado	Normal	25,66	12,43	4,86
26	22	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Disminuida	Normal	Aumentado	27,45	12,06	10,17
27	20	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Disminuida	Normal	Aumentado	27,3	11,38	8,65
28	18	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Aumentado	Aumentado	25,19	12,38	5,81
29	78	F	Aumentada	Lordosis normal	Normal	Normal	Aumentado	26,97	13,23	10,35
30	16	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Normal	Normal	23,57	13,23	5,34
31	20	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Disminuida	Normal	Normal	31,42	12,70	8,89

32	13	F	Aumentada	Lordosis normal	Aumentado	Normal	Normal	25,69	11,32	9,13
33	22	F	Normal	Lordosis rectificada	Normal	Normal	Aumentado	30,17	13,14	14,61
34	50	M	Normal	Lordosis rectificada	Aumentado	Aumentado	Aumentado	25,07	11,88	4,64
35	42	F	Aumentada	Lordosis rectificada	Disminuida	Normal	Aumentado	26,43	12,14	8,32
36	22	M	Aumentada	Lordosis rectificada	Aumentado	Normal	Normal	34,10	18,95	4,83



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHAS DE REGISTRO

FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 01

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 38

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___ 27.72 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 12.36 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 9.96 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 02

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 18

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL (X) RECTIFICADA () AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___ 33.53 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 6.69 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 12.72 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 03

FECHA: 11/09/2022

1. EDAD: 23

2. GÉNERO: FEMENINO

3. ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA (X) PRONUNCIADA () NORMAL ()

4. COLUMNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5. INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6. INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7. CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8. ANCHO DE LA RAMA:

____ 29.34 ____ mm

9. ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____ 12.52 ____ mm

10. VIA AÉREA: OROFARINGE

____ 16.90 ____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 04

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 56

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA (X) PRONUNCIADA () NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___ 29.46 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 15.24 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 10.43 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 05

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 18

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA () AUMENTADA (X)

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

____29.21____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____18.02____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____11.76____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 06

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 63

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

8.ANCHO DE LA RAMA:

____ 29.21 ____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____ 18.02 ____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____ 9.03 ____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 07

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 25

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___32.92___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___16.34___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___7.72___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 08

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 32

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA (X) PRONUNCIADA () NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___ 27.74 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 12.49 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 8.24 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 09

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 18

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

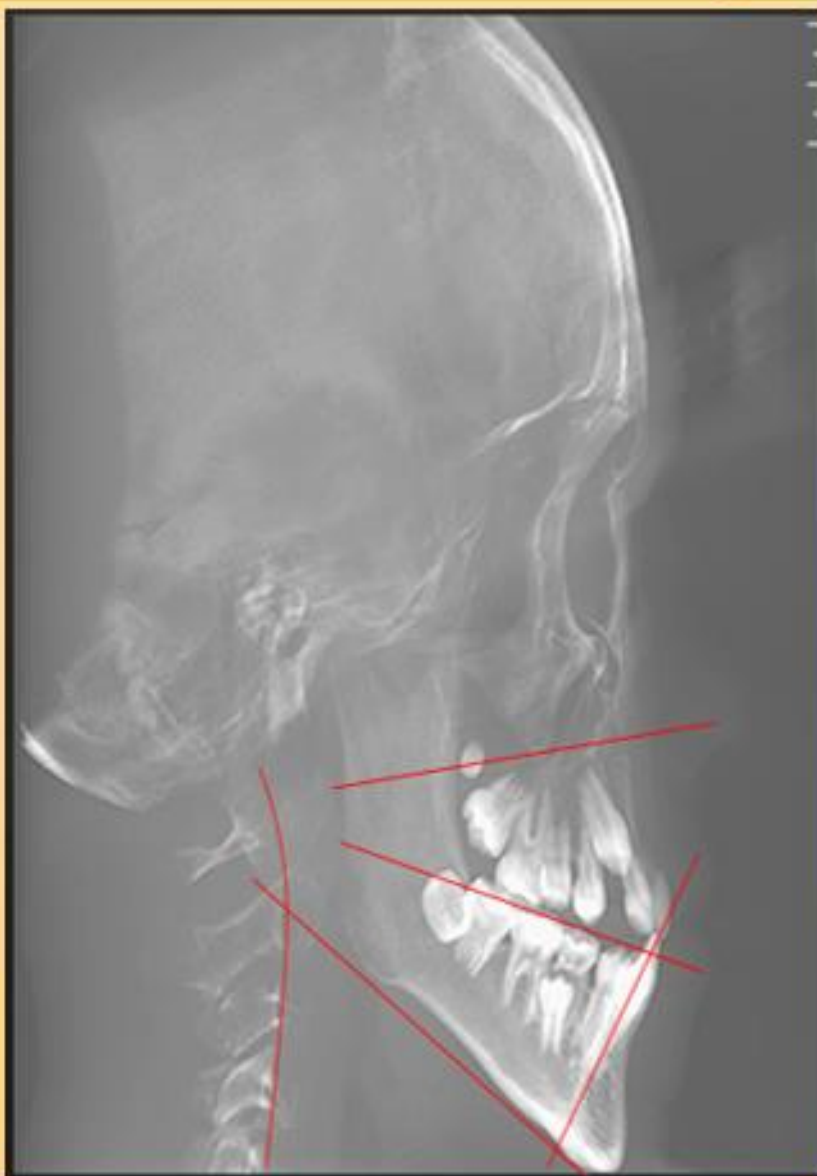
___26.38___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___9.48___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___12.24___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 10

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 18

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

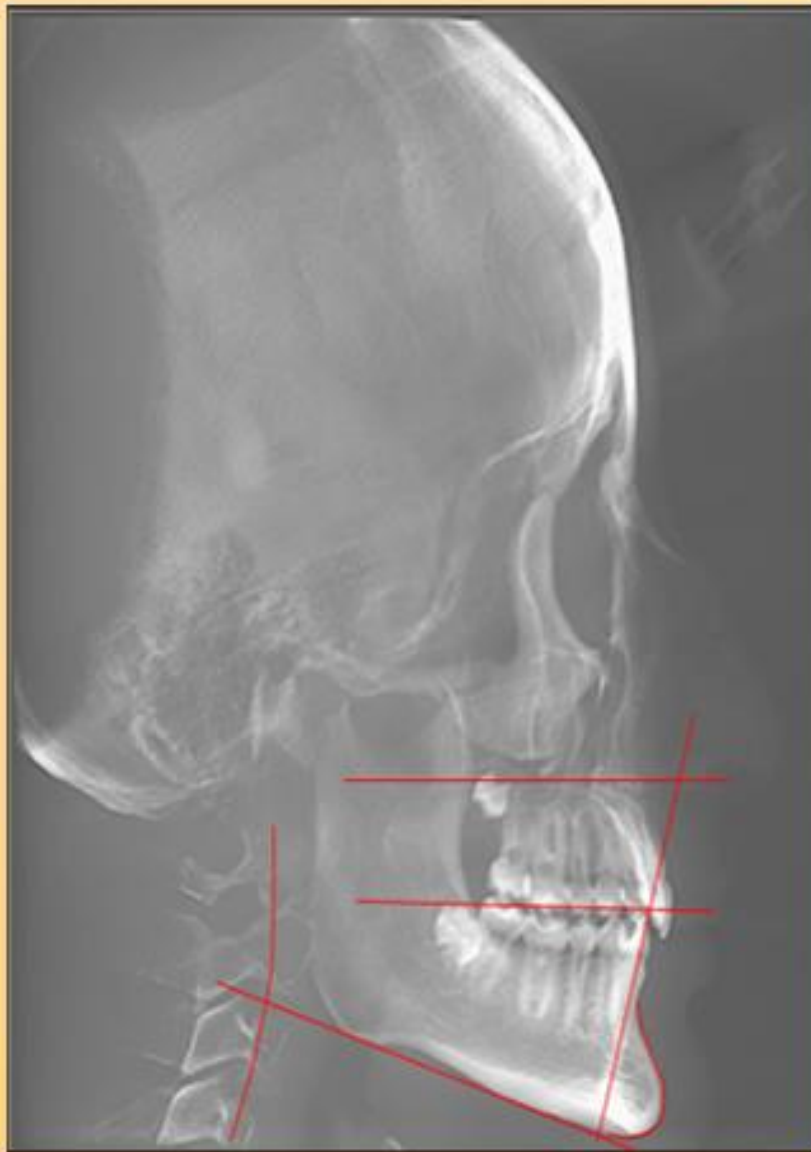
___35.39___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___12.31___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___12.32___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 11

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 23

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___ 26.12 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 12.67 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 5.88 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 12

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 23

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

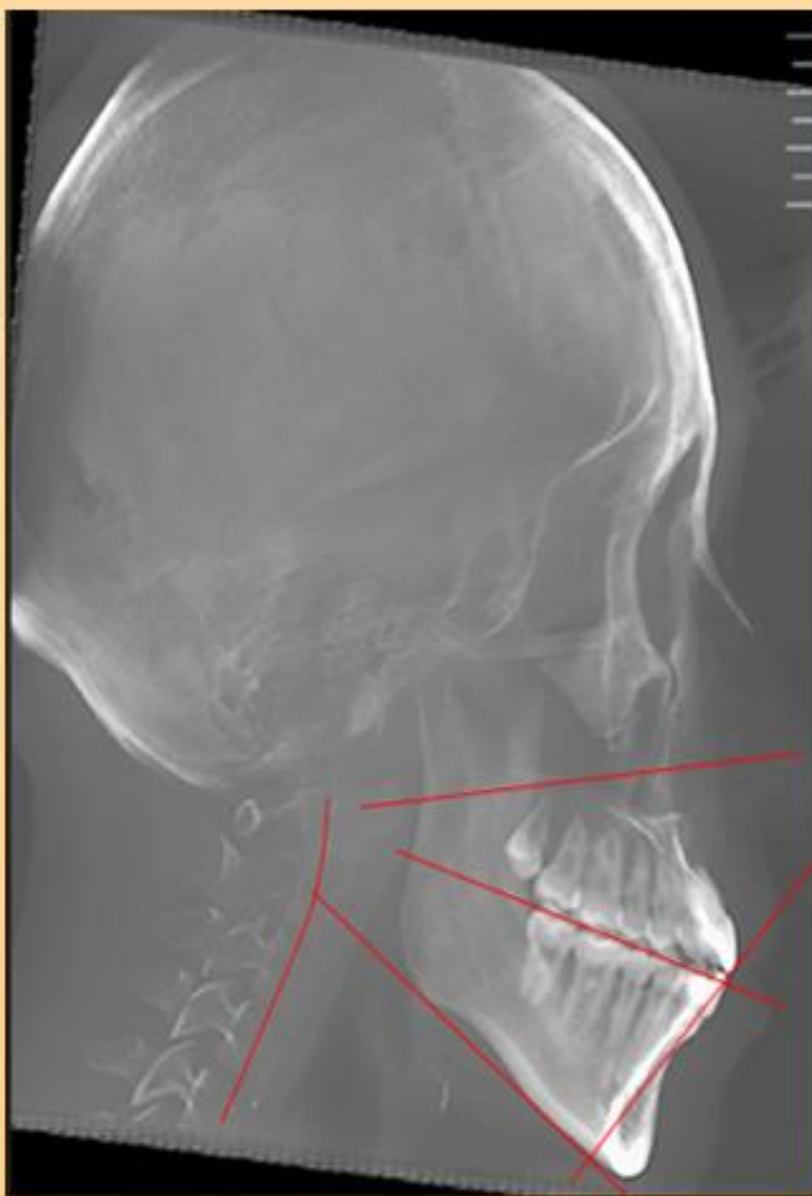
____25.05____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____12.55____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____12.35____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 13

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 24

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___33.95___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___18.22___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___9.07___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 14

FECHA: 11/09/2022

1. EDAD: 24

2. GÉNERO: MASCULINO

3. ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4. COLUMNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5. INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6. INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7. CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8. ANCHO DE LA RAMA:

___ 30.17 ___ mm

9. ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 13.10 ___ mm

10. VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 7.25 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 15

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 17

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

8.ANCHO DE LA RAMA:

____29.52____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____10.29____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____7.95____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 16

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 41

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

____ 29.81 ____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____ 11.46 ____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____ 9.98 ____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 17

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 19

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___37.66___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___14.41___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___9.51___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 18

FECHA: 11/09/2022

1. EDAD: 23

2. GÉNERO: MASCULINO

3. ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4. COLUMNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5. INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6. INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7. CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8. ANCHO DE LA RAMA:

___ 28.94 ___ mm

9. ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 14.50 ___ mm

10. VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 10.35 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 19

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 27

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL (X) RECTIFICADA () AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

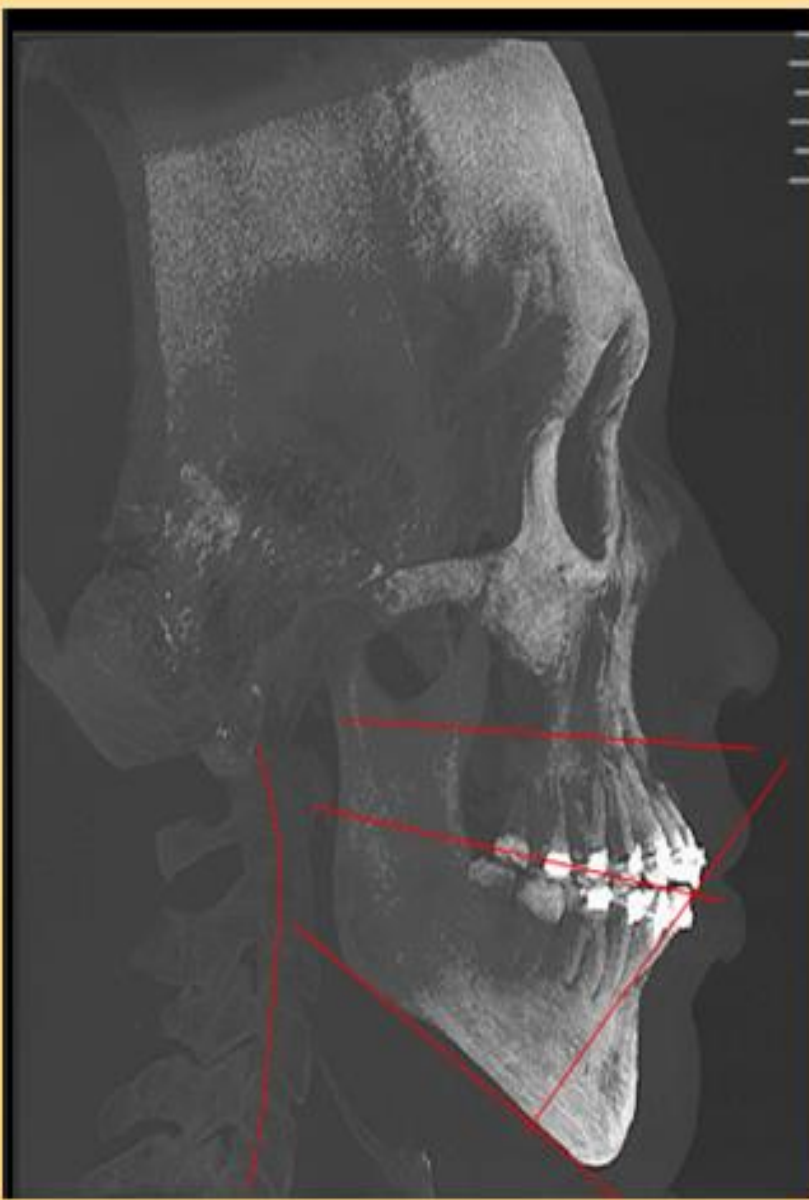
___ 28.76 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 16.81 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 11.64 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 20

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 24

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

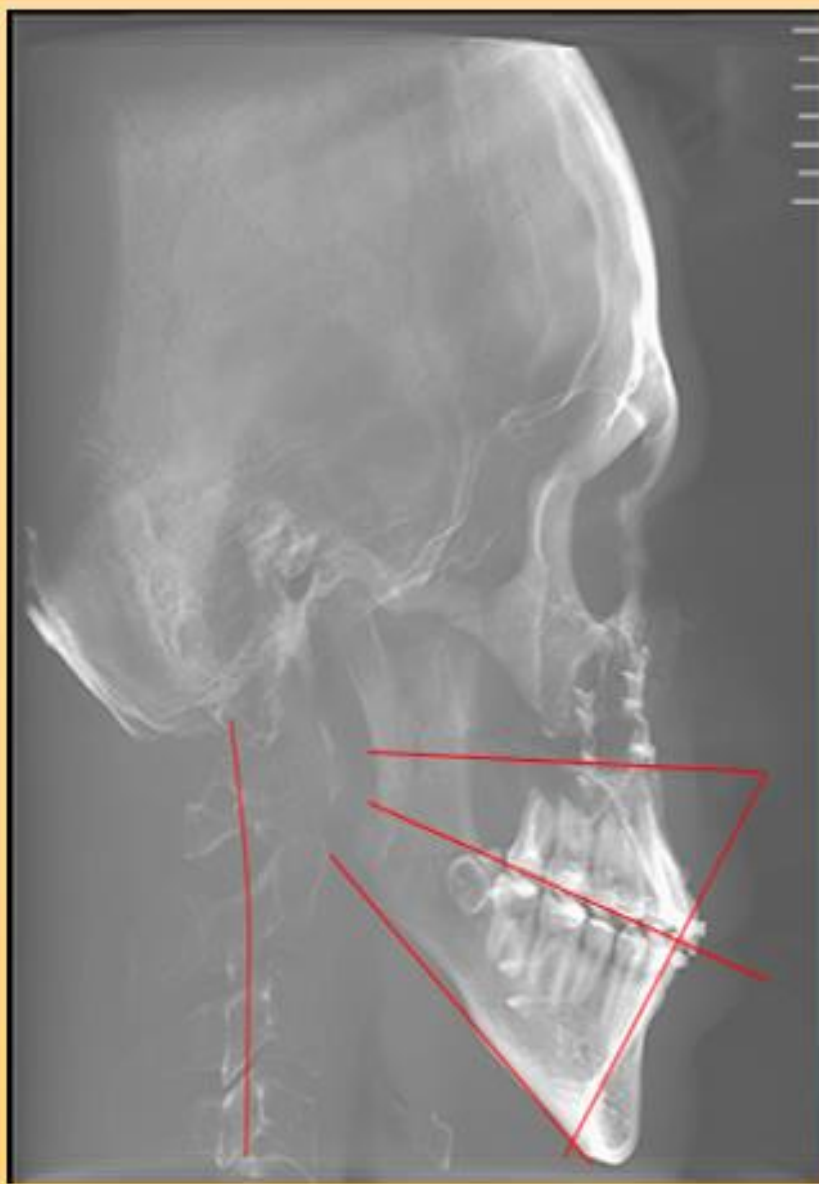
_____24.26_____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

_____9.84_____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

_____10.17_____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 21

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 18

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL (X) RECTIFICADA () AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

____ 31.57 ____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____ 10.47 ____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____ 9.74 ____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 22

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 42

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___30.07___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___13.75___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___4.52___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 23

FECHA: 11/09/2022

1. EDAD: 18

2. GÉNERO: FEMENINO

3. ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4. COLUMNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5. INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6. INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7. CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8. ANCHO DE LA RAMA:

_____ 28.26 _____ mm

9. ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

_____ 10.24 _____ mm

10. VIA AÉREA: OROFARINGE

_____ 6.61 _____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 24

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 17

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL (X) RECTIFICADA () AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___ 26.97 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 13.23 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 10.54 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 25

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 42

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

_____ 25.66 _____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

_____ 12.43 _____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

_____ 4.86 _____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 26

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 22

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

____ 27.45 ____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____ 12.06 ____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____ 10.17 ____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 27

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 20

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

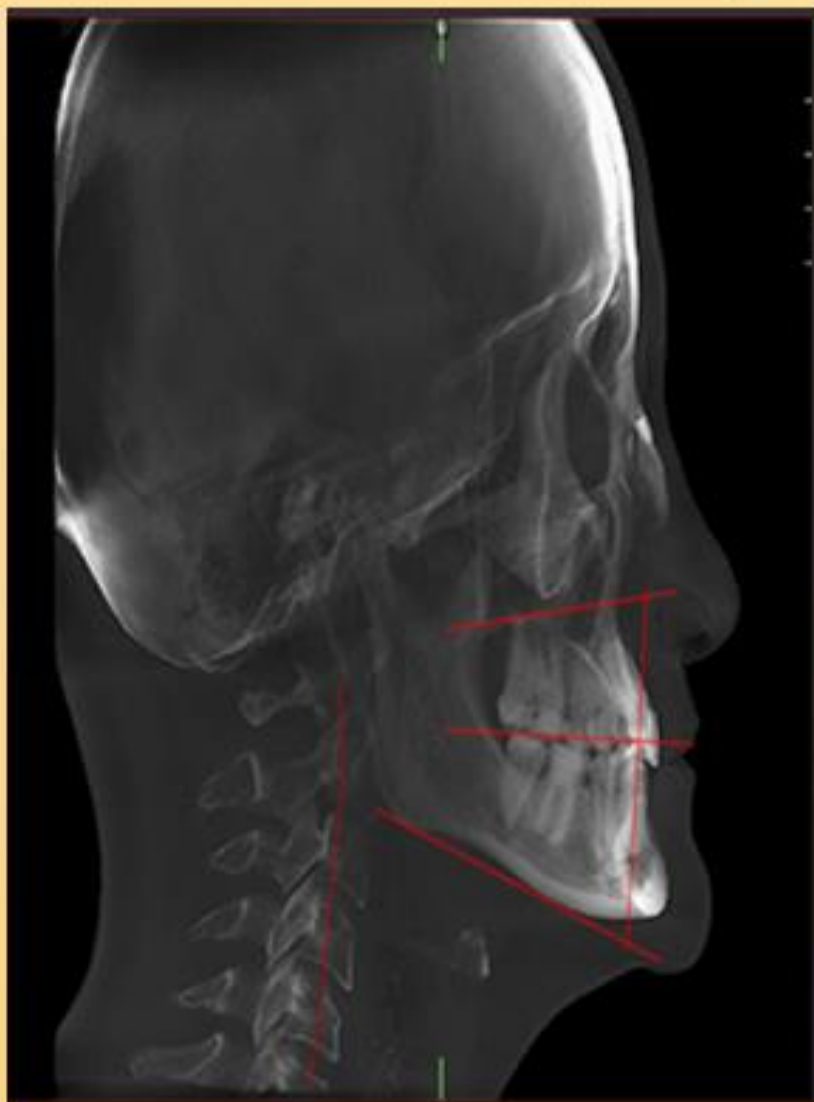
___27.30___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___11.38___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___8.65___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 28

FECHA: 11/09/2022

1. EDAD: 18

2. GÉNERO: MASCULINO

3. ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4. COLUMNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL (X) RECTIFICADA () AUMENTADA ()

5. INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6. INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7. CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8. ANCHO DE LA RAMA:

___ 25.19 ___ mm

9. ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 12.38 ___ mm

10. VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 5.81 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 29

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 78

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL (X) RECTIFICADA () AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___ 26.97 ___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 13.23 ___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 10.35 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 30

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 16

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

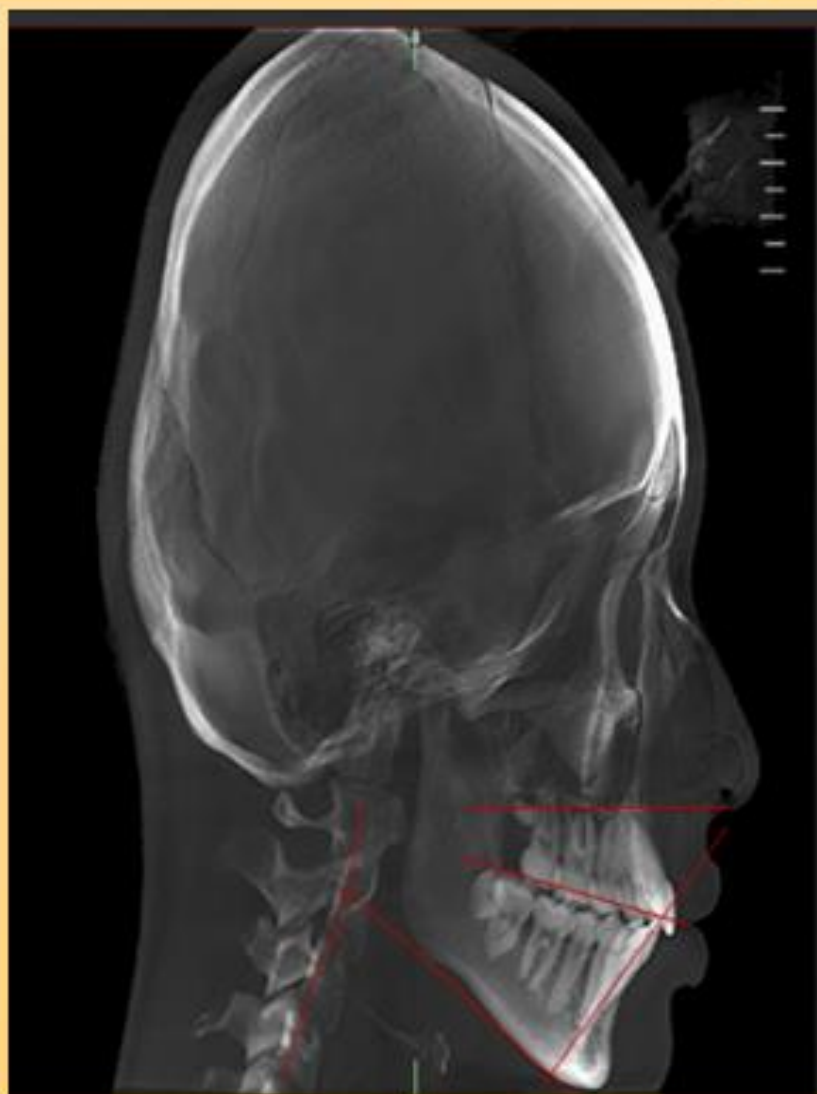
___23.57___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___13.23___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___5.34___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 31

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 20

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___31.42___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___12.70___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___8.89___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 32

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 13

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL (X) RECTIFICADA () AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

____25.69____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____11.32____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____9.13____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 33

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 22

2.GÉNERO: FEMENINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

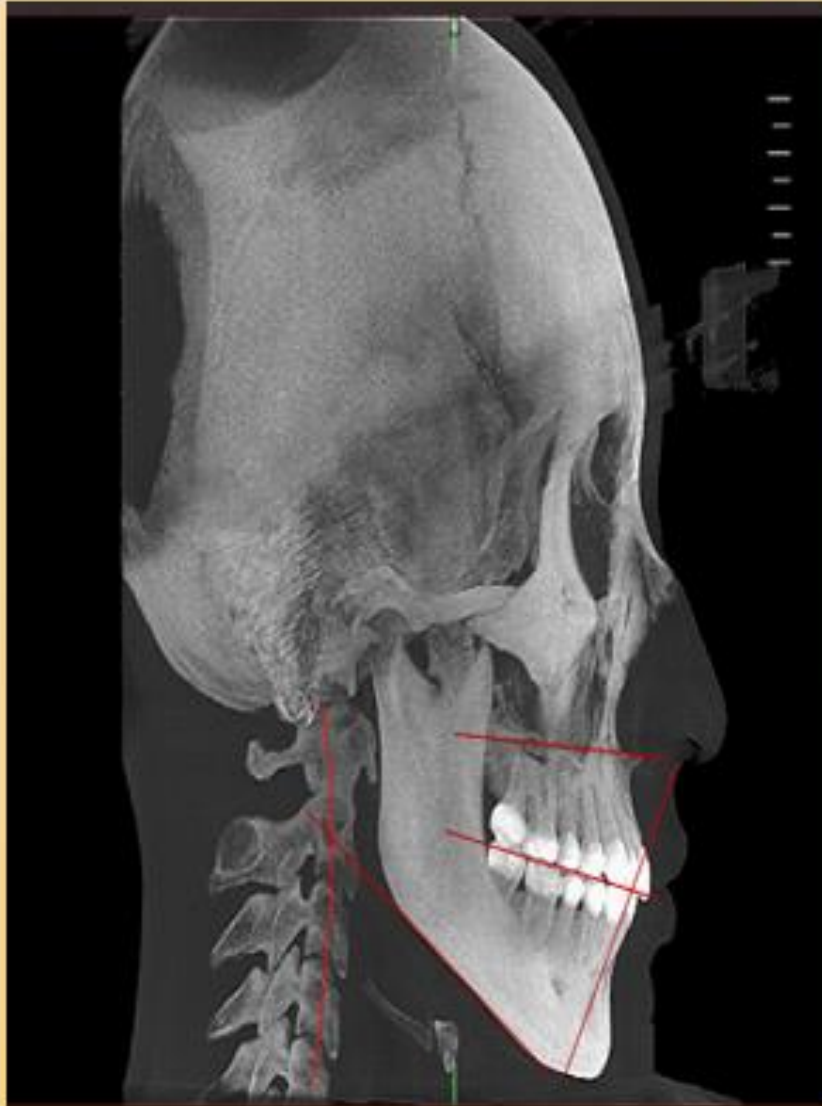
___30.17___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___13.14___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___14.61___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 34

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 50

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA () NORMAL (X)

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

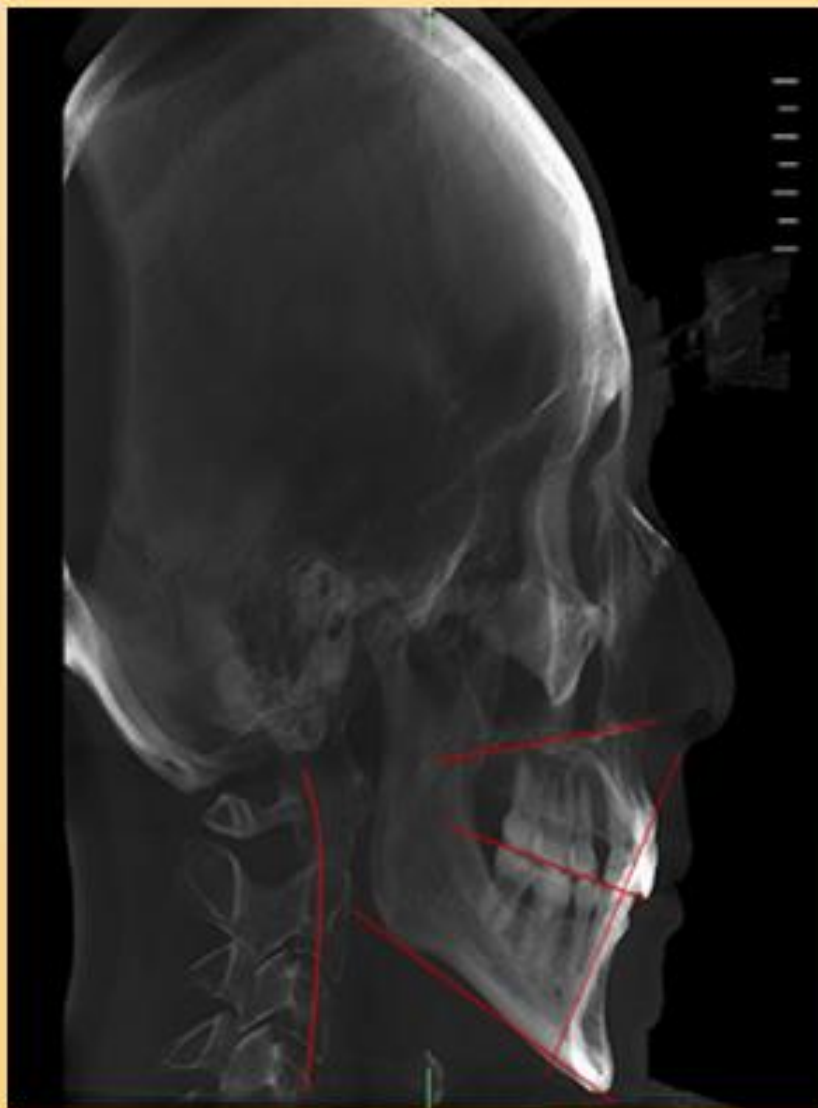
____25.07____ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

____11.88____ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

____4.64____ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 35

FECHA: 11/09/2022

1. EDAD: 42

2. GÉNERO: FEMENINO

3. ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4. COLUMNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5. INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO () DISMINUIDO (X)

6. INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7. CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

8. ANCHO DE LA RAMA:

___ 26.43 ___ mm

9. ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___ 12.14 ___ mm

10. VIA AÉREA: OROFARINGE

___ 8.32 ___ mm



FICHA DE REGISTRO

PACIENTE N°: 36

FECHA: 11/09/2022

1.EDAD: 22

2.GÉNERO: MASCULINO

3.ESCOTADURA ANTEGONIAL:

PLANA () PRONUNCIADA (X) NORMAL ()

4.COLUMNNA CERVICAL: LORDOSIS

NORMAL () RECTIFICADA (X) AUMENTADA ()

5.INCLINACIÓN DEL INCISIVO INFERIOR:

NORMAL () AUMENTADO (X) DISMINUIDO ()

6.INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

7.CONTORNO DE SÍNFISIS:

NORMAL (X) AUMENTADO () DISMINUIDO ()

8.ANCHO DE LA RAMA:

___34.10___ mm

9.ALTURA DEL CUELLO DEL CÓNDILO:

___18.95___ mm

10.VIA AÉREA: OROFARINGE

___4.83___ mm

