

Bruxismo en el adulto mayor.

Dra. Liset María Frías Figueredo, (1) Dra. Deneb Nerey Arango, (2) Dr. Rogelio Cabo García. (3) Dra. C. Ileana Grau León, (4)

1. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Urgencias Estomatológicas. Profesora Instructora. Facultad de Estomatología de La Habana Raúl González Sánchez. Cuba. Dirección electrónica: estrellafiguero@8infomed.sld.cu. Teléfono Particular: 8701387.

2. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. MSc. en Urgencias Estomatológicas. Facultad de Estomatología de La Habana Raúl González Sánchez.

3. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológicas. Profesor Asistente. Facultad de Estomatología de La Habana Raúl González Sánchez.

4. Doctora en Ciencias Estomatológicas. MSc. en Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Prótesis Estomatológicas. Profesora Titular. Facultad de Estomatología de La Habana Raúl González Sánchez.

RESUMEN

Fundamento: bruxismo es considerado una actividad parafuncional que se caracteriza por el apretar o rechinar los dientes y puede provocar daños en el sistema estomatognático. Este es una entidad que puede afectar a la población de la tercera edad. **Objetivos:** Determinar frecuencia de Bruxismo en adultos mayores según la edad y el sexo y describir la presencia de síntomas y signos de bruxismo en estos pacientes teniendo en cuenta el sexo. **Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en una muestra de 200 individuos de 60 años ó más pertenecientes al área de atención del Consultorio # 10 del Policlínico Moncada. Se analizó la frecuencia de bruxismo teniendo en cuenta la edad y el sexo de los individuos. Se describieron los signos y síntomas asociados. A los datos recogidos se les realizó análisis estadístico. **Resultados:** El 32,5% de los pacientes estudiados presentaba bruxismo. La presencia de daño a nivel dentario fueron las afectaciones más frecuentes en estos pacientes y en particular en las mujeres y de ellos facetas de desgastes y las lesiones cervicales fueron encontradas en la totalidad de los pacientes estudiados. **Conclusiones:** El bruxismo estuvo presente en aproximadamente un tercio de los pacientes. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos etarios analizados y la presencia de bruxismo. Presencia de daños dentales fueron los síntomas y signos más frecuentes en los bruxópatas, en particular en las mujeres.

Palabras clave: bruxismo, adulto mayor, signos, síntomas.

SUMMARY

Fundament: Bruxism is considered a parafunctional activity characterized by clenching or gnashing natural teeth which would cause any kind of damage to estomatognathic system. This entity can affect the elderly population. **Objectives:** determine bruxism frequency in elderly people according genre and age, describing symptoms and signs in this patients according genre. **Method:** a descriptive, observational study was carried out showing 200 people

sample over sixty years belonging to Moncada's clinic. Frequency's bruxism was analyzed taken account age and genre of participants, signs and symptoms associated was describing too. Statistical analyse was carried out to data collected. **Results:** 32.5% studied patients suffering bruxism, the more frequency sign in this patient was teeth damage particularly in women where wearing facets end cervical erosion was present in all of the cases. **Conclusions:** bruxism was present nearest the third portion of all patients. There wasn't statistical difference between age groups and bruxism presence, teeth damage was most common sign between patients particularly in woman. **Key words: Bruxism, elderly people, signs, symptoms.**

Introducción: El bruxismo es considerado una actividad parafuncional que puede ser diurna o nocturna caracterizada por el apretar y/o rechinar de los dientes. En ausencia de conocimiento subjetivo, un bruxismo previo puede inferirse a partir de un desgaste dental que no puede explicarse sólo como consecuencia de la función masticatoria.¹

El diagnóstico del bruxismo es difícil, debido a la no existencia de signos o síntomas patognomónicos de la entidad. Según Lavigne,² las dificultades diagnósticas pueden explicarse además por el hecho que las facetas producidas por bruxismo no siempre se acompañan de dolores musculares, debido a que el individuo puede adaptarse fisiológicamente a una nueva posición intercuspal mediante un patrón de movimiento que no deslice desde los contactos primarios, pero que puede fatigar los músculos, la palpación del pterigoideo externo puede manifestarse erróneamente como una sensación dolorosa, el bruxismo puede ser un hábito reciente, que no ha provocado todavía facetas de desgaste y el apretamiento puede ocurrir en la posición intercuspal o cerca de ella, con lo que no produciría facetas.³⁻⁶

Actualmente el diagnóstico se basa en tres métodos básicos: el cuestionario, el examen clínico y los exámenes electromiográficos en laboratorios de sueño o con sistemas ambulatorios. En ocasiones en el interrogatorio, el paciente no aporta datos porque no está consciente de ellos o puede estar consiente, pero le resta importancia o simplemente lo niega. Al examen clínico en ocasiones sólo se presentan algunos síntomas aislados y no un cuadro muy florido y en el caso de las electromiografías si bien es un método confiable, tiene una utilidad diagnóstica limitada en su implementación en la clínica diaria. De ahí que tanto en las investigaciones, como en la práctica clínica el diagnóstico de bruxismo se base en el examen clínico, en el reporte por el paciente o en una combinación de ambas.⁷⁻⁹

Los signos y síntomas que pueden estar presentes en estos pacientes pueden agruparse en relación al tipo de manifestación: dentaria, muscular ósea y articular.

Manifestaciones dentarias

- Patrones no funcionales de desgaste oclusal: Constituye uno de los signos más relevante del bruxismo, y se caracteriza por facetas atípicas que se pueden encontrar ubicada en dientes anteriores y posteriores.
- Fracturas imprevistas de dientes y restauraciones:¹⁰

- Lesión periodontal: El bruxismo no necesariamente da lugar a alteraciones periodontales. En la mayoría de los individuos con soporte periodontal sano, las secuelas habituales del bruxismo son la hipertrofia compensadora de las estructuras periodontales, el engrosamiento del hueso alveolar, aumento de la trabeculación de la cresta alveolar, mayor ensanchamiento de la membrana periodontal por abundancia de fibras colágenas, y una mejor inserción de las fibras de cemento.¹¹

- Movilidad de los dientes: La movilidad dentaria en los pacientes bruxópatas presenta una característica muy particular y es que se hace evidente al levantarse o en las primeras horas de la mañana, desapareciendo durante el día.¹²

Manifestaciones musculares

- Mialgias de los músculos de la masticación y sensación de cansancio muscular: El dolor es debido al espasmo muscular. En ocasiones se puede observar limitación en los movimientos mandibulares llegando a diversos grados de trismo. La hipertonicidad muscular mantenida es considerada el factor básico que produce el cansancio y dolor muscular.¹³

- Aumento del tono o hipertrofia de los músculos maseteros.¹⁴

Manifestaciones óseas: Exostosis óseas.

Manifestaciones articulares: Dolor, Chasquido, Luxaciones, Fibrosis de la capsula, Procesos degenerativos.¹⁵

Otras manifestaciones: Cefaleas, Algias faciales, Indentaciones en la lengua, labios y carrillos.

Se ha demostrado que el bruxismo puede dar lugar a cefalea crónica, postulándose que la base para el dolor o la dolencia es un trastorno en la circulación de los músculos. Se plantea que en general más del 65% de los pacientes bruxópatas nocturnos pueden referir dolores de cabeza fundamentalmente de la región temporal, aspecto este que sugiere un vínculo con el estrés y/o con trastornos respiratorios.^{3, 16-17}

La presencia de indentaciones en la lengua es un signo que puede estar presente en los pacientes bruxópatas, es más frecuente en las mujeres y parece estar en primer lugar vinculado con la amplitud de la lengua en reposo.¹⁸⁻¹⁹

Signos radiográficos: Calcificación de conductos, Engrosamiento del ligamento, Condensación de la cortical alrededor del hueso y diente afectado, Hiper cementosis.

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores y que si bien en Cuba se han realizado estudios acerca de la prevalencia de bruxismo estos datan del siglo pasado y emplean o el interrogatorio o los hallazgos clínicos como criterio diagnóstico, además no existen investigaciones que particularicen en el estudio del bruxismo en el adulto mayor por lo que se consideró necesario determinar frecuencia de bruxismo en pacientes de la tercera edad según la edad y el sexo y describir la presencia de síntomas y signos teniendo en cuenta el sexo de los mismo individuo.

OBJETIVOS:

- Determinar frecuencia de bruxismo en pacientes de la tercera edad según la edad y el sexo.

- Describir la presencia de síntomas y signos teniendo en cuenta el sexo en pacientes de la tercera edad.

MÉTODOS:

Se trató de un estudio descriptivo, de corte transversal realizado durante el periodo comprendido de enero del 2009 a agosto del 2011. Estuvo constituido por la totalidad de los adultos de 60 años y más pertenecientes al consultorio # 10. Se estudiaron 200 pacientes que cumplieron con los requisitos para el estudio.

Requisitos para participar en el estudio.

- Residir en el área de atención señalada de forma permanente.
- Estar dispuestos a participar en el estudio expresado mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 1)
- No presentar discapacidad auditiva que imposibilite y/o comprometa la calidad de la realización de la entrevista.
- No presentar discapacidad mental y/o cognitiva que impida la comprensión del interrogatorio.
- Pacientes que posean dientes naturales y antagonicen entre estos.

Fuente y registro de la información: La información relacionada con los pacientes se obtuvo mediante el interrogatorio, Los datos recolectados fueron plasmados en una planilla de recolección de datos confeccionada al efecto con el consenso de especialistas en el tema (Anexo 2). Para evaluar la confiabilidad de los datos recogidos se le realizó nuevamente el interrogatorio y el examen clínico al 10% de la muestra, estos individuos fueron seleccionados al azar.

Operacionalización de las variables: Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sociodemográficas, Presencia de bruxismo: Se consideró un paciente bruxópata cuando presentó desgaste en la corona de los dientes más allá del desgaste fisiológico de 1mm y dos o más síntomas o signos referidos a continuación: Presencia de daños a nivel dentario, Hipercrecimiento óseo bucal, Trastornos musculares, Dolor cráneo-facial, Indentación de la lengua, Mordedura de los carrillos.

El estudio se realizó según las normas éticas imperantes en los servicios médicos que ofrece la sociedad cubana.²⁰ El grupo de investigadores protegió a los participantes de cualquier molestia física o mental que pudo ocasionar la investigación, aun cuando esta representaba un beneficio potencial considerable para los sujetos.

La información relacionada con la identidad de los sujetos fue tratada confidencialmente y manejada sólo por el personal especializado que participó en la investigación y no se publicarán datos sobre la misma.

El individuo recibió la información necesaria para decidir su participación en el estudio, por vía verbal (brindada por el investigador). A cada sujeto se les explicó los objetivos del estudio, así como en qué consistía la exploración clínica, los beneficios esperados con la investigación y otros aspectos que permitían al individuo valorar si aceptar o no participar en la investigación, dado el carácter voluntario de su participación, teniendo la posibilidad abandonar la misma cuando así lo deseara sin repercusión alguna.

Se contó en todos los casos con el consentimiento de participación por escrito, obtenido a través de la firma del Consentimiento Informado, en el cual aparece también la fecha en que se firmó.

Técnicas empleadas para el procesamiento y análisis de la información

Se confeccionó una base de datos en el sistema EXCEL para el registro y análisis de todos los datos de cada individuo incluido en la investigación. Para el análisis de los resultados se emplearon los paquetes estadísticos EPIINFO y SPSS. Las variables cualitativas se describieron estadísticamente mediante frecuencias absolutas y cifras porcentuales. La investigación de la asociación entre variables cualitativas se realizó con la prueba homónima sustentada en la distribución ji cuadrado ("ji cuadrado). En todas las pruebas estadísticas inferenciales previas, se empleó el nivel de significación 0.05. Se empleó una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP y los textos se procesaron con Word 2007.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los adultos mayores según la edad y la presencia de bruxismo.

| Edad | Bruxópatas | | No Bruxópatas | | Total | |
|--------------|------------|-------------|---------------|-------------|------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 60-69 | 25 | 12,5 | 44 | 22,0 | 69 | 34,5 |
| 70-79 | 26 | 13,0 | 57 | 28,5 | 83 | 41,5 |
| 80 o más | 14 | 7,0 | 34 | 17,0 | 48 | 24,0 |
| Total | 65 | 32,5 | 135 | 67,5 | 200 | 100 |

P= 0,693,

La **Tabla 1** refleja que la frecuencia de bruxismo en el grupo de adultos mayores estudiado fue de 32,5%. No se encontró referencias de trabajos realizados en la población cubana, con un diseño similar, que permita comparar la frecuencia encontrada en este grupo de edades. El grupo de edades más representado correspondió al de 70-79 años y también fue este grupo el de mayor porcentaje de pacientes con bruxismo (13,0), en contraste con el grupo de ancianos con 80 años o más, que presentó el menor porcentaje (7,0), sin embargo no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos etarios. Las diferencias encontradas pudieran guardar relación con factores oclusivos relacionados con la pérdida de dientes y la existencia o no de una rehabilitación adecuada aspectos no analizados en este estudio. Se considera que estimar la prevalencia del bruxismo es complicada. Esto puede deberse a que las muestras en ocasiones no son representativas de la población estudiada, se trata en ocasiones de muestras sesgadas al ser tomadas de pacientes que acuden a una consulta dental, a una unidad de disfunción craneomandibular o de dolor, estudiantes de escuelas dentales, etc. La edad puede ser otro sesgo para el diagnóstico del bruxismo pues este no tiene un comportamiento continuo en el tiempo, alterna períodos de exacerbaciones y remisiones que pueden sesgar los resultados de una encuesta; además la ocurrencia de bruxismo durante la vida de un paciente es

muy variable, puede fluctuar de noche en noche, de mes en mes y de año en año en relación con acontecimientos difíciles o estresantes o simplemente con las actividades diarias y laborales. No es de extrañar, por tanto, que se citen prevalencias de bruxismo con rangos tan amplios como entre el 5,1% y el 88% citado en la población en general.

Tabla 2. Distribución de los adultos mayores según el sexo y la presencia de bruxismo.

| Sexo | Bruxópatas | | No Bruxópatas | | Total | |
|--------------|------------|------|---------------|------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Masculino | 19 | 29,2 | 46 | 70,8 | 65 | 100 |
| Femenino | 46 | 34,1 | 89 | 65,9 | 135 | 100 |
| Total | 65 | 32,5 | 135 | 67,5 | 200 | 100 |

P= 0,493,

En la **Tabla 2** como puede apreciarse se muestra la distribución por sexo teniendo en cuenta la presencia de bruxismo observándose un predominio del bruxismo en las mujeres (34,1 vs 29,2), aunque la diferencia no es significativa. La literatura reporta resultados contradictorios en ese aspecto. Algunos autores señalan la no existencia de asociación entre el sexo y la presencia de bruxismo, mientras que otros son de la opinión, que es más frecuente en el sexo femenino, hecho imputado a la mayor inestabilidad psíquica de la mujer o a la mayor disponibilidad a revelar los síntomas y signos de afección que los hombre, cuando se emplea el interrogatorio como criterio diagnóstico.²¹

En el estudio de Ciancaglini y col.²² se encontró que para los mayores de 60 años la prevalencia de bruxismo en las mujeres era de 28,8% (Intervalo de confianza al 95%(IC-95) 16,5-41,1) superior a la encontrada en los hombres de estas edades (25,0 (IC-95 10,8-39,2))

Tabla 3. Presencia de los diferentes signos y síntomas de bruxismo en los pacientes afectados. Consultorio # 10 del Policlínico Moncada. Municipio Plaza de la Revolución.2009- 2011.

| Síntomas y signos | Masculino | | Femenino | | Total | |
|--------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Presencia de daño a nivel dentario | 16 | 84,2 | 42 | 91,3 | 58 | 89,2 |
| Facetas de desgaste oclusal no funcional | 19 | 100,0 | 46 | 100 | 65 | 100,0 |
| Fracturas de dientes o restauraciones | 15 | 78,9 | 40 | 87,0 | 55 | 84,6 |
| Sensación de discomfort o hipersensibilidad dentinaria | 15 | 78,9 | 35 | 76,1 | 50 | 76,9 |
| Lesiones cervicales | 19 | 100,0 | 46 | 100,0 | 65 | 100 |
| Movilidad dentaria | 15 | 78,9 | 38 | 81,6 | 53 | 81,5 |
| Presencia de hipercrecimiento óseo bucal | 15 | 78,9 | 36 | 78,3 | 51 | 78,5 |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Dolor cráneo-facial | 15 | 78,9 | 39 | 84,8 | 54 | 83,1 |
| Cabeza | 15 | 78,9 | 39 | 84,8 | 54 | 83,1 |
| Región temporomandibular (músculos de la masticación, área pre-auricular y articulación de la mandíbula) | 18 | 94,7 | 43 | 93,5 | 61 | 93,8 |
| Otras zonas (hueso zigomático, región ocular, región nasal, región alrededor de la boca) | 15 | 78,9 | 34 | 73,5 | 49 | 75,4 |
| Trastornos musculares | 15 | 78,9 | 35 | 76,1 | 50 | 76,9 |
| Dolor | 15 | 78,9 | 35 | 76,1 | 50 | 76,9 |
| Limitación funcional | 14 | 73,7 | 35 | 76,1 | 49 | 75,4 |
| Hipertrofia muscular | 15 | 78,9 | 35 | 76,1 | 50 | 76,9 |
| Mordedura de carrillo | 15 | 78,9 | 40 | 87,0 | 55 | 84,6 |
| Indentación de la lengua | 16 | 84,2 | 41 | 89,1 | 57 | 87,7 |

La **Tabla 3** muestra la frecuencia de los diferentes síntomas y signos analizados en los pacientes con bruxismo, según el sexo del individuo.

La presencia de daño a nivel dentario fueron las afectaciones más frecuentes en estos pacientes y en particular en las mujeres y de ellos facetas de desgastes y las lesiones cervicales fueron encontradas en la totalidad de los pacientes estudiados. Se observó que el 76,9% de los pacientes presentaba sensaciones de di confort e hipersensibilidad, siendo ligeramente más frecuente en los hombres. La movilidad dentaria estuvo presente en el 81,5% de los pacientes afectados, y fue encontrado mayoritariamente en las féminas. El hipercrecimiento óseo bucal (HOB) fue ligeramente más frecuente en los hombres y de manera general estuvieron presentes en más del 78% de los pacientes. Los dolores cráneo-faciales en general fueron también más frecuentes en las mujeres, aunque cuando se analizaron por separado los diferentes tipos de dolor, sólo se observó este predominio en el caso del dolor de cabeza, no así en el resto. Los trastornos musculares de forma general, se encontraron con mayor frecuencia en los hombres, aunque en particular la limitación funcional fue ligeramente más frecuente en las mujeres. Las indentaciones de la lengua y la mordedura de los carrillos constituyen otros signos observados en el bruxismo, y ambos fueron más frecuentes en las mujeres.

En el estudio realizado por Barbán Martínez y col,²³ las facetas de desgaste también estuvo presente en la totalidad de los individuos estudiados. Las lesiones cervicales son frecuentes en los pacientes bruxópatas pero no es exclusiva de estos pacientes. Ommerborn y col.²⁴ estudiaron 58 con bruxismo nocturno y 33 controles. Las lesiones cervicales predominaron en los pacientes afectados con relación a los controles (39,7 vs 12,1; p=0,006). En los bruxópatas los primeros premolares, fueron los dientes más afectados en comparación con los controles donde los dientes más afectados fueron los

primeros molares. Tomasik²⁵ estudió 124 pacientes con edades comprendidas entre 15 y 75 años con el objetivo de analizar la etiología de las lesiones cervicales en relación con la edad e identificar los factores de riesgo asociados con las lesiones cervicales y encontró que los pacientes más viejos era más propensos a presentar lesiones cervicales, que la frecuencia, la localización y la profundidad de estas lesiones en determinados dientes también estaban relacionados con la edad, aunque estas eran más comunes en los premolares (85,1%). Existía una estrecha relación entre la formación de las lesiones cervicales y la presencia de bruxismo, aunque no sólo con este. Se encontró además que la presencia de estas lesiones estaba relacionada también con la higiene bucal, el consumo de bebidas ácidas, el estado del periodonto, el número de dientes su movilidad.

Barbán Martínez y col²³ en su estudio de bruxópatas de varios grupos etarios reportan la movilidad dentaria como el signo menos frecuente, con un predominio en mujeres. En el bruxismo nocturno generalmente los pacientes amanecen con movilidad dental que es más manifiesta al amanecer que en el resto del día, notándose una mejoría o desapareciendo al transcurrir las horas. El aumento de la movilidad dentaria tiene significación diagnóstica en dientes sin problemas parodontales. Los dientes anclados en hueso de buena calidad estarán más sometidos al desgaste que aquellos que son más móviles; pero en cambio, existe mayor peligro de que aumente la movilidad de estos últimos, agravando la enfermedad periodontal. El hipercrecimiento óseo bucal (HOB) es frecuente en los pacientes bruxópatas y son considerados como reacciones osteoblásticas a las cargas oclusales de repetición constante. Radiográficamente se observa una imagen compatible con una condensación ósea. Dentro de estas se agrupan las exóstosis y los tórus. Estas pueden ser vestibulares, linguales o palatinas, siendo estas últimas las más frecuentes y pueden ser de diversos tamaños, dígame pequeñas, medianas y grandes.²⁶

Sawair y col²⁷ estudiaron, durante dos meses (noviembre-diciembre 2008), la prevalencia de hipercrecimiento óseo bucal (HOB): torus palatino, torus mandibular y exostosis, en 618 pacientes jordanos con edades comprendidas entre 10 y 82 años. Estos autores encontraron que los HOB eran más frecuentes en la década de los 50 años de vida y estuvieron asociados con la presencia de bruxismo. Las exostosis mandibulares se presentaron en el 7,1% de los pacientes estudiados, las maxilares en el 10%, mientras que las palatinas sólo afectaron al 2,4% de los pacientes.

Ciancaglini y col.²² encontraron cuando analizaron la totalidad de los pacientes con edades de 18 a 75 años, que el dolor cráneo-facial en general estuvo presente en el 46% de los pacientes bruxópatas y en el 27,5% de los pacientes no bruxópatas. El dolor de cabeza fue más frecuente en los pacientes afectados que en los no afectados (27,6 vs 19,3), algo similar ocurrió con el dolor de la región temporomandibular (21,0 vs 13,0). El dolor en otras zonas se comportó de la misma manera (6,6 vs 1,8). En todos los casos las diferencias existentes fueron estadísticamente significativas.

Es importante señalar que no debe asumirse que el origen del dolor cráneo-facial se deba al bruxismo completamente, deberá tenerse en cuenta además que el bruxismo se asocia con DTM y esta por si misma puede ser también

causa de este tipo dolor, por citar un ejemplo. Deberá quedar claro que el establecer una relación causa- efecto lineal entre el bruxismo y el dolor cráneo-facial será asumir un criterio simplista.²⁸

Cada vez existen más reportes que la mujer sufre durante la vida más dolor una cantidad mayor de dolor que el hombre. En los últimos años, crece el número de estudios que sugieren una variedad de causas para explicar esta diferencia entre los sexos, este análisis abarca desde el nivel celular hasta el nivel psicosocial. Desde el punto de vista biológico esta diferencia puede ser explicada en gran parte a partir de los efectos de las hormonas esteroideas producidas por las gónadas. Por ejemplo, la exposición temprana del feto a la testosterona se asocia con el desarrollo de un fenotipo masculino en la adultez, y esto a su vez con una menor sensibilidad a los estímulos nociceptivos. Los estrógenos, juegan un rol clave en la modulación del dolor en los adultos. Dada la complejidad de esta modulación, no se puede concluir que los estrógenos alivian o exacerban el dolor, su efecto parece estar afectado por el tipo y la cronicidad del dolor, así como por los niveles y estabilidad de la hormona.²⁹

CONCLUSIONES:

Como conclusión de este estudio se pudo observar que el bruxismo estuvo presente en aproximadamente un tercio de los pacientes. No se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos etarios analizados y la presencia de bruxismo. La frecuencia de mujeres bruxópatas fue superior, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. El dolor cráneo-facial fue más frecuente en los pacientes bruxópatas. Presencia de daños dentales fueron los síntomas y signos más frecuentes en los bruxópatas, en particular en las mujeres. Las lesiones cervicales estuvieron presentes en la totalidad de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Leeuw R, editor. Orofacial pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management. 4th edn ed. Illinois Quintessence Publishing Co., Inc; 2008.
2. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. J Oral Rehabil. 2008 Jul;35(7):476-94.
3. Aggarwal VR, McBeth J, Zakrzewska JM, Macfarlane GJ. Unexplained orofacial pain - is an early diagnosis possible? Br Dent J. 2008 Aug 9;205(3):E6; discussion 140-1.
4. Abe S, Yamaguchi T, Rompre PH, De Grandmont P, Chen YJ, Lavigne GJ. Tooth wear in young subjects: a discriminator between sleep bruxers and controls? Int J Prosthodont. 2009 Jul-Aug;22(4):342-50.
5. Bedi S, Sharma A. Management of temporomandibular disorder associated with bruxism. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2009 Oct-Dec;27(4):253-5.
6. Rispoli DZ, Camargo PM, Pires JL, Jr., Fonseca VR, Mandelli KK, Pereira MA. Benign masseter muscle hypertrophy. Braz J Otorhinolaryngol. 2008 Sep-Oct;74(5):790-3.
7. Doering S, Boeckmann JA, Hugger S, Young P. Ambulatory polysomnography for the assessment of sleep bruxism. J Oral Rehabil. 2008 Aug;35(8):572-6.

8. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *J Oral Rehabil.* 2008 Jul;35(7):495-508.
9. Vendrame M, Kaleyias J, Valencia I, Legido A, Kothare SV. Polysomnographic findings in children with headaches. *Pediatr Neurol.* 2008 Jul; 39(1):6-11.
10. Cohen S, Berman LH, Blanco L, Bakland L, Kim JS. A demographic analysis of vertical root fractures. *J Endod.* 2006 Dec;32(12):1160-3.
11. Suganuma T, Ono Y, Shinya A, Furuya R. The effect of bruxism on periodontal sensation in the molar region: A pilot study. *J Prosthet Dent.* 2007 Jul; 98(1):30-5.
12. Tokiwa O, Park BK, Takezawa Y, Takahashi Y, Sasaguri K, Sato S. Relationship of tooth grinding pattern during sleep bruxism and dental status. *Cranio.* 2008 Oct;26(4):287-93.
13. Smith MT, Wickwire EM, Grace EG, Edwards RR, Buenaver LF, Peterson S, et al. Sleep disorders and their association with laboratory pain sensitivity in temporomandibular joint disorder. *Sleep.* 2009 Jun 1;32(6):779-90.
14. Katase-Akiyama S, Kato T, Yamashita S, Masuda Y, Morimoto T. Specific increase in non-functional masseter bursts in subjects aware of tooth-clenching during wakefulness. *J Oral Rehabil.* 2009 Feb;36(2):93-101.
15. Sato F, Kino K, Sugisaki M, Haketa T, Amemori Y, Ishikawa T, et al. Teeth contacting habit as a contributing factor to chronic pain in patients with temporomandibular disorders. *J Med Dent Sci.* 2006 Jun;53(2):103-9.
16. Camparis CM, Siqueira JT. Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with and without chronic orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006 Feb; 101(2):188-93.
17. Camparis CM, Formigoni G, Teixeira MJ, Bittencourt LR, Tufik S, de Siqueira JT. Sleep bruxism and temporomandibular disorder: Clinical and polysomnographic evaluation. *Arch Oral Biol.* 2006 Sep; 51(9):721-8.
18. Yanagisawa K, Takagi I, Sakurai K. Influence of tongue pressure and width on tongue indentation formation. *J Oral Rehabil.* 2007 Nov;34(11):827-34.
19. Sapiro SM. Tongue indentations as an indicator of clenching. *Clin Prev Dent.* 1992 Mar-Apr; 14(2):21-4.
20. Sánchez Delgado S. Principios de la Salud Pública en Cuba. . *A I S Boliv* 1996; 10(1):47-50.
21. Unell L, Johansson A, Ekback G, Ordell S, Carlsson G. Prevalence of troublesome symptoms related to temporomandibular disorders and awareness of bruxism in 65- and 75-year-old subjects. *Gerodontology.* 2011.
22. Ciancaglini R, Gherlone EF, Radaelli G. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population. *J Oral Rehabil.* 2001 Sep;28(9):842-8.
23. Barbán Martínez DM, Rodríguez González Y, Rodríguez González M, Portelles Morales T. Caracterización de una población bruxómana. 2008;33(3):1-4.
24. Ommerborn MA, Schneider C, Giraki M, Schafer R, Singh P, Franz M, et al. In vivo evaluation of noncarious cervical lesions in sleep bruxism subjects. *J Prosthet Dent.* 2007 Aug;98(2):150-8.

25. Tomasik M. [Analysis of etiological factors involved in noncarious cervical lesions]. *Ann Acad Med Stetin*. 2006;52(3):125-36.
26. Facultad de Estomatología. Clase taller sobre bruxismo. rehabilitación. In press 2010.
27. Sawair FA, Shayyab MH, Al-Rababah MA, Saku T. Prevalence and clinical characteristics of tori and jaw exostoses in a teaching hospital in Jordan. *Saudi Med J*. 2009 Dec;30(12):1557-62.
28. Chikhani L, Dichamp J. Bruxism, temporo-mandibular dysfunction and botulinum toxin. *Ann Réadaptation Médecine Physique*. 2003; 46 333–7.
29. Craft RM. Modulation of pain by estrogens. *Pain* 2007;132: S3–S12.