

Características clínicas asociadas con la desarmonía oclusal y la oclusión traumática: Revisión sistemática cualitativa de reportes y series de casos

Clinical characteristics associated with occlusal disharmony and traumatic occlusion: a qualitative systematic review of case reports and series

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0343>

Martin Gilberto Quintana-Del Solar^{1*}

<https://orcid.org/0000-0002-7087-7874>
martin.quintana@upch.pe

Carlos Octavio Matta-Morales¹

<https://orcid.org/0009-0005-9860-7672>
carlos.matta@upch.pe

Roberto Antonio León-Manco¹

<https://orcid.org/0000-0001-9641-1047>
roberto.leon@upch.pe

Carmen Inocencia Quintana-del Solar²

<https://orcid.org/0000-0003-4676-5028>
cquintanad@unmsm.edu.pe

Recibido: 12/05/2026

Aceptado: 04/08/2026

RESUMEN

Introducción: La desarmonía oclusal y la oclusión traumática presentan dificultades diagnósticas debido a la falta de consensos de sus criterios clínicos. **Objetivo:** Identificar y organizar en dimensiones las características clínicas relevantes para el diagnóstico de desarmonía oclusal y oclusión traumática. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión sistemática cualitativa de reportes y series de casos siguiendo la guía PRISMA 2020. La búsqueda se efectuó en Scopus, PubMed/MEDLINE, SciELO, EMBASE, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Google Scholar, incluyendo estudios publicados entre 1965 y el 31 de octubre de 2025. Se identificaron 18,883 registros; para el proceso de selección se cribaron los 2,383 registros recuperados en las bases de datos electrónicas y los primeros 300 resultados de Google Scholar. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, se incluyeron 46 estudios. El cumplimiento de los criterios de reporte se evaluó mediante la guía CARE y el riesgo de sesgo mediante la metodología de Pierson. Un estudio con alto riesgo de sesgo fue excluido de la síntesis narrativa (n=45). **Resultados:** Se identificaron cinco dimensiones para la desarmonía oclusal y seis para la oclusión traumática. La incorporación del compromiso del tejido periodontal en esta última sugiere diferencias en la distribución de las características clínicas entre ambas entidades. **Conclusiones:** La organización de las características clínicas en dimensiones proporciona un marco preliminar para estructurar e interpretar los hallazgos clínicos descritos en la literatura. Este esquema podría contribuir a la evaluación clínica de ambas entidades, aunque requiere validación mediante estudios observacionales y de exactitud diagnóstica.

Palabras clave: Oclusión Dental; Salud Bucal; Diagnóstico Clínico; Oclusión Dental traumática.

¹Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

²Universidad Nacional Mayor de San Marcos

*Autor de correspondencia: martin.quintana@upch.pe

ABSTRACT

Introduction: Occlusal disharmony and traumatic occlusion pose diagnostic challenges due to the lack of consensus regarding their clinical diagnostic criteria. **Objective:** To identify and organize into dimensions the clinically relevant characteristics for the diagnosis of occlusal disharmony and traumatic occlusion. **Materials and Methods:** A qualitative systematic review of case reports and case series was conducted following the PRISMA 2020 guidelines. A literature search was performed in Scopus, PubMed/MEDLINE, SciELO, EMBASE, Virtual Health Library (VHL) and Google Scholar, including studies published between 1965 and October 31, 2025. A total of 18,883 records were identified; for the screening process, the 2,383 records retrieved from the electronic databases and the first 300 Google Scholar results were screened. After applying the eligibility criteria, 46 studies were included. Compliance with the CARE reporting guidelines was assessed and risk of bias was evaluated using the Pierson methodology. One study with a high risk of bias was excluded from the narrative synthesis (n=45). **Results:** Five dimensions were identified for occlusal disharmony and six for traumatic occlusion. The inclusion of periodontal tissue involvement in traumatic occlusion suggests differences in the distribution of clinical characteristics between the two conditions. **Conclusions:** Organizing clinical characteristics into dimensions provides a preliminary framework for structuring and interpreting the clinical findings reported in the literature. This framework may contribute to the clinical assessment of both conditions; however, it requires validation through observational studies and diagnostic accuracy studies.

Keywords: Dental Occlusion; Oral Health; Clinical Diagnosis; Dental Occlusion, Traumatic.

INTRODUCCIÓN

Los movimientos mandibulares dependen de la interacción coordinada de los componentes del sistema estomatognático (SE), cuya expresión funcional es la oclusión dental. Cuando los mecanismos de adaptación son superados por alteraciones estructurales o funcionales, puede desarrollarse una oclusión patológica (1,2).

La armonía oclusal u oclusión fisiológica se entiende como el equilibrio funcional entre los dientes, la musculatura y la articulación temporomandibular (ATM), necesario para el funcionamiento adecuado del sistema estomatognático (2,3).

El término desarmonía oclusal es una condición en la que los contactos oclusales están alterados y no mantienen una relación funcional adecuada con los demás dientes ni con la musculatura y ATM, no hay consenso sobre sus características clínicas pudiendo manifestarse como interferencias oclusales o limitaciones funcionales (1,2,4-6).

El término oclusión traumática se refiere a la relación oclusal que origina el trauma oclusal. El trauma oclusal se define como la lesión del periodonto ocasionada por fuerzas oclusales que exceden la capacidad adaptativa de los tejidos de soporte dentario, independiente de la presencia de enfermedad periodontal. El trauma oclusal se clasifica en primario, cuando afecta dientes con soporte periodontal sano y secundario, cuando actúa sobre dientes con soporte periodontal reducido. Aunque no existe consenso sobre las características clínicas de la oclusión traumática,

esta puede asociarse con signos como movilidad dentaria, sobrecarga oclusal y ensanchamiento del espacio periodontal, incluso en ausencia de síntomas (2,4-8).

Ante la falta de consenso sobre los criterios clínicos para el diagnóstico de la desarmonía oclusal y la oclusión traumática, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características clínicas relevantes para el diagnóstico de la desarmonía oclusal y la oclusión traumática?

En consecuencia, el objetivo de esta revisión sistemática cualitativa de reportes y series de casos fue identificar y organizar en dimensiones las características clínicas relevantes para el diagnóstico de desarmonía oclusal y oclusión traumática, con el fin de contribuir a una mejor caracterización clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de reportes y series de casos sobre las características clínicas de la desarmonía oclusal y la oclusión traumática, desarrollada conforme a las recomendaciones de la guía PRISMA 2020. La búsqueda bibliográfica se efectuó en Scopus, PubMed/MEDLINE, SciELO, EMBASE, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Google Scholar, esta última como fuente complementaria, se revisaron los primeros 300 resultados (30 páginas con 10 resultados por página), ordenados por relevancia, debido a que después de ese punto no se identificaron estudios potencialmente elegibles. Se utilizaron descriptores Medical Subject Headings (MeSH) y términos libres; para desarmonía oclusal se empleó el descriptor Dental Occlusion junto con los términos Occlusal disharmony y Occlusal disharmonies, mientras que para oclusión traumática se utilizó el descriptor Dental Occlusion, Traumatic junto con los términos Traumatic Occlusion, Traumatic occlusal, Primary Occlusal Trauma, Secondary Occlusal Trauma, Occlusal Trauma, Trauma from Occlusion. Las estrategias de búsqueda utilizadas en cada base de datos, incluyendo las ecuaciones utilizadas, operadores booleanos, fecha de ejecución y número de registros recuperados se presentan en la Tabla 1. Se incluyeron reportes y series de caso originales publicados entre 1965 y el 31 de octubre de 2025 que describieran las características clínicas de la desarmonía oclusal y la oclusión traumática. También se incluyeron artículos disponibles en publicación electrónica anticipada (Epub ahead of print/Online First) con fecha de publicación electrónica igual o anterior al 31 de octubre de 2025, independientemente de la fecha de asignación al volumen impreso. Se excluyeron estudios sin acceso al texto completo, publicados antes de 1965 o que, tras la revisión del texto completo, no aportaron información clínica relevante para los objetivos de la revisión.

La pregunta de investigación se estructuró mediante el modelo PEO (Population, Exposure, Outcome), adecuado para revisiones sistemáticas cualitativas:

Población (P): Pacientes descritos en reportes y series de casos con diagnóstico de desarmonía oclusal u oclusión traumática.

Exposición (E): Presencia de desarmonía oclusal u oclusión traumática.

Resultado o Outcome (O): Características clínicas relevantes organizadas en dimensiones para el diagnóstico de la desarmonía oclusal y la oclusión traumática: tejido dentario, oclusión dentaria, tejido muscular, articulación temporomandibular, tejido periodontal y examen radiográfico.

Tabla 1
Estrategias de búsqueda.

Base de datos	Estrategia y parámetros de búsqueda	Registros recuperados
Scopus	Campos consultados: TITLE-ABS-KEY. Estrategia: "Dental Occlusion" OR "occlusal disharmony" OR "occlusal disharmonies" OR "Dental Occlusion Traumatic" OR "Traumatic Occlusion" OR "traumatic occlusal" OR "Primary Occlusal Trauma" OR "Secondary Occlusal Trauma" OR "Occlusal Trauma" OR "Trauma From Occlusion" AND "clinical factors" OR "clinical characteristics" OR "diagnosis"; con limitación al área <i>Dentistry</i> , tipo de documento <i>Article</i> y exclusión de revisiones, estudios en animales y términos no relacionados con el objetivo. Idioma: sin restricción. Fecha de búsqueda: 31 de octubre de 2025.	1.287
PubMed/ MEDLINE	Campos consultados: MeSH y Title/Abstract [tiab]. Estrategia: combinación de "Dental Occlusion"[Mesh], "Dental Occlusion"[tiab], "occlusal disharmony"[tiab], "Dental Occlusion, Traumatic"[Mesh], "Traumatic Occlusion"[tiab], "Primary Occlusal Trauma"[tiab], "Secondary Occlusal Trauma"[tiab], "Occlusal Trauma"[tiab] y "Trauma From Occlusion"[tiab], asociados mediante AND con "clinical factors"[tiab], "clinical characteristics"[tiab] o "diagnosis"[tiab]; exclusión de estudios animales, revisiones y términos no relacionados. Idioma: sin restricción. Fecha: 31 de octubre de 2025.	59
SciELO	Campos consultados: título, resumen y palabras clave. Estrategia: combinación de términos en inglés, español y portugués relacionados con <i>Dental Occlusion</i> , <i>Traumatic Occlusion</i> , <i>Occlusal Trauma</i> , <i>Occlusal Disharmony</i> , <i>desarmonía/disarmonía oclusal</i> , <i>oclusión traumática</i> y <i>trauma oclusal</i> , asociados con "clinical factors", "clinical characteristics" o "diagnosis". Filtros: sin filtros adicionales. Idiomas: español, inglés y portugués. Fecha: 31 de octubre de 2025.	805
EMBASE	Campos consultados: título, resumen y palabras clave. Estrategia: términos relacionados con <i>Dental Occlusion</i> , <i>Occlusal Disharmony</i> , <i>Traumatic Occlusion</i> y <i>Occlusal Trauma</i> , combinados con <i>clinical factors</i> , <i>clinical characteristics</i> y <i>diagnosis</i> . Filtros: texto completo, humanos, artículos de revista, criterios diagnósticos de sensibilidad/especificidad y población adulta/adulta mayor. Idioma: sin restricción. Fecha: 31 de octubre de 2025.	145
Biblioteca Virtual en Salud (BVS)	Campos consultados: título, resumen y asunto. Estrategia: combinación de términos relacionados con <i>Dental Occlusion</i> , <i>Occlusal Disharmony</i> , <i>Traumatic Occlusion</i> , <i>Occlusal Trauma</i> , <i>Primary/Secondary Occlusal Trauma</i> y <i>Trauma From Occlusion</i> ,	87



	asociados con <i>clinical factors</i> , <i>clinical characteristics</i> o <i>diagnosis</i> . Filtros: sin filtros adicionales. Idiomas: español, inglés y portugués. Fecha: 31 de octubre de 2025.	
Google Scholar	Campo: búsqueda libre en texto completo. Estrategia: términos relacionados con <i>Dental Occlusion</i> , <i>Occlusal Disharmony</i> , <i>Traumatic Occlusion</i> y <i>Occlusal Trauma</i> , asociados con <i>clinical factors</i> , <i>clinical characteristics</i> o <i>diagnosis</i> . Los resultados se ordenaron por relevancia y se revisaron los primeros 300 registros (30 páginas de 10 resultados). Idioma: sin restricción. Fecha: 31 de octubre de 2025.	16.500 identificados; 300 revisados
Total	Bases de datos electrónicas: 2.383 registros. Google Scholar fue utilizado como fuente complementaria y se cribaron únicamente sus primeros 300 resultados.	18.883 identificados

El proceso de revisión se realizó por el investigador principal, previamente calibrado con un experto metodológico con más de 10 años de experiencia en Rehabilitación Oral y Oclusión, quien participó en la calibración y en la resolución de discrepancias, mientras que la selección definitiva de los estudios, la extracción de datos y la evaluación metodológica fueron realizadas por el investigador principal. La calibración comprendió tres etapas: primero fue la selección de estudios mediante títulos y resúmenes utilizando una muestra de 10 registros sobre desarmonía oclusal (7 incluidos y 3 excluidos) y 30 registros sobre oclusión traumática (21 incluidos y 9 excluidos), obteniéndose coeficiente kappa=1.000 y 0.841 respectivamente. Luego se evaluó la concordancia en la aplicación de la guía CARE mediante una muestra de 6 registros de desarmonía oclusal y 6 registros de oclusión traumática. Por último, se evaluó la concordancia en la clasificación del riesgo de sesgo utilizando los mismos 12 artículos. Los coeficientes kappa se calcularon mediante tablas de contingencia 2x2, comparando las decisiones del investigador principal con las del experto metodológico. La concordancia obtenida en la evaluación de la guía CARE y del riesgo de sesgo fue sustancial a casi perfecta, con coeficientes kappa comprendidos entre 0.755 y 1.000. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso con el experto metodológico.

La búsqueda bibliográfica identificó 18,883 registros, de los cuales 2,383 procedían de las bases de datos electrónicas y 16,500 de Google Scholar. De acuerdo con el protocolo previamente establecido, en Google Scholar únicamente se revisaron los primeros 300 resultados ordenados por relevancia; por ello, 16,200 registros fueron retirados antes del cribado. Posteriormente, se eliminaron 16 registros duplicados y se cribaron 2,667 registros mediante la evaluación de títulos y resúmenes, excluyéndose 2,605 registros por no cumplir los criterios de inclusión. Se recuperaron 62 informes para revisión del texto completo; tres no pudieron recuperarse por falta de acceso y 59 fueron evaluados para determinar su elegibilidad. Tras la lectura del texto completo, se excluyeron 13 informes por no aportar información clínica relevante para responder la pregunta de investigación. Finalmente, se incluyeron 46 estudios en la revisión sistemática cualitativa (8 de desarmonía oclusal y 38 de oclusión traumática).



El cumplimiento de los criterios de reporte se evaluó mediante la guía CARE obteniéndose un porcentaje utilizado únicamente con fines descriptivos. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la metodología de Pierson, clasificando los estudios en riesgo bajo, moderado y alto. Los estudios con riesgo alto fueron descritos, pero se excluyeron de la síntesis cualitativa. Todas las evaluaciones fueron realizadas por el investigador principal y las discrepancias se resolvieron mediante consenso con el experto metodológico.

Posteriormente, un estudio sobre oclusión traumática fue excluido por presentar riesgo alto de sesgo; en consecuencia, la síntesis cualitativa se realizó con $n=45$ estudios (8 de desarmonía oclusal y 37 de oclusión traumática) (Figura 1).

La extracción de datos fue realizada por el investigador principal mediante una matriz elaborado para la presente revisión. Se registraron las características generales de cada estudio (autor, país, año, género y edad) y los hallazgos clínicos descritos para el diagnóstico de desarmonía oclusal u oclusión traumática. Posteriormente las características clínicas relevantes se agruparon en dimensiones según el objetivo del estudio y definidas en la pregunta PEO: tejido dentario, oclusión dentaria, tejido muscular, articulación temporomandibular, tejido periodontal y examen radiográfico. Para cada característica se registró el número de estudios y las referencias en los que fue reportada.

Debido a la heterogeneidad clínica de los estudios incluidos, no fue posible realizar una síntesis cuantitativa (metaanálisis). Los resultados se integraron mediante síntesis narrativa

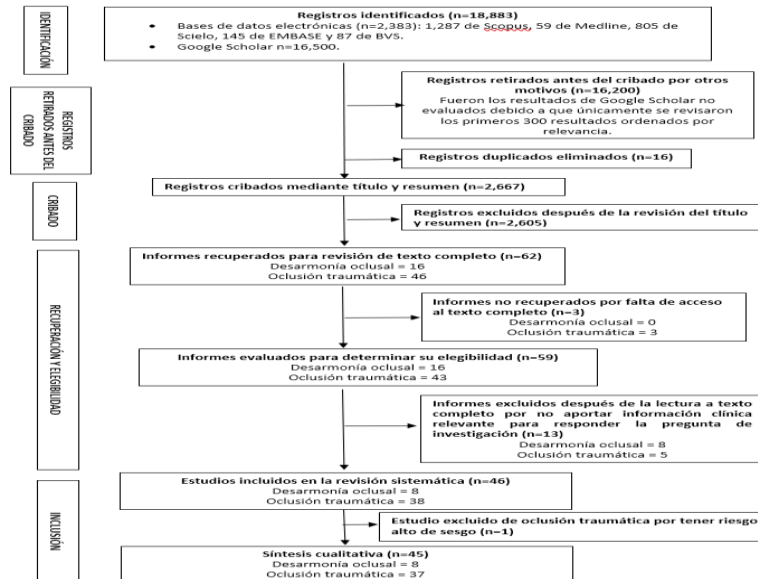
RESULTADOS

Para el diagnóstico de la desarmonía oclusal se incluyeron 8 estudios, correspondientes a 6 reportes de caso y 2 series de casos. Los estudios procedieron de Corea, India, Ecuador, Japón, Estados Unidos y Australia, predominantemente en pacientes de sexo femenino, con edades entre 14 y 74 años; las publicaciones abarcaron el período comprendido entre 1970 y 2025 (Tabla 1). La evaluación del cumplimiento de la guía CARE mostró un alto grado de cumplimiento de los criterios de reporte en los 8 estudios incluidos. El porcentaje de cumplimiento se calculó con fines descriptivos para evaluar la integridad del reporte de los estudios y no debe interpretarse como una medida de calidad metodológica (Tabla 2). La evaluación del riesgo de sesgo mediante la metodología de Pierson clasificó 5 estudios con riesgo moderado y 3 con riesgo bajo. Dado que todos presentaron un riesgo aceptable, los 8 estudios fueron incluidos en la síntesis narrativa (Tabla 3).



Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de estudios según PRISMA 2020.



Para el diagnóstico de la oclusión traumática se incluyeron inicialmente 38 estudios correspondientes a 33 reportes de caso y 5 series de casos. Los estudios procedieron de India, Corea, China, Japón, Francia, Indonesia, Polonia, Estados Unidos, Perú, Bélgica, Marruecos, Italia, Brasil, Turquía, Australia, España, Taiwán y Malasia, predominantemente en pacientes de sexo femenino, con edades entre 10 y 79 años; las publicaciones abarcaron el período comprendido entre 1965 y 2025 (Tabla 1). La evaluación del cumplimiento de la guía CARE se realizó con los 38 estudios inicialmente incluidos, observándose un alto grado de cumplimiento de los criterios de reporte establecidos (Tabla 2). La evaluación del riesgo de sesgo mediante la metodología de Pierson clasificó 1 estudio con riesgo alto, 15 con riesgo moderado y 22 con riesgo bajo (Tabla 3).

El estudio con riesgo alto de sesgo fue excluido de la síntesis narrativa, por lo que el análisis final se realizó con n=45 estudios (8 de desarmonía oclusal y 37 de oclusión traumática) (Figura 1). Las características clínicas relevantes se organizaron en dimensiones para facilitar su análisis e interpretación (Tabla 4).

Tabla 2. (a)
Estudios sobre desarmonía oclusal

N.º	Estudio	Diseño	País / año	Paciente(s)	Principales hallazgos clínicos
1	Lee SH et al. (9)	Reporte de caso	Corea, 2025	F, 26 años	Mordida en tijera severa unilateral; interferencias oclusales; alteración del plano oclusal; desviación de línea media; apiñamiento; extrusión molar; desviación funcional mandibular; chasquido de ATM izquierda;

					asimetría condilar. Imagenología: asimetría mandibular, hiperplasia condilar leve y reabsorción radicular.
2	Singh H et al. (10)	Serie de casos	India, 2024	F, 17 años; M, 20 años	Maloclusión Clase III; mordida cruzada anterior; apiñamiento; desplazamiento funcional anterior; sobrecierre mandibular; alteraciones de línea media y relaciones molares. Cefalometría compatible con Clase III esquelética y patrón hipodivergente.
3	Montaño VA et al. (11)	Reporte de caso	Ecuador, 2020	M, 74 años	Destrucción coronaria; caries radicular; atrición; alteración del plano oclusal y de la dimensión vertical; problemas fonéticos; edentulismo; extrusión dental; enfermedad periodontal; recesión gingival y movilidad grado III.
4	Yamashita A et al. (12)	Reporte de caso	Japón, 2014	F, 19 años	Facetas de desgaste; extrusión dentaria; mordida profunda; desviación de línea media; trismo; dolor y chasquido de ATM izquierda; limitación de apertura y bloqueo articular intermitente.
5	Kerstein RB (13)	Reporte de caso	EE. UU., 2004	F, 45 años	Tiempo de desoclusión prolongado; desequilibrio de fuerzas; oclusión abierta anterior leve; bruxismo; función grupal posterior; dolor facial crónico; cefalea; dolor y actividad musculares elevada.
6	Goto S et al. (14)	Reporte de caso	Japón, 1994	F, 20 años	Mordida abierta anterior severa; maloclusión Clase II; protrusión dentoalveolar bimaxilar; dolor muscular; protrusión lingual durante la deglución; retrognatía mandibular y deformación condilar bilateral.
7	Docherty R et al. (15)	Serie de casos	EE. UU., 1978	3 pacientes: F, 33; F, 29; M, 41 años	Cefalea asociada al estrés; dolor facial y auricular; dolor muscular temporal y occipital; bruxismo; apretamiento dentario y sensación de rigidez o cansancio mandibular.
8	Bull AW (16)	Reporte de caso	Australia, 1970	Sexo no especificado, 14 años	Coronas clínicas cortas; caries; atrición generalizada; sobreerupción posterior; alteración de la dimensión vertical; insuficiente espacio interarcada y edentulismo parcial.

Tabla 2. (b)

Características generales y principales hallazgos clínicos de los estudios sobre oclusión traumática

N.º	Estudio	Diseño	País / año	Paciente(s)	Principales hallazgos clínicos
1	Mascarenhas R et al. (17)	Reporte de caso	India, 2025	M, 42 años	Fractura de cúspide en pieza 36; trauma y sobrecarga oclusal; bolsa periodontal; movilidad grado 2; absceso periodontal; radiolucidez distal y en furcación; pérdida de lámina dura.
2	Giap HV et al. (18)	Reporte de caso	Corea, 2025	F, 57 años	Maloclusión Clase II; apiñamiento; extrusión de caninos; contacto prematuro; frémito en máxima intercuspidación; periodontitis crónica; movilidad grados 1-2; recesión severa; bolsas ≥ 6 mm y pérdida ósea alveolar generalizada.
3	Li C et al. (19)	Reporte de caso	China, 2025	F, 29 años	Trauma oclusal secundario; Clase II división 1; protrusión anterior; overjet de 11 mm; apiñamiento; sobremordida; periodontitis; bolsas; movilidad; asimetría condilar; reabsorción radicular y ósea; ensanchamiento periodontal.
4	Harada R et al. (20)	Reporte de caso	Japón, 2025	F, 35 años	Atrición; contacto prematuro; bruxismo nocturno y apretamiento diurno; periodontitis agresiva generalizada; sangrado al sondaje; bolsas; furcación grados II-III; defectos óseos angulares y reabsorción horizontal.
5	Baaroun V et al. (21)	Reporte de caso	Francia, 2025	F, 64 años	Dolor y pulpitis irreversible en pieza 35; atrición; trauma y sobrecarga oclusal; bruxismo;



					edentulismo parcial; periodontitis apical; bolsa periodontal; movilidad grado 2 y ensanchamiento del ligamento periodontal.
6	Savitri IJ et al. (22)	Reporte de caso	Indonesia, 2024	F, 23 años	Maloclusión y malposición dental; periodontitis y gingivitis crónica; bolsas; sangrado al sondaje; hiperplasia gingival; exostosis; ensanchamiento periodontal y reabsorción de cresta alveolar.
7	Machoy M et al. (23)	Reporte de caso	Polonia, 2023	F, 65 años	Trauma y sobrecarga oclusal; desplazamiento y extrusión de pieza 21; movilidad grado 2; pérdida ósea y atrofia de la lámina vestibular alveolar.
8	Dwiyanti (24)	Reporte de caso	Indonesia, 2023	M, 66 años	Dolor en pieza 26; contacto prematuro e interferencia oclusal; fuerza excesiva; absceso periodontal; movilidad grado II; bolsa periodontal; pérdida ósea vertical; lesión endoperiodontal y radiolucidez periapical.
9	Adeni MK et al. (25)	Reporte de caso	India, 2022	F, 22 años	Sobremordida profunda traumática; overjet de 10 mm; Clase II; protrusión y apiñamiento; diastemas; recesión; bolsas; pérdida de inserción de 7 mm; movilidad grado 1; gingivitis y pérdida ósea horizontal.
10	Navya PD et al. (26)	Reporte de caso	India, 2022	F, 35 años	Restauración defectuosa en pieza 36; trauma oclusal; absceso y bolsa de 8 mm; movilidad grado 1; furcación grado II; ensanchamiento del ligamento periodontal y pérdida ósea.
11	Kartha S et al. (27)	Reporte de caso	India, 2022	F, 13 años	Dolor en incisivos inferiores; desgaste; trauma oclusal primario; sobremordida aumentada; frémito; retroinclinación incisiva; movilidad grado I; recesión; gingivitis y lesión periapical extensa.
12	Jiang K et al. (28)	Reporte de caso	China, 2022	F, 27 años	Trauma oclusal; mordida borde a borde y cruzada; rotación de incisivos; movilidad grado III; periodontitis agresiva severa; <25 % de hueso alveolar remanente; reabsorción alveolar extensa y Clase III esquelética.
13	Chen M et al. (29)	Reporte de caso	China, 2022	M, 35 años	Maloclusión Clase I; mordida cruzada anterior causante de oclusión traumática; diastemas; protrusión anterior; periodontitis; recesión; fenotipo periodontal delgado y patrón esquelético Clase III leve.
14	Sirinirund B et al. (30)	Serie de casos	EE. UU., 2021	2 F, 46 y 34 años	Trauma oclusal secundario; desplazamiento dental; periodontitis generalizada; pérdida de inserción; bolsas; furcación; movilidad; pérdida ósea vertical y, en un caso, recesión gingival.
15	Adindaputri Z et al. (31)	Reporte de caso	Indonesia, 2020	F, 26 años	Maloclusión Clase I; apiñamiento inferior; overjet de 3 mm; overbite de 2,7 mm; incisivo central superior derecho supraerupcionado con discrepancia vertical de 1,6 mm.
16	Zambrano-De La Peña LS et al. (32)	Reporte de caso	Perú, 2020	F, 25 años	Desgaste dental; trauma oclusal; desviación lateral mandibular durante la apertura; exostosis múltiples y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal.
17	Thierens LAM et al. (33)	Reporte de caso	Bélgica, 2019	M, 42 años	Dolor y facetas de desgaste; trauma oclusal secundario; frémito; apiñamiento; migración y protrusión dental; diastemas; periodontitis; movilidad grado 2; bolsas; recesión y alteración radiográfica periodontal.
18	Kissa J et al. (34)	Reporte de caso	Marruecos, 2019	F, 41 años	Oclusión traumática; movilidad grado III; recesión; bolsa periodontal; pérdida ósea vertical avanzada; lesión apical y reabsorción radicular leve.
19	Meynardi F et al. (35)	Reporte de caso	Italia, 2018	F, 60 años	Extrusión molar; sobrecarga funcional y trauma oclusal crónico; maloclusión dentoprotésica; precontacto; periodontitis; inflamación y sangrado; atrofia ósea; movilidad grados 1–2.

20	Solow RA (36)	Reporte de caso	EE. UU., 2017	M, 67 años	Dolor y desgaste con exposición dentinaria; trauma oclusal; interferencia y contacto prematuro; alteración del plano oclusal; frémto; crepitación; bolsa periodontal localizada y recesión gingival.
21	Noma N et al. (37)	Serie de casos	Japón, 2017	F, 51; F, 47; M, 49; M, 38 años	Dolor dental; desgaste extenso; fracturas incompletas; necrosis pulpar; síndrome de diente fisurado; cefalea; molestias musculares y articulares; un caso con absceso periapical y trauma oclusal secundario.
22	Consolaro A et al. (38)	Reporte de caso	Brasil, 2014	Sexo no especificado, 27 años	Tracción radicular del canino superior izquierdo; lesión radiolúcida cervical confirmada mediante tomografía e imágenes 3D, compatible con reabsorción cervical externa.
23	Xie Y et al. (39)	Reporte de caso	China, 2014	M, 22 años	Trauma oclusal; sobremordida profunda severa; migración, extrusión y rotación dental; diastemas; periodontitis severa; recesión y bolsas; reabsorción ósea y alteraciones cefalométricas.
24	Discacciati JAC et al. (40)	Reporte de caso	Brasil, 2013	M, 49 años	Ausencias dentarias; traumatismo oclusal; mordida abierta y ausencia de guía anterior; alteración de DVO; contacto interoclusal único; dolor muscular y articular; alteraciones funcionales; bolsas, furcación, movilidad grado 3 y pérdida ósea severa.
25	Oh SL (41)	Reporte de caso	Corea, 2011	F, 48 años	Desgaste; trauma oclusal; migración; Clase II y mordida profunda; frémto; bruxismo; periodontitis; inflamación y sangrado gingival; recesión y movilidad grado 2.
26	Ustun K et al. (42)	Reporte de caso	Turquía, 2008	M, 16 años	Maloclusión Clase III; mordida profunda; overjet negativo; diastemas y rotaciones; recesión severa; pérdida de tejido duro y blando; movilidad; dientes impactados; patrón esquelético Clase III, prognatismo mandibular y retrognatismo maxilar.
27	Vossoughi R et al. (43)	Reporte de caso	EE. UU., 2007	M, 28 años	Trauma oclusal; frémto; interferencia; mordida cruzada; periodontitis crónica; inflamación y sangrado; bolsa periodontal; agrandamiento gingival y reabsorción cervical externa.
28	Yu CY (44)	Serie de casos	Australia, 2004	2 F, 22 y 53 años	Dolor y sensibilidad; facetas de desgaste; frémto; bruxismo/apretamiento; contactos fuertes o prematuros; alteraciones de mordida; recesión; engrosamiento periodontal y periodontitis apical.
29	Segura-Egea JJ et al. (45)	Reporte de caso	España, 2003	M, 10 años	Dolor en pieza 22; faceta de desgaste; trauma oclusal; interferencia y contacto prematuro; mordida abierta posterior bilateral; periodontitis apical aguda y pérdida de definición de la lámina dura.
30	Harn WM et al. (46)	Serie de casos	Taiwán, 2001	2 F, 20 y 35 años	Trauma oclusal; protrusión; frémto y contactos prematuros; periodontitis; movilidad grados 1-3; periodontitis apical; pobre soporte óseo y bruxismo en uno de los casos.

Tabla 3.

Cumplimiento de los criterios de reporte de los estudios incluidos según la guía CARE

DESARMONÍA OCLUSAL				
N.º	Estudio	Criterios cumplidos (n/13)	Cumplimiento (%)	Criterios CARE sin marca de cumplimiento
1	Lee SH et al. (9)	11/13	84,62	Título; consentimiento informado
2	Singh H et al. (10)	12/13	92,31	Consentimiento informado

3	Montaño VA et al. (11)	10/13	76,92	Título; seguimiento a resultados; perspectiva del paciente
4	Yamashita A et al. (12)	12/13	92,31	Título
5	Kerstein RB (13)	9/13	69,23	Título; palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
6	Goto S et al. (14)	9/13	69,23	Palabras clave; resumen; perspectiva del paciente; consentimiento informado
7	Docherty R et al. (15)	9/13	69,23	Título; palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
8	Bull AW (16)	2/13	15,38	Título; palabras clave; resumen; antecedentes; calendario-cronología; evaluación diagnóstica; intervención terapéutica; seguimiento a resultados; discusión; perspectiva del paciente; consentimiento informado

OCCLUSIÓN TRAUMÁTICA				
N.º	Estudio	Criterios cumplidos (n/13)	Cumplimiento (%)	Criterios CARE sin marca de cumplimiento
1	Mascarenhas R et al. (17)	12/13	92,31	Perspectiva del paciente
2	Giap HV et al. (18)	12/13	92,31	Consentimiento informado
3	Li C et al. (19)	12/13	92,31	Perspectiva del paciente
4	Harada R et al. (20)	13/13	100,00	Ninguno
5	Baaroun V et al. (21)	12/13	92,31	Perspectiva del paciente
6	Savitri IJ et al. (22)	12/13	92,31	Título
7	Machoy M et al. (23)	12/13	92,31	Título
8	Dwiyanti (24)	12/13	92,31	Palabras clave
9	Adeni MK et al. (25)	13/13	100,00	Ninguno
10	Navya PD et al. (26)	11/13	84,62	Título; perspectiva del paciente
11	Kartha S et al. (27)	12/13	92,31	Perspectiva del paciente
12	Jiang K et al. (28)	13/13	100,00	Ninguno
13	Chen M et al. (29)	12/13	92,31	Perspectiva del paciente
14	Sirinirund B et al. (30)	9/13	69,23	Título; calendario-cronología; intervención terapéutica; seguimiento a resultados
15	Adindaputri Z et al. (31)	13/13	100,00	Ninguno
16	Zambrano-De La Peña LS et al. (32)	11/13	84,62	Seguimiento a resultados; perspectiva del paciente
17	Thierens LAM et al. (33)	11/13	84,62	Título; perspectiva del paciente
18	Kissa J et al. (34)	11/13	84,62	Palabras clave; consentimiento informado
19	Meynardi F et al. (35)	8/13	61,54	Título; resumen; discusión; perspectiva del paciente; consentimiento informado
20	Solow RA (36)	10/13	76,92	Título; perspectiva del paciente; consentimiento informado
21	Noma N et al. (37)	10/13	76,92	Calendario-cronología; perspectiva del paciente; consentimiento informado
22	Consolaro A et al. (38)	9/13	69,23	Título; resumen; calendario-cronología; perspectiva del paciente
23	Xie Y et al. (39)	9/13	69,23	Título; palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
24	Discacciati JAC et al. (40)	10/13	76,92	Título; perspectiva del paciente; consentimiento informado
25	Oh SL (41)	10/13	76,92	Palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
26	Ustun K et al. (42)	11/13	84,62	Perspectiva del paciente; consentimiento informado

27	Vossoughi R et al. (43)	10/13	76,92	Título; palabras clave; consentimiento informado
28	Yu CY (44)	10/13	76,92	Palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
29	Segura-Egea JJ et al. (45)	11/13	84,62	Perspectiva del paciente; consentimiento informado
30	Harn WM et al. (46)	11/13	84,62	Perspectiva del paciente; consentimiento informado
31	Schoor RS et al. (47)	9/13	69,23	Título; palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
32	Borelli P et al. (48)	9/13	69,23	Título; palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
33	Paul BF et al. (49)	10/13	76,92	Palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
34	Haney JM et al. (50)	11/13	84,62	Perspectiva del paciente; consentimiento informado
35	Yusof WZ et al. (51)	6/13	46,15	Título; palabras clave; calendario-cronología; intervención terapéutica; seguimiento a resultados; perspectiva del paciente; consentimiento informado
36	Leider AS et al. (52)	6/13	46,15	Título; palabras clave; calendario-cronología; intervención terapéutica; seguimiento a resultados; perspectiva del paciente; consentimiento informado
37	Cooke HG (53)	9/13	69,23	Título; palabras clave; perspectiva del paciente; consentimiento informado
38	Goodfriend DJ (54)	8/13	61,54	Título; palabras clave; resumen; perspectiva del paciente; consentimiento informado

Tabla 4.

Riesgo de sesgo de los estudios incluidos según la metodología de Pierson

DESARMONÍA OCLUSAL								
N.º	Estudio	Documentación	Originalidad	Valor educativo	Objetividad	Interpretación	Puntaje total	Riesgo
1	Lee SH et al. (9)	2	1	1	1	1	6	Moderado
2	Singh H et al. (10)	2	1	2	2	2	9	Bajo
3	Montaño VA et al. (11)	2	1	2	1	1	7	Moderado
4	Yamashita A et al. (12)	2	2	2	2	2	10	Bajo
5	Kerstein RB (13)	2	1	2	1	2	8	Moderado
6	Goto S et al. (14)	2	1	2	2	2	9	Bajo
7	Docherty R et al. (15)	1	1	2	1	1	6	Moderado
8	Bull AW (16)	1	1	2	2	2	8	Moderado

DESARMONÍA OCLUSAL								
N.º	Estudio	Documentación	Originalidad	Valor educativo	Objetividad	Interpretación	Puntaje total	Riesgo
1	Mascarenhas R et al. (17)	2	1	2	2	2	9	Bajo
2	Giap HV et al. (18)	2	1	2	2	2	9	Bajo
3	Li C et al. (19)	2	2	2	2	2	10	Bajo
4	Harada R et al. (20)	1	1	1	2	2	7	Moderado
5	Baaroun V et al. (21)	2	1	1	2	2	8	Moderado

6	Savitri IJ et al. (22)	1	1	2	1	2	7	Moderado
7	Machoy M et al. (23)	2	1	2	2	2	9	Bajo
8	Dwiyanti (24)	2	1	2	2	2	9	Bajo
9	Adeni MK et al. (25)	2	1	2	1	1	7	Moderado
10	Navya PD et al. (26)	2	1	2	2	2	9	Bajo
11	Kartha S et al. (27)	2	1	2	2	2	9	Bajo
12	Jiang K et al. (28)	2	2	2	2	1	9	Bajo
13	Chen M et al. (29)	2	1	2	2	2	9	Bajo
14	Sirinirund B et al. (30)	2	1	2	2	2	9	Bajo
15	Adindaputri Z et al. (31)	1	1	2	1	1	6	Moderado
16	Zambrano-De La Peña LS et al. (32)	1	1	1	2	2	7	Moderado
17	Thierens LAM et al. (33)	2	1	2	2	2	9	Bajo
18	Kissa J et al. (34)	2	1	2	2	2	9	Bajo
19	Meynardi F et al. (35)	1	1	1	1	1	5	Alto
20	Solow RA (36)	2	1	2	1	1	7	Moderado
21	Noma N et al. (37)	2	1	2	2	2	9	Bajo
22	Consolaro A et al. (38)	2	1	2	1	1	7	Moderado
23	Xie Y et al. (39)	2	1	2	2	1	8	Moderado
24	Discacciati JAC et al. (40)	2	1	2	2	1	8	Moderado
25	Oh SL (41)	2	1	2	2	1	8	Moderado
26	Ustun K et al. (42)	2	1	2	2	1	8	Moderado
27	Vossoughi R et al. (43)	2	1	2	2	1	8	Moderado
28	Yu CY (44)	2	1	2	2	2	9	Bajo
29	Segura-Egea JJ et al. (45)	2	1	2	2	2	9	Bajo
30	Harn WM et al. (46)	2	1	2	2	2	9	Bajo
31	Schoor RS et al. (47)	1	2	2	2	2	9	Bajo
32	Borelli P et al. (48)	2	1	2	1	1	7	Moderado
33	Paul BF et al. (49)	2	1	2	2	2	9	Bajo
34	Haney JM et al. (50)	2	1	2	2	2	9	Bajo
35	Yusof WZ et al. (51)	2	1	2	2	2	9	Bajo
36	Leider AS et al. (52)	2	1	2	2	2	9	Bajo
37	Cooke HG (53)	2	1	2	2	2	9	Bajo
38	Goodfriend DJ (54)	1	1	2	2	1	7	Moderado

Tabla 5.
Características clínicas relevantes de la desarmonía oclusal y la oclusión traumática

TEJIDO DENTARIO					
Desarmonía oclusal	n de estudios	Referencias	Oclusión traumática	n de estudios	Referencias

Atrición	2	(11, 16)	Dolor dental	9	(21, 24, 27, 33, 36, 37, 44, 45, 46)
Caries dental	2	(11, 16)	Desgaste dental	5	(27, 32, 36, 37, 41)
Coronas cortas	1	(16)	Pérdida dentaria	4	(18, 40, 42, 54)
Desgaste dental	1	(12)	Facetas de desgaste	4	(33, 44, 45, 53)
—	—	—	Fractura dental	2	(17, 37)
OCLUSIÓN DENTARIA					
Extrusión dental	4	(9, 11, 12, 16)	Migración dentaria	10	(19, 23, 27, 28, 30, 33, 39, 40, 41, 42)
Línea media dentaria desviada	3	(9, 10, 12)	Contacto prematuro	9	(18, 20, 24, 36, 44, 45, 46, 50, 51)
Apiñamiento dental	2	(9, 10)	Frémido	9	(18, 27, 33, 36, 41, 43, 44, 46, 51)
Alteración del plano oclusal	2	(9, 11)	Sobremordida profunda traumática	5	(19, 25, 39, 41, 54)
Mordida profunda	2	(10, 12)	Interferencias oclusales	4	(24, 36, 43, 45)
Interferencias oclusales	1	(9)	Alteración de la guía anterior	1	(40)
—	—	—	Alteración del plano oclusal	1	(36)
TEJIDO MUSCULAR					
Dolor muscular	3	(13, 14, 15)	Dolor muscular	3	(37, 40, 54)
Cefalea	2	(13, 15)	Cefalea	1	(37)
Dolor facial	2	(13, 15)	Dolor facial	1	(54)
Protrusión lingual al deglutir	1	(14)	Limitación de movimientos mandibulares	1	(54)
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR					
Desviación mandibular	3	(9, 12, 13)	Crepitación de la ATM	2	(36, 54)
Chasquido en la ATM	2	(9, 12)	Desviación mandibular	2	(32, 54)
Asimetría condilar	1	(9)	Dolor de la ATM	2	(40, 54)
Dolor de la ATM	1	(12)	Inflamación de la ATM	1	(37)
TEJIDO PERIODONTAL					
No considerada como característica clínica diagnóstica*	—	—	Trauma oclusal	30	(17, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54)
—	—	—	Movilidad dental	20	(17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 34, 40, 41, 42, 46, 48, 49, 51)
EXAMEN RADIOGRÁFICO					
Alteración del plano oclusal	2	(9, 11)	Ensanchamiento del espacio periodontal	7	(19, 21, 22, 26, 32, 33, 44)
Asimetría mandibular	1	(9)	Lesión periapical	6	(27, 34, 37, 44, 45, 46)
Deformación condilar bilateral	1	(14)	Alteración de la lámina dura	4	(17, 33, 45, 53)
Hiperplasia condilar	1	(9)	—	—	—
Raíces cortas	1	(14)	—	—	—
Reabsorción radicular	1	(9)	—	—	—

Nota: *Las alteraciones periodontales se asociaron principalmente con la sobrecarga oclusal y el compromiso del soporte periodontal; por ello, se consideraron más compatibles con la oclusión traumática que con la desarmonía oclusal.

DISCUSIONES

En los reportes y series de caso analizados, las características clínicas de la desarmonía oclusal se organizaron en cinco dimensiones. En la dimensión tejido dentario se describieron atrición y caries dental, coronas cortas y desgaste dental, alteraciones que pueden comprometen la integridad coronaria y modificar los contactos interoclusales (55,56). En la dimensión oclusión dentaria se identificaron extrusión dental, desviación de la línea media dentaria, apiñamiento dental, alteración del plano oclusal, mordida profunda e interferencias oclusales, hallazgos que reflejan modificaciones en la relación oclusal (56,57). En la dimensión tejido muscular se describieron dolor muscular, cefalea, dolor facial y protrusión lingual durante la deglución, manifestaciones que pueden ser compatibles con alteraciones del control neuromuscular del SE (58,59). En la dimensión articulación temporomandibular se identificaron desviación mandibular, chasquido articular, asimetría condilar y dolor de la ATM, hallazgos descritos en asociación con alteraciones funcionales de la dinámica mandibular (56,58,59). En la dimensión tejido periodontal, algunos estudios atribuyeron alteraciones periodontales a la desarmonía oclusal; no obstante, la síntesis de la evidencia indicó que dichos hallazgos correspondían principalmente a la oclusión traumática. Por ello, no se consideraron características clínicas diagnósticas de la desarmonía oclusal, lo que pone de manifiesto la falta de consenso y la posible confusión diagnóstica entre ambas entidades (60,61). En la dimensión examen radiográfico se describieron alteración del plano oclusal, asimetría mandibular, deformación condilar, hiperplasia condilar, raíces cortas y reabsorción radicular, correspondientes a los cambios estructurales del SE reportados en los estudios incluidos (62,63).

En conjunto, los hallazgos muestran que la desarmonía oclusal es una condición multifactorial cuyas características clínicas se distribuyen en las dimensiones tejido dentario, oclusión dentaria, tejido muscular, articulación temporomandibular y examen radiográfico. La dimensión oclusión dentaria concentró los hallazgos descritos con mayor recurrencia en los estudios incluidos. En contraste, la dimensión tejido periodontal no se consideró característica diagnóstica, ya que los hallazgos descritos en los estudios fueron más compatibles con la oclusión traumática. Tomando como referencia la clasificación propuesta por Matta (5,6), algunos estudios incluidos en esta revisión y diagnosticados originalmente como desarmonía oclusal presentan características clínicas más compatibles con otras entidades. Por ejemplo, el caso descrito por Montaña *et al.* (11) caracterizado por edentulismo total superior, edentulismo parcial inferior, alteración de la DVO, movilidad dentaria, recesión gingival, enfermedad periodontal y contacto diente-mucosa,

sería compatible con una oclusión colapsada. Asimismo, el caso reportado por Bull AW (16) con desgaste dental severo, alteración de la DVO, edentulismo parcial bimaxilar, pérdida del soporte posterior y sobrecarga anterior, con diastemas y vestibularización de los dientes anterosuperiores, es más compatible con un colapso posterior de mordida. Estas discrepancias evidencian la ausencia de criterios diagnósticos uniformes para definir la desarmonía oclusal. En este contexto, los hallazgos de la presente revisión permiten proponer que su diagnóstico se sustente en las características clínicas con mayor frecuencia y consistencia reportadas en la literatura, organizadas en cinco dimensiones: tejido dentario, oclusión dentaria, tejido muscular, articulación temporomandibular y examen radiográfico. Esta organización favorecería una evaluación integral y sistemática del SE, permitiendo identificar patrones clínicos más consistentes y reproducibles. Aunque la literatura presenta heterogeneidad en los criterios diagnósticos, describiendo con mayor frecuencia los contactos prematuros e interferencias oclusales, desgaste dentario, alteraciones musculares y articulares, dolor muscular, dolor en la ATM, ruidos articulares, desviación mandibular, pérdida dentaria, alteraciones del plano oclusal, sin evidencia de daño periodontal irreversible y sin alteración de la DVO, aspectos que permitirían diferenciarla de otras entidades clínicas de mayor complejidad (1,5,6,64).

En los reportes y series de caso analizados, las características clínicas de la oclusión traumática se organizaron en seis dimensiones. En la dimensión tejido dentario se describieron dolor dental, desgaste dental, pérdida dentaria, facetas de desgaste y fractura dental, hallazgos que pueden estar asociadas a la sobrecarga oclusal (55,56,65,66). En la dimensión oclusión dentaria se identificaron migración dentaria, contacto prematuro, frémto, sobremordida profunda traumática, interferencias oclusales, alteración de la guía anterior y del plano oclusal, correspondientes a alteraciones de la relación oclusal descritas en la literatura (65-68). En la dimensión tejido muscular se describieron dolor muscular, cefalea, dolor facial y limitación de los movimientos mandibulares, manifestaciones que pueden estar asociadas a alteraciones de la función neuromuscular del SE (66,67). En la dimensión articulación temporomandibular se identificaron crepitación, desviación mandibular, dolor e inflamación de la ATM, hallazgos que pueden estar relacionados con alteraciones funcionales y estructurales de la ATM (58,59,66). La dimensión tejido periodontal incluyó trauma oclusal y movilidad dentaria, hallazgos que pueden ser compatibles con el compromiso de los tejidos de soporte asociado a sobrecarga oclusal (7,8,60,65,66). En la dimensión examen radiográfico se describieron ensanchamiento del espacio periodontal, lesión periapical y alteración de la lámina dura, hallazgos que pueden ser compatibles con el compromiso de los tejidos de soporte asociado a sobrecarga oclusal (65,66).

En conjunto, los hallazgos muestran que la oclusión traumática es una condición multifactorial cuyas características clínicas se distribuyen en las dimensiones tejido dentario, oclusión dentaria,

tejido muscular, articulación temporomandibular, tejido periodontal y examen radiográfico. La dimensión tejido periodontal reunió los hallazgos descritos con mayor recurrencia en los estudios incluidos, mientras que la dimensión examen radiográfico aportó información complementaria relacionada con el compromiso de los tejidos de soporte. Estos resultados coinciden con la definición de oclusión traumática como una relación oclusal capaz de producir lesión periodontal sin alteración de la DVO y del trauma oclusal como la lesión periodontal inducida por sobrecarga oclusal, ya sea primario o secundario (5,6,69). Tomando como referencia la clasificación de Matta (5,6), el caso descrito por Discacciati JAC *et al.* (40) fue correctamente diagnosticado como oclusión traumática. Sin embargo, el aumento de la DVO observado fue consecuencia de una iatrogenia ocasionada por el uso de prótesis parciales removibles y desapareció tras su retiro, por lo que no debe interpretarse como una característica clínica propia de oclusión traumática. En este contexto, los hallazgos de esta revisión evidencian la falta de consenso sobre las características clínicas que definen la oclusión traumática y sustentan una propuesta diagnóstica basada en seis dimensiones: tejido dentario, oclusión dentaria, tejido muscular, articulación temporomandibular, tejido periodontal y examen radiográfico, favoreciendo una evaluación integral y reproducible del SE.

La presente revisión permitió sintetizar las características clínicas descritas para la desarmonía oclusal y la oclusión traumática en un conjunto de dimensiones que facilitan su organización e interpretación. Aunque ambas entidades comparten algunas manifestaciones clínicas, los estudios incluidos sugieren diferencias en el compromiso periodontal y en la distribución de los hallazgos clínicos. No obstante, debido a que la evidencia procede exclusivamente de reportes y series de casos, estos resultados no permiten establecer criterios diagnósticos definitivos ni determinar su precisión diagnóstica. En consecuencia, las dimensiones propuestas deben considerarse un marco preliminar que requiere validación mediante estudios observacionales y de exactitud diagnóstica. Desde el punto de vista clínico, la evidencia revisada sugiere que la desarmonía oclusal suele describirse sin compromiso periodontal, mientras que la oclusión traumática se asocia con mayor frecuencia a sobrecarga oclusal y alteraciones de los tejidos de soporte, ambos sin alteración de la DVO. Estas observaciones podrían contribuir a la valoración clínica de ambas entidades; aunque su utilidad diagnóstica deberá confirmarse en estudios con mayor nivel de evidencia.

La principal limitación de esta revisión fue el reducido número de estudios sobre desarmonía oclusal que cumplieron los criterios de inclusión. Además, la evidencia disponible estuvo constituida exclusivamente por reportes y series de casos, diseños que no permiten establecer relaciones causales ni validar criterios diagnósticos. Por ello, los resultados deben interpretarse con cautela.

CONCLUSIONES

La presente revisión sistemática cualitativa permitió organizar las características clínicas descritas para la desarmonía oclusal y la oclusión traumática en dimensiones clínicas. Los estudios incluidos sugieren que el compromiso periodontal fue una característica reportada con mayor frecuencia en la oclusión traumática respecto de la desarmonía oclusal; sin embargo, esta observación debe interpretarse con cautela debido a la naturaleza descriptiva de la evidencia disponible.

La organización de estas características clínicas ofrece un marco preliminar para sistematizar los hallazgos clínicos y apoyar la caracterización de ambas entidades. No obstante, este esquema requiere validación mediante estudio observacionales, estudios de exactitud diagnóstica y diseños con mayor evidencia antes de utilizarse como criterio diagnóstico diferencial definitivo.

REFERENCIAS

1. Guerrero C, Marín D, Galvis A. Evolución de la Patología Oclusal: Una Revisión de Literatura. *J Oral Res.* 2013;2(2):77-85. doi : 10.17126/joralres.2013.017
2. Layton DM, Morgano SM, Muller F, Kelly JA, Nguyen CT, Scherrer SS, et al. The glossary of prosthodontic terms 10th edition. *J Prosthet Dent.* 2023;130(4S1):e1-e126. doi: 10.1016/j.prosdent.2023.03.003
3. Dawson PE. A classification system for occlusion that relates maximal intercuspation to the position and the condition of the temporomandibular joints. *J Prosthet Dent.* 1996;75(1):60–66. doi : 10.1016/S0022-3913(96)90419-9
4. American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms. American Academy of Periodontology. 2025 [citado 2025 Dic 17]. Disponible en: <https://members.perio.org/libraries/glossary>
5. Matta C. Reflexiones tras los 25 años de experiencia en el uso de la clasificación para diagnóstico de la oclusión de la UPCH. *Revista OACTIVA UC Cuenca.* 2024;9(3):IX–XII. doi. 10.31984/oactiva.v9i3.1132
6. Matta C. Clasificación y algoritmo para el diagnóstico de la oclusión: una guía docente. *Rev Estomatol Herediana.* 2025;35(4):389–397. doi: 10.20453/reh.v35i4.7403
7. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of Workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S219-S229. doi: 10.1111/jcpe.12951
8. Passanezi E, Sant'Ana ACP. Role of occlusion in periodontal disease. *Periodontol* 2000. 2019;79(1):129–150. doi: 10.1111/prd.12251
9. Lee SH, Park JH, Huh HS, Yu JH, Chung DH. Adult scissor bite case treatment with moving teeth through maxillary sinus. *J Esthet Restor Dent.* 2025;37(6):1297–1310. doi: 10.1111/jerd.13424
10. Singh H, Roy P, Maurya RK, Sharma P, Kapoor P, Mittal T. Nonsurgical class III correction in adolescence using modified fixed reverse twin-block therapy and fixed appliances: a case series. *Folia Med.* 2024;66(4):555–567. doi: 10.3897/folmed.66.e119060
11. Montaña Tatés VA, Armas Vega AdC, Dourado Loguercio A, Salazar Garcés MT. Restablecimiento oclusal mediante procedimientos multidisciplinarios. *Rev Cubana Estomatol.* 2020;57(1):1–10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072020000100014&script=sci_arttext&tlng=en
12. Yamashita A, Kondo Y, Yamashita J. Thirty-year follow-up of a TMD case treated based on the neuromuscular concept. *CRANIO®.* 2014;32(3):224–234. doi: 10.1179/0886963413Z.00000000020
13. Kerstein RB. Combining technologies: a computerized occlusal analysis system synchronized with a computerized electromyography system. *CRANIO®.* 2004;22(2):96–109. doi: 10.1179/crn.2004.013

14. Goto S, Boyd RL, Nielsen IL, Iizuka T. Case report: nonsurgical treatment of an adult with severe anterior open bite. *Angle Orthod.* 1994;64(4):311–318. Disponible en: <https://angle-orthodontist.kglmeridian.com/view/journals/angl/64/4/article-p311.xml>
15. Docherty R, Edington EM, Stock CJR. Dental occlusion as a cause of facial pain. *BMJ Military Health.* 1978;124(1):23–26. doi: 10.1136/jramc-124-01-06
16. Bull AW. Diagnosis: a factor in the success of fixed partial dentures. *J Prosthet Dent.* 1970;24(5):498–502. doi: 10.1016/0022-3913(70)90059-4
17. Mascarenhas R, Pralhad S, Hegde S. Management of occlusal trauma-related periodontal abscess: a case report and mini-review of the literature. *World Acad Sci J.* 2025;7:23. doi: 10.3892/wasj.2025.311
18. Giap HV, Kang SH, Paik JW, Oh KC, Lee KJ. Orthodontic treatment for preserving periodontally hopeless teeth in a middle-aged patient: a case report. *Angle Orthod.* 2026;96(1):125–136. Publicado electrónicamente el 13 de enero de 2025. doi: 10.2319/041524-299.1
19. Li C, Yuan X, Ren D. Orthodontic treatment of adult occlusal traumatic periodontitis using a twin block appliance: a case report. *BMC Oral Health.* 2025;25:1044. doi: 10.1186/s12903-025-06461-w
20. Harada R, Yamashita K, Imamura K, Inagaki S, Saito A. Periodontal regenerative therapy with recombinant human fibroblast growth factor-2 and autogenous bone graft in treatment of generalized aggressive periodontitis (stage III, grade C): a case report with 1-year follow-up. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2025;66(3):123–132. doi: 10.2209/tdcpublication.2024-0049
21. Baaroun V, Elbhar S, Rémond C, Guessoum I, Rochefort J, Lescaille G, et al. Endodontic consequences of early stage of medication-related osteonecrosis of the jaw: a case report. *Clin Exp Dent Res.* 2025;11(4): e70168. doi: 10.1002/cre2.70168
22. Savitri IJ, Wusqo EU, Antika S, Baharuddin NA, Larasati DM. Surgical management of external buttressing bone formation with gingival enlargement caused by malocclusion. *J Int Dent Med Res.* 2024;17(2):810–814. Disponible en: https://www.jidmr.com/journal/wp-content/uploads/2024/06/55-D24_3070_Irma_Josefina_Savitri_Indonesia-Case.pdf
23. Machoy M, Tomasik M, Samulak R, Brzezińska-Zajac A, Woźniak K, Szyszka-Sommerfeld L. Clear aligner treatment as a safe method for treating occlusal trauma in elderly patients. *Appl Sci.* 2023;13(17): 9506. doi: 10.3390/app13179506
24. Dwiyantri S. A multi-disciplinary approach in the management of endo-perio lesions: a 4-year follow-up case report. *Case Rep in Dent.* 2023;2023: 3024231. doi: 10.1155/2023/3024231
25. Adeni MK, Sanjana M, Khan N, Vijayalakshmi D, Parameswaran R, Parameswaran A. Surgery-first approach: a boon for periodontally compromised patients —a case report. *Ann Maxillofac Surg.* 2021;11(2):344–348. doi: 10.4103/ams.ams_436_20
26. Navya PD, Rajasekar A. Combination therapy using advanced biomaterials in the management of mandibular grade II furcation defect. *J Adv Pharm Technol Res.* 2022;13 (Suppl 1): S353–S357. doi: 10.4103/japtr.japtr_171_22
27. Kartha S, Vellore KP, Challa SK, Vallu R, Pusuluri S. Traumatogenic occlusion in a pediatric dental patient: a case report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2022;15(2):222–226. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2366
28. Jiang K, Jiang L-S, Li H-X, Lei L. Periodontal-orthodontic interdisciplinary management of a “periodontally hopeless” maxillary central incisor with severe mobility: a case report and review of literature. *World J Clin Cases.* 2022;10(14):4550–4562. doi: 10.12998/wjcc.v10.i14.4550
29. Chen M, Chen X, Sun L, Zhao B, Liu Y. Sequential soft- and hard-tissue augmentation after clear aligner-mediated adjustment of traumatic occlusion: a case report. *J Am Dent Assoc.* 2022;153(6):572–581.e1. doi: 10.1016/j.adaj.2021.11.004
30. Sirinirund B, Di Gianfilippo R, Yu S-H, Wang H-L, Kornman KS. Diagnosis of stage III periodontitis and ambiguities of the “gray zones” in between stage III and stage IV. *Clin Adv Periodontics.* 2021;11(2):111–115. doi: 10.1002/cap.10153
31. Adindaputri Z, Suparwitri S. Removable orthodontic appliance for extrusion of single upper anterior tooth and crowding lower anterior in adult: a case report. *J Dentomaxillofac Sci.* 2020;5(1):66–68. doi: 10.15562/jdmfs.v5i1.977
32. Zambrano-De La Peña LS, Aristizabal D, Arriola-Guillén LE, Rodríguez-Cárdenas YA, Aliaga-Del Castillo A, Guerrero ME. Unusual appearance of multiple exostosis: case report. *Cumhuriyet Dent J.* 2020;23(1):72–75. doi: 10.7126/cumudj.655874
33. Thierens LAM, Van de Velde T, De Pauw GAM. Orthodontic management of a migrated maxillary central incisor with a secondary occlusal trauma. *Clin Adv Periodontics.* 2019;10(1):23–29. doi: 10.1002/cap.10070



34. Kissa J, El Kholti W, Sekak K, Chemlali S. Multidisciplinary approach to cover an apex-exposed tooth: a case report after 6-year follow-up. *Case Rep Dent.* 2019;2019:8020747. doi: 10.1155/2019/8020747
35. Meynardi F, Lauritano D, Pasqualini ME, Rossi F, Grivet-Brancot L, Comola G, Dal Carlo L, Moglioni E, Zampetti P. The importance of occlusal trauma in the primary etiology of periodontal disease. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2018;32(2 Suppl 1):27–34. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marco-Pasqualini/publication/323337106_0393-974X_2018/links/5a8e97fa0f7e9b2fac832472/0393-974X-2018.pdf
36. Solow RA. Clinical protocol for occlusal adjustment: rationale and application. *CRANIO®.* 2017;36(3):195–206. doi: 10.1080/08869634.2017.1312199
37. Noma N, Shimizu K, Watanabe K, Young AL, Imamura Y, Khan J. Cracked tooth syndrome mimicking trigeminal autonomic cephalalgia: a report of four cases. *Quintessence Int.* 2017;48(4):329–337. doi: 10.3290/j.qi.a37688
38. Consolaro A, Cardoso MA, Almeida CDCM, Souza IAO, Capelloza Filho L. The clinical meaning of external cervical resorption in maxillary canine: transoperative dental trauma. *Dental Press J Orthod.* 2014;19(6):19–25. doi: 10.1590/2176-9451.19.6.019-025.oin
39. Xie Y, Zhao Q, Tan Z, Yang S. Orthodontic treatment in a periodontal patient with pathologic migration of anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2014;145(5):685–693. doi: 10.1016/j.ajodo.2013.08.018
40. Discacciati JAC, de Souza EL, Vasconcellos WA, Costa SC, Barros VM. Increased vertical dimension of occlusion: signs, symptoms, diagnosis, treatment and options. *J Contemp Dent Pract.* 2013;14(1):123–128. doi: 10.5005/jp-journals-10024-1284
41. Oh SL. An interdisciplinary treatment to manage pathologic tooth migration: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2011;106(3):153–158. doi: 10.1016/S0022-3913(11)60114-5
42. Ustun K, Sari Z, Orucoglu H, Duran I, Hakki SS. Severe gingival recession caused by traumatic occlusion and mucogingival stress: a case report. *Eur J Dent.* 2008;2(2):127–133. doi: 10.1055/s-0039-1697367
43. Vossoughi R, Takei HH. External cervical resorption associated with traumatic occlusion and pyogenic granuloma. *J Can Dent Assoc.* 2007;73(7):625–628. Disponible en: <https://www.cda-adc.ca/JCDA/vol-73/issue-7/625.pdf>
44. Yu CY. Role of occlusion in endodontic management: report of two cases. *Aust Endod J.* 2004;30(3):110–115. doi: 10.1111/j.1747-4477.2004.tb00423.x
45. Segura-Egea JJ, Jiménez-Rubio A, Velasco-Ortega E, Ríos-Santos JV. Talon cusp causing occlusal trauma and acute apical periodontitis: report of a case. *Dent Traumatol.* 2003;19(1):55–59. doi: 10.1034/j.1600-9657.2003.00110.x
46. Harn WM, Chen MC, Chen YH, Liu JW, Chung CH. Effect of occlusal trauma on healing of periapical pathoses: report of two cases. *Int Endod J.* 2001;34(7):554–561. doi: 10.1046/j.1365-2591.2001.00434.x
47. Schoor RS, Sussman HI, Kazandjian GK. Acupuncture: a unique effort to treat periodontal disease. *J Am Dent Assoc.* 2001;132(12):1705–1706. doi: 10.14219/jada.archive.2001.0124
48. Borelli P, Alibrandi P. Unusual horizontal and vertical root fractures of maxillary molars: an 11-year follow-up. *J Endod.* 1999;25(2):136–139. doi: 10.1016/S0099-2399(99)80014-4
49. Paul BF, Leupold RJ, Towle HJ. Occlusal trauma: a case in perspective. *J Am Dent Assoc.* 1995;126(1):94–98. doi: 10.14219/jada.archive.1995.0029
50. Haney JM, Leknes KN, Lie T, Selvig KA, Wikesjö UME. Cemental tear related to rapid periodontal breakdown: a case report. *J Periodontol.* 1992;63(3):220–224. doi: 10.1902/jop.1992.63.3.220
51. Yusof WZ, Ghazali MN. Multiple external root resorption. *J Am Dent Assoc.* 1989;118(4):453–455. doi: 10.1016/0030-4220(87)90210-6
52. Leider AS, Garbarino VE. Generalized hypercementosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987;63(3):375–380. doi: 10.1016/0030-4220(87)90210-6
53. Cooke H. G. Reversible pulpitis with etiology of bruxism. *J Endod.* 1982;8(6): 280–281. doi: 10.1016/S0099-2399(82)80341-5
54. Goodfriend DJ. Nature and scope of dentistry's care of the temporomandibular joints. *J Prosthet Dent.* 1965;15(4):737–758. doi: 10.1016/0022-3913(65)90048-X doi: 10.1016/0022-3913(65)90048-X
55. Guo C, Yang C, Li Y, Zhang X, Qiu B, Yu H, et al. Clinical investigation of the correlation between tooth wear and dynamic functional occlusal condition in Chinese cohort. *BMC Oral Health.* 2025;25:1495 doi: 10.1186/s12903-025-06924-0
56. Beddis HP, Davies SJ. Relationships between tooth wear, bruxism and temporomandibular disorders. *Br Dent J.* 2023;234(6):422–426. doi: 10.1038/s41415-023-5584-4



57. Ma Y, Zhao W, Zhang S, Jin X, Xu J, Fu B, et al. Treatment decisions of patients with Class II Division 2 malocclusion and severe tooth wear: a systematic review. *BDJ Open*. 2024;10:65. doi: 10.1038/s41405-024-00248-x
58. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalalgia*. 2020;40(2):129-221. doi: 10.1177/0333102419893823
59. Romero-Reyes M, Bassiur JP. Temporomandibular disorders, bruxism and headaches. *Neurol Clin*. 2024;42(2):573-584. doi: 10.1016/j.ncl.2023.12.010
60. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S173-S182. doi: 10.1002/jper.17-0721
61. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S1-S8. doi: 10.1002/jper.18-0157
62. Kwon SM, Baik H-S, Jung H-D, Jang W, Choi YJ. Diagnosis and surgical outcomes of facial asymmetry according to the occlusal cant and menton deviation. *J Oral Maxillofac Surg*. 2019;77(6):1261-1275. doi: 10.1016/j.joms.2019.01.028
63. Lonic D, Sundoro A, Lin H-H, Lin P-J, Lo L-J. Selection of a horizontal reference plane in 3D evaluation: Identifying facial asymmetry and occlusal cant in orthognathic surgery planning. *Sci Rep*. 2017;7:2157. doi: 10.1038/s41598-017-02250-w
64. Tamaki K, Ishigaki S, Ogawa T, Oguchi H, Kato T, Suganuma T, et al. Japan Prosthodontic Society position paper on “occlusal discomfort syndrome”. *J Prosthodont Res*. 2016;60(3):156-166. doi: 10.1016/j.jpor.2015.11.002
65. Dewake N, Miki M, Ishioka Y, Nakamura S, Taguchi A, Yoshinari N. Association between clinical manifestations of occlusal trauma and magnetic resonance imaging findings of periodontal ligament space. *Dentomaxillofac Radiol*. 2023;52(8):20230176. doi: 10.1259/dmfr.20230176
66. Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S214–S222. doi: 10.1002/JPER.16-0581
67. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. *J Oral Rehabil*. 2018;45(11):837-844. doi: 10.1111/joor.12663
68. Popescu AM, Ionescu M, Popescu SM, Ionescu AG, Vlăduțu DE, Iacov-Crăițoiu MM, et al. Oral clinical and radiological signs of excessive occlusal forces in bruxism. *Diagnostics (Basel)*. 2025;15(6):702. doi: 10.3390/diagnostics15060702
69. Schuyler CH. Factors contributing to traumatic occlusion. *J Prosthet Dent*. 1961;11(4):708-715. doi: 10.1016/0022-3913(61)90179-2