

Bruxismo del sueño

Sleeping Bruxism

Isis Bárbara Herrera López^I, Yoan Luis Núñez Concepción^{II}

^IEspecialista de I Grado en Estomatología General Integral y Prótesis Estomatológica. Master en Salud Bucal y Comunitaria. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: isisherrera@infomed.sld.cu

^{II}Estomatólogo General Básico. Policlínico Héroes de Girón. La Habana, Cuba. Correo electrónico: gcsierra@infomed.sld.cu

RESUMEN

El sueño es un estado fisiológico activo, con funciones inmunológicas y endocrinas. Los procesos psicopatológicos y los trastornos psiquiátricos van acompañados en numerosas ocasiones por diversas alteraciones del sueño entre ellas el bruxismo nocturno. Con el objetivo de mostrar datos actuales sobre el bruxismo del sueño, se realizó una revisión bibliográfica basada en la investigación y escrutinio de 56 documentos en diversas bases de datos: LIS, MEDLINE, COCHRANE, LILACS, SeCiMed. Se tuvieron en cuenta artículos sobre etiología, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento, así como presentación de casos. De estos artículos se revisaron 45 de los últimos 5 años para un 80.3%. El bruxismo del sueño es una parafunción muy difícil de detectar por el propio paciente, cursando largos períodos de tiempo sin que este se de cuenta que es el causante de tanta sintomatología dolorosa. La mayoría de las veces es detectada por el profesional en la consulta, haciendo conciencia al paciente de su patología. Es una de las parasomnias más frecuentes. Tiene una alta incidencia y prevalencia en la población. Su tratamiento es difícil porque es multifactorial.

Palabras clave: bruxismo del sueño/terapia; bruxismo del sueño/patología; trastornos del sueño-vigilia/terapia; trastornos del sueño-vigilia/patología.

ABSTRACT

Sleeping is a physiologic active status, with immunologic and endocrine functions. The psychopathologic processes and psychiatric disorders are accompanied by several sleeping disorders among them, nocturnal bruxism. With the objective of showing current information about sleeping bruxism, a library research was performed based on investigation and searching of 56 documents in diverse data bases: LIS, MEDLINE, COCHRANE, LILACS, SeCiMed. Some articles about etiology, signs and symptoms, diagnosis and treatment were taken into account, as well as presentation of cases. 45 articles of the last 5 years were consulted for an 80.3%. Sleeping bruxism is a para function very difficult to detect by the patient, having long periods of time without realizing the causes of so many painful symptoms. Most of the time it is

detected by the professional in the consultation, making the patients conscious of their pathology. It is one of the most frequent parasomnias. It has a high incidence and prevalence in the population. Its treatment is very difficult because it is multifactorial.

Keywords: sleep bruxism/pathology; sleep bruxism/theraphy: sleep wake disorders/pathology; sleep wake disorders/ theraphy

INTRODUCCIÓN

El término sueño proviene del latín somnus, y se define por la Real Academia Española de la Lengua como el “acto de dormir”, y este como la “suspensión de sentidos y movimientos voluntarios”. Otra manera de definir al sueño es como un estado funcional, reversible y cíclico, que presenta unas manifestaciones conductuales características, tales como una relativa ausencia de motilidad y un incremento del umbral de respuesta a la estimulación externa. A nivel orgánico se producen modificaciones funcionales y cambios de actividad en el sistema nervioso.¹⁻⁸

El sueño tiene dos fases: una primera llamada sueño -No REM- y la segunda es el sueño -REM-. Lo que diferencia uno del otro es la aparición de movimientos oculares rápidos (etapa REM), cuyas siglas provienen del inglés: “rapid eyes movement”, que en español significa “movimiento rápido de los ojos”. El sueño REM es el sueño paradójico (la actividad cerebral es igual al de una persona despierta), mientras que al No REM se le denomina sueño normal. El sueño REM se caracteriza por atonía muscular, movimientos rápidos de los ojos, presencia de movimientos musculares y una intensa actividad del sistema nervioso, además durante este sueño tienen lugar las ensoñaciones. El No REM se divide en 4 fases, donde el sueño se va haciendo más profundo.¹⁻⁸

El sueño es un estado fisiológico activo, con funciones inmunológicas y endocrinas. Una tercera parte de nuestras vidas estamos dormidos. Bien dijo Hipócrates: «Sueño y vigilia, cuando son inmoderados, constituyen enfermedad». Las funciones del sueño y la vigilia son complementarias y tan malo es no dormir como dormir en demasía. Todos necesitan dormir bien para poder llevar a cabo las actividades diurnas con excelencia.⁵⁻⁹

La falta de sueño acumulativa conlleva a grandes problemas médicos, cognitivos y de comportamiento. Los procesos psicopatológicos y los trastornos psiquiátricos van acompañados en numerosas ocasiones por diversas alteraciones del sueño. Algunas de estas alteraciones se les denominan parasomnias, dentro de las que se encuentra el bruxismo del sueño.

Las parasomnias son eventos físicos indeseables que ocurren exclusiva o predominantemente durante el sueño, generalmente motores o autonómicos.⁹⁻¹²

El bruxismo se refiere a la actividad parafuncional caracterizada por rechinar, apretar, trabar y masticar con los dientes sin propósitos funcionales. En el caso del bruxismo del sueño o bruxismo nocturno se relaciona con una activación cerebral que produce un despertar. Aunque la persona que lo sufre no los

recuerde, estos despertares breves alteran el curso normal del sueño, lo que trae como consecuencia que se despierte cansado, con somnolencia, dolores en los músculos masticatorios e hipersensibilidad en los dientes a los cambios térmicos, fractura de dientes o líneas de infractura, entre otras alteraciones del complejo sistema estomatognático.^{12, 13}

Es una entidad multifactorial, donde los factores etiopatogénicos se agrupan en dos grandes grupos: factores periféricos (morfológicos), estos se refieren a anomalías de la oclusión o de la anatomía orofacial; y factores centrales (patofisiológicos y psicológicos), aquí entran altos niveles de ansiedad, depresión, sensibilidad al estrés, tipo de personalidad (obsesiva-compulsiva), etc.¹³⁻¹⁵

Parece ser que el bruxismo nocturno puede llegar a aparecer en los momentos en los que el paciente realiza movimientos de su cuerpo o extremidades, notándose una tensión generalizada y más aguzada en aquellas partes del cuerpo que en ese momento del sueño se activan. Si el paciente duerme en esos momentos con alguien, esta persona puede sentir como el bruxópata al moverse hace el característico rechinar de dientes. Es considerado uno de los más prevalentes, complejos y destructivo de los trastornos orofaciales.^{4, 6, 12-14}

Cuando se trata del bruxismo nocturno o del sueño se presenta con dolor de cabeza y cuello, dificultad para abrir la boca, ruidos de la articulación al despertar y dolores en músculos masticatorios. En sí, las personas que sufren de este desorden, frecuentemente no se dan cuenta. En la mayoría de los casos es el estomatólogo quien detecta los efectos del bruxismo al realizar el examen intra y extra bucal en la consulta y una exhaustiva anamnesis.⁸⁻¹³

Al apretar o rechinar se ejerce presión sobre los dientes, tejidos y otras estructuras, lo que provoca desgastes, fracturas en los dientes, o ambas; recesiones gingivales (la encía se retrae dejando expuesta parte de las raíces dentarias) acompañadas de hipersensibilidad dentaria, dolor en la articulación temporomandibular y en los músculos de la masticación. Por otro lado, el bruxismo afecta a los oídos provocando dolor, zumbidos o disminución de la audición, sensación de oído tupido, de goteo, ya que las estructuras de la articulación temporomandibular están cerca del conducto auditivo interno, lo que explica los dolores, náuseas e incluso una laberintitis (muy frecuente). Los dolores de cabeza, cuello y hombros son también comunes; la migraña, en un alto porcentaje, es provocada por el bruxismo.⁹⁻¹⁴

Esta entidad tiene un curso silencioso, donde el paciente desconoce que la padece, por lo que no puede explicarse a qué se debe la sintomatología que lo aqueja. Esta parafunción debe ser mejor analizada y tomada con mayor seriedad y no solo tratarla desde una sola arista, y realizar el análisis, diagnóstico y tratamiento personalizado. Es por esta razón que se decide mostrar información actualizada sobre el bruxismo del sueño, su diagnóstico temprano y prevención del mismo, frenando su curso hacia daños irreparables en toda la anatomía.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sobre bruxismo del sueño, en el período comprendido entre enero a julio de 2017. Fueron utilizadas las bases de datos: LIS, MEDLINE, COCHRANE, LILACS, SeCiMed, donde se recopilaron 56 documentos que abordaban las siguientes temáticas: epidemiología, signos y síntomas, diagnóstico. De estos se utilizaron 24, donde el 75% fueron de los últimos 5 años. Fueron excluidas las tesis de terminación de residencia que no estuvieran publicadas.

DESARROLLO

El término de bruxismo es el más utilizado, es un vocablo derivado del francés y que fue introducido por el año 1907. Ha sido descrito por múltiples autores, coincidiendo todos en que es una actividad para funcional (funcionalmente alterado o pervertido, dígame de la desviación del curso normal), caracterizada por rechinar, apretar, trabar y masticar con los dientes sin propósitos funcionales.¹³⁻¹⁶

Este acto para funcional es la resultante de trastornos neurofisiológicos en los movimientos mandibulares, generando apretamiento de los dientes de ambas arcadas dentarias, debido a contracciones isométricas mantenidas, tanto en posiciones excéntricas como céntricas de la mandíbula; esto produce contactos oclusales repetidos, constantes, intermitentes, fuera de los actos de la masticación y la deglución.¹²⁻¹⁵

Ha tenido otras denominaciones como bricodencia, briquismo, bricomanía, neuralgia traumática, neurosis oclusal. Esta entidad no es algo que comenzó con la nueva era, de hecho, en las escrituras del Antiguo Testamento de la Santa Biblia, se describe “crujir los dientes” cuando se trataba de describir los castigos eternos. Otra de las referencias antiguas se encuentra en Mesopotamia, entre los años 3,500 y 3,000 a.C.; según sus escrituras se creía que los demonios que habitaban el cuerpo eran responsables de la enfermedad. También durante el imperio babilónico, en el reinado de Hammurabi, (1772-1750 a.C.) los ojos y los dientes eran muy valiosos debido a que eran considerados como parámetros para determinar el curso y la etiología de la enfermedad en las personas, basándose en los siguientes aspectos:

- “Si él rechina sus dientes, la enfermedad durará un tiempo largo”
- “Si él rechina los dientes continuamente y su cara es fría, ha contraído una enfermedad por mano de la diosa Ishtae.”¹³⁻¹⁵

Según estas fuentes el rechinar los dientes fue considerado muy peligroso y patognomónico de las enfermedades.

En el caso específico del bruxismo del sueño o nocturno es una alteración que se manifiesta al dormir, formando parte del gran grupo de trastornos del sueño, específicamente a las parasomnias. El bruxismo es incluido por varios investigadores como una manifestación neurobiológica, en este sentido la atención clínica está fundamentada por dos principios como “subjetividad y variabilidad”.^{1-4,11,14}

Es inconsciente hasta que el paciente conoce que presenta esta afección, el primero en identificarlo es el estomatólogo en consulta, ya sea porque el paciente acude por dolores en los músculos, sensibilidad en los dientes a los cambios térmicos, o ya sea por fractura frecuente de restauraciones. Esta acción ejerce presión sobre los músculos masticatorios, orofaciales, los tejidos blandos y otras estructuras que rodean la mandíbula, incluyendo el tejido óseo, como lo son el cráneo, la columna cervical y dorsal, presentándose dolor e inflamación de la articulación temporomandibular, dolores de cabeza, dolores de oído, daño en los dientes, etc.^{4-7,15}

Investigaciones realizadas^{4-7,15} demuestran que, en una persona, en circunstancias normales, los dientes de ambas arcadas se ponen en contacto durante unos 20 minutos al día, produciendo de 20 a 40 libras de presión necesarias para la trituración de los alimentos y para la realización del acto de la deglución (incluyendo la saliva). Durante el bruxismo nocturno los dientes antagonistas se ponen en contacto directo como 40 minutos por hora y generando una presión de 250 libras en el primer molar principalmente.

El bruxismo se considera por muchos autores como un problema de salud, ya que no solo afecta la salud oral, sino que repercute en la salud general, llevando al paciente a acudir a diferentes especialistas en busca de solución a su mal, esto hace que aumente aún más la ansiedad en él. Además, según criterios de expertos más del 85 % de la población ha tenido algún episodio de bruxismo en su vida. Altos son los porcentajes de individuos afectados, reflejados en las literaturas, las cuales revelan una prevalencia desde un 5% hasta más del 90%.^{13, 16-19}

En cuanto al sexo no se reportan diferencias significativas, algunos autores abogan por el sexo femenino, mientras que otros por el masculino.^{13,16-19} Según experiencia personal tampoco se han visto diferencias significativas.

En cuanto a la edad se ha visto muy frecuente en niños, disminuyendo su prevalencia en la medida que se produce el desarrollo, incluso hay anotaciones que hablan de que es muy frecuente cuando en los niños coexisten las dos denticiones, luego de completarse la dentición permanente desaparece, quizás esto está relacionado a que cuando están presentes las dos denticiones, como la longitud del arco se mantiene, puede que se produzcan interferencias oclusales, que constituye uno de los factores desencadenantes del bruxismo. Hay autores que refieren en sus estudios que, en los adultos, el intervalo de edad que mayor afectación tiene es la de 20 a 40 años y que va disminuyendo en la medida que avanza la edad, esto puede deberse a que en este rango de edad coinciden la mayor actividad intelectual del individuo, la mayor cantidad de responsabilidad en su rol social, entre otros aspectos.^{13, 16-19}

Los estudios revisados, coinciden en que es mayor la frecuencia de bruxópatas en las personas de alto nivel educacional, con trabajos llenos de responsabilidades, por lo tanto, los profesionales sometidos a un gran estrés mantenido, tendrán mayor probabilidad de ser bruxópatas.^{16, 17}

Las causas más influyentes para que se desarrolle esta actividad para funcional (bruxismo) son las desarmonías oclusales y el estrés emocional; incluso muchos investigadores son de la opinión que cuando solo actúa una de ellas no se desarrolla esta entidad, lo que pone de manifiesto la interrelación entre estos factores etiológicos.¹⁶⁻¹⁹

La tensión emocional, cuando va más allá de la capacidad adaptativa del organismo, es la causante de fuertes contracciones musculares, estas conjuntamente con la presencia de desarmonías oclusales, como por ejemplo interferencias debido a puntos altos ya sea por una rehabilitación defectuosa o por la presencia de dientes que se encuentran fuera del plano de oclusión, los que generan un ciclo vicioso de retroalimentación negativa que desencadenará perjuicios al aparato masticatorio. Otros factores que pueden estar asociados con la naturaleza del bruxismo son: deficiencias nutricionales, en los niños deficiencia de magnesio, trastornos alérgicos; trastornos endocrinos, ocupacionales, idiopáticos y hasta se habla de predisposición genética.^{13, 16-19}

Existen numerosos síntomas y signos que acompañan a esta parafunción, las cuáles son detectadas por el estomatólogo al examen físico, entre ellas podemos mencionar el desgaste exagerado de los dientes (facetas) en áreas funcionales, y desgaste moderado en áreas no funcionales; ensanchamiento de las zonas oclusales, eliminando toda la anatomía oclusal, provocando así la reducción de la dimensión vertical oclusiva y mayor esfuerzo del individuo para triturar el alimento debido a la ausencia de espacio morsal. Esto a su vez produce alteraciones en las articulaciones temporomandibulares y afectación de la estética al transformar las proporciones faciales.¹⁶⁻¹⁹

Pueden observarse lesiones en la mucosa de los carrillos por morderse o por los bordes filosos que dejan los desgastes dentales, movilidad dentaria, dolor espontáneo o a los cambios térmicos en los dientes afectados, llegando incluso a producir muerte pulpar. Otros síntomas son: cefalea que puede llegar a ser intensa, imposibilidad de abrir la boca, sobre todo en las mañanas; exóstosis óseas a nivel de maxilares y mandíbula (torus palatinos y mandibulares), sensación de oído tupido, dolor a nivel de las mastoides, cuello, ángulo interno de la mandíbula, trismo, fracturas frecuentes de restauraciones, de rehabilitaciones protésicas. Ni que decir del temor en los pacientes que no saben lo que tienen y se preocupan, ya que han ido en busca de ayuda profesional a diferentes especialistas y no han resuelto.¹⁶⁻¹⁹

Para corroborar el diagnóstico se pueden indicar radiografías periapicales, donde se observan aumento del espacio del ligamento alveolodentario, reforzamiento del trabeculado y la cortical ósea, además de un aumento a nivel del cemento radicular. En este momento el estomatólogo debe hablarle al paciente de esta alteración, de las afecciones que le están provocando a las estructuras bucales, y que de no detenerse puede seguir avanzando, hasta llegar a producir mayores daños. En ocasiones son los familiares quienes ponen en alerta al paciente al sentir el golpeteo o rechinar de dientes en la noche.⁹⁻¹⁶

El bruxismo del sueño puede ser consecuencia de uno de los trastornos del sueño más frecuente: la apnea obstructiva del sueño. Esta consiste en multitud de interrupciones del ciclo respiratorio durante el sueño por colapso de la vía

aérea superior. Para restablecer la respiración, el paciente hace pequeños despertares inconscientes que le impiden descansar adecuadamente durante la noche.⁹⁻¹⁴

La ansiedad, las emociones negativas y frustraciones causan aumento de la hiperactividad muscular, reducción de la tasa de oxígeno, de la secreción salival durante el sueño, y consecuentemente aumento de episodios de rechinar los dientes durante el sueño.¹⁻⁷

Otro dato importante que han aportado las investigaciones sobre el bruxismo del sueño, es que quienes bruxan tienen 4 veces más contracciones del masetero que los pacientes normales, además contraen un masetero un segundo antes que el masetero contra lateral, a diferencia de quienes aprietan en oclusión céntrica, que contraen ambos maseteros simultáneamente. Individuos con bruxismo durante el sueño tienen el doble de actividad muscular masticatoria rítmica y de mayor duración que los pacientes no bruxópatas, aún cuando ésta actividad se presenta en el 60% de estos últimos.^{5, 7-11,13-18}

Debido a que es una entidad multifactorial y por su gama sintomatológica, el diagnóstico se torna a veces difícil, entonces ¿Cómo realizar un correcto diagnóstico? A través de una prolija anamnesis en busca de datos como signos y síntomas, cuánto tiempo lleva así, si ha recibido tratamiento para esto y cuáles; en busca de causas como situaciones estresantes, hábitos nocivos como la respiración bucal, entre otras. A esto se le incorpora un minucioso examen extra e intra bucal, y para confirmar se realiza un estudio radiográfico. El tratamiento es individualizado, es decir según las características de cada paciente y de las alteraciones que presente; pero siempre debe ir enfocado a los factores etiológicos.^{11,20-23}

El tratamiento en niños debe ser lo menos invasor posible, evitando acciones clínicas y farmacológicas. El de primera elección para el bruxismo en niños debe comenzar por una información y educación a los padres y al niño y continuar con técnicas de relajación. Es de rigor que, en caso de utilizar aparatos intraorales, haya una perfecta comunicación entre el odontopediatra y el profesional que atiende los trastornos témporo-mandibulares y dolor orofacial debido a que el manejo que hace el odontopediatra en el niño es de vital importancia para el éxito del tratamiento.¹⁹⁻²⁴

El abordaje terapéutico está orientado a prevenir, controlar y disminuir los efectos patológicos que tiene el bruxismo sobre el aparato estomatognático, no habiendo en la actualidad ninguna terapia que se haya mostrado efectiva para eliminar de forma permanente el hábito bruxista.²⁵

CONCLUSIONES

El bruxismo nocturno es uno de los desórdenes del sueño, en específico una de las parasomnias, con alta incidencia y prevalencia en la población. Es multifactorial, aunque se ve muy asociada al hábito de respiración bucal; de ahí que se torne difícil el diagnóstico y su tratamiento. La población y los profesionales de la salud en general, deben ser educados en este fenómeno, para de esta forma prevenir y disminuir los efectos dañinos de este.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Okenson JP. Oclusión y afecciones temporomandibulares. 3 ed. Barcelona: Mosby; 2010.
2. Ramfjord SP, Mayor M. Oclusión. 2 ed. México: Interamericana; 1972.
3. Trastornos de la articulación temporomandibular, [Internet]. 2014 [citado 2 Abr 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/temporomandibularjointdysfunction.html>.
4. Hoz JL de la, Díaz E, La Touche R, Mesa J. Bruxismo del sueño: revisión y actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2011 [citado 5 Jul 2014];16(2):75-82. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloid=789396>.
5. Castro Sánchez YE, Utria Suare M, Torres Lobaina AE, Lobaina Carcassés D de la C, Guilarte Legrá M. Terapias psicológicas y oclusales en pacientes bruxómanos. Rev Inform Cient [Internet]. 2014 [citado 21 May 2015]; 83(1). Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/imagen/RIC/Vol_83_No.1/terapias_psicologicas_y_clusales_en_pacientes_bruromanos_tc.pdf
6. Guerrero I, Cutiño M, González E, Moreno J. El bruxismo y sus características como padecimiento del sistema estomatognático. CCM [Internet]. 2013 [citado 5 Jul 2014];17(1). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1237>.
7. Carra MC, Huynh N, Lavigne G. Sleep bruxism: a comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. Dent Clin North Am [Internet]. 2012 [citado 5 Jul 2014];56:387-413. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0011853212000043>
8. Nápoles D, García L, Rodríguez O, Nápoles D. Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. Medisan [Internet]. Ago 2014 [citado 28 Ene 2016];18(8). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800017&lng=es
9. Silva AM. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. Rev Cienc Méd [Internet]. 2015 [citado 28 Ene 2016];19(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng=es
10. Garrigós DD, Paz A, Castellanos JL. Bruxismo: Más allá de los dientes: un enfoque inter y multidisciplinario. Revista ADM [Internet]. 2015 [citado 27 May 2015];72(2):70-77. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152d.pdf>.
11. Leyva A, Escalona Y. Caracterización clínico epidemiológica del Bruxismo en pacientes mayores de 15 años. Rev Electrón [Internet]. 2013 Nov [citado 8 Jun 2016];38(11). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=725>
12. Varalakshmi S, Praveen M, Sravanthi D, Habeeb A, Anuhya V. Bruxism: a literature review. J Int Oral Health [Internet]. 2014 [citado 27 May

- 2015];6(6):105–109. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081266/>
13. Alcolea JR, Herrero P, Ramón J M, Labrada ET, Pérez M, Garcés D. Asociación del bruxismo con factores biosociales. CCM [Internet]. 2014 Abr [citado 27 May 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000200003
14. Hernández Reyes B, Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Lazo Nodarse R. Bruxismo: panorámica actual. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2017 [citado 18 Jul 2017];21(1). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4817>
15. Lucchesi LM, Speciali JG, Santos R, Taddei JA, Tufik S, Bittencourt LR. Nocturnal awakening with head-ache and its relationship with sleep disorders in a population-based sample of adult inhabitants of Sao Paulo City, Brazil. Cephalalgia [Internet]. 2010 [citado 5 Jul 2014];30:1477-1485. Disponible en: <http://cep.sagepub.com/content/30/12/1477.long>
16. Ardizzone I, Celemén A, Sánchez T, Aneiros F. Oclusión fisiológica frente a oclusión patológica: un enfoque diagnóstico y terapéutico práctico para el odontólogo. Rev Gac Dent. 2010;(220):106-14.
17. Fieramosca F, Lezama E, Manrique R, Quirós O, Farías M, Rondon S. La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2007 Abr [citado 6 Jun 2015]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/art5.asp>
18. Maceo O, Ramos K, Maceo A, Morales I, Maceo M. Eficacia de la terapia floral de Bach contra el estrés académico en estudiantes de primer año de estomatología. Medisan [Internet]. 2013 [citado 6 Abr 2016];17(9). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900002&lng=es
19. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Paesani D, Lobbezoo F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. J Orofac Pain [Internet]. 2013 [citado 13 Jun 2016];27(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23630682>
20. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015 [citado 8 Nov 2015];86(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000500012&lng=es
21. Cardentey García J. Empleo de la medicina natural y tradicional en el tratamiento estomatológico. Arch Med Camagüey [Internet]. Jun 2015 [citado 15 Mar 2016];19(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000300014&lng=es
22. Fernandes G, Franco AL, Siqueira JT. Sleep bruxism increases the risk for painful temporomandibular disorders, depression and non-specific physical symptoms. J Oral Rehabil 2012; 39(7):538-44.
23. Nápoles D, García L, Rodríguez O, Nápoles D. Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. Medisan [Internet]. 2014; 18(8). Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_8_14/san17188.htm

24. Torre Rodríguez E de la, Aguirre Espinosa I, Fuentes Mendoza V, Peñón Vivas PA, Espinosa Quirós D, Núñez Fernández J. Factores de riesgo asociados a trastornos temporomandibulares. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 [citado 2 Abr 2015]; 50(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507201300040000
25. Romero García A, Torres Hortelano JM, Correa L. Bruxismo del sueño: actualización sobre mecanismos etiopatogénicos, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Vigilia del Sueño. 2014[citado 2 Abr 2015]; 26(1). Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/revista/vigilia-sueno2014.pdf>

Recibido: 30 de noviembre del 2017

Aprobado: 2 de febrero del 2018

MSc. Isis Bárbara Herrera López. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral y Prótesis Estomatológica. Máster en Salud Bucal y Comunitaria. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.. La Habana, Cuba. Correo electrónico: isisherrera@infomed.sld.cu