

PREVALENCIA DE BRUXISMO EN NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS

Por

C.D. ROSA ELENA OCHOA MARTÍNEZ

11/84

T E S I S

Presentada como requisito para obtener el Grado de  
Maestría en Odontología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

OCHOA  
MARTÍNEZ  
ROSA  
ELENA  
1984

TESIS



K(1) UNAM

Facultad de Odontología  
Div. de Est. de Posgrado e Investigación  
Biblioteca "Barnet M. Levy"



NOVIEMBRE 1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**MANUSCRITO DE TESIS:**

Cualquier tesis no publicada que avale el grado de--  
Maestría y depositada en la biblioteca de la Universidad, Fa-  
cultad de Odontología, queda abierta para inspección, y sólo  
podrá ser usada con la debida autorización del autor. Las--  
referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser co--  
piadas sólo con el permiso del autor, y el crédito se da pos-  
teriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes per-  
sonas que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La biblioteca que presta esta tesis debe asegurarse-  
de recoger, la firma de cada persona que la utilice.

Nombre y Dirección

F e c h a

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

PREVALENCIA DE BRUXISMO EN NIÑOS DE 3 A 11 AÑOS

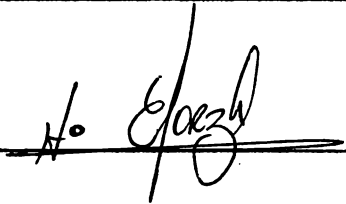
Aprobado por:

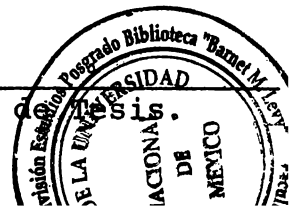
  
C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCÍA.

  
C.D.M.O. CARLOS MARTÍNEZ-REDING GARCÍA.

  
C.D.M.O. GRISELDA AYALA PÉREZ.

  
M.Sc. HAROLDO ELORZA PÉREZ TEJADA.

  
C.D.M.Sc., D.O. ROGELIO REY BOSCH. Director



R E C O N O C I M I E N T O S

A MIS PADRES:

CARLOS OCHOA CARBALLO

ROSA MARTÍNEZ LÓPEZ.

A MI ESPOSO

DR. JOSÉ LUIS DEL RAZO O.

Por su invaluable apoyo.

AL C.D.M.O. ROGELIO REY BOSCH  
AL C.D.M.O. CARLOS MARTÍNEZ-REDING GARCÍA  
AL C.D.M.O. ÁNGEL KAMETA TAKISAWA  
AL M.Sc. HAROLDO ELORZA PÉREZ TEJADA.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PROPÓSITO.....	3
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	4
MATERIALES Y MÉTODO.....	9
RESULTADOS.....	12
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	33
RESUMEN.....	34
BIBLIOGRAFÍA.....	35
APÉNDICE.....	40
CURRICULUM VITAE.....	47



## ÍNDICE DE GRÁFICAS Y CUADROS

Gráfica #1	POBLACIÓN TOTAL POR SEXO.....	16
Gráfica #2	POBLACIÓN POR SEXO CON Y SIN BRUXISMO...	17
Gráfica #3	POBLACIÓN TOTAL POR EDAD.....	18
Gráfica #4	POBLACION TOTAL CON Y SIN BRUXISMO.....	19
Gráfica #5	NIÑOS BRUXISTAS POR EDAD.....	20
Gráfica #6	NIÑOS BRUXÍSTAS POR SEXO.....	21
Gráfica #7	NIÑOS BRUXISTAS POR SEXO (3 A 11 AÑOS)..	22
Gráfica #8	ANTECEDENTES FAMILIARES EN NIÑOS BRUXISTAS.....	23
Gráfica #9	ÍNDICE DE DISFUNCIÓN ANAMNÉSICO EN NIÑOS BRUXISTAS.....	24
Gráfica #10	ÍNDICE DE MÚSCULOS CON SENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 11 AÑOS).....	25

Gráfica #11	DISTRIBUCIÓN RESPECTO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS BRUXISTAS (6- A 11 AÑOS).....	26
Gráfica #12	DISTRIBUCIÓN RESPECTO A PLANOS TERMINALES EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 5-- AÑOS).....	27
Cuadro #1	PATRÓN DE APERTURA EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 11 AÑOS).....	28
Cuadro #2	DESLIZAMIENTO DE RC a OC EN NIÑOS-- BRUXISTAS' (3 A 11 AÑOS).....	29
Cuadro #3	TIPO DE RELACIÓN OCLUSAL EN NIÑOS-- BRUXISTAS (3 A 11 AÑOS).....	30

## INTRODUCCIÓN

Bruxismo es el habitual rechinamiento o restregamiento de los dientes que puede ser durante las horas de sueño o como hábito inconsciente cuando se está despierto.

Este término es generalmente aplicado para designar el contacto estático o dinámico de los dientes.

Se observa, ya sea de manera isométrica (apretamiento de los dientes) o isotónica (rechinamiento de los dientes).

El bruxismo ha llegado a ser un hábito parafuncional de creciente interés en los campos psicológico y dental en las últimas décadas.

Las razones de esta creciente inquietud son los significativos grupos de niños y adultos que están siendo afectados en un gran número.

Por otro lado otros autores opinan que el bruxismo es la contracción forzada de algunos músculos masticatorios que conducen al ruido o que producen el ruido de rechinamiento de los dientes.

La mayoría de investigadores reportan una tensión emocional que puede ser expresada a través de un número de hábitos nerviosos, uno de los cuales es el bruxismo.

Los factores psicogénicos como la causa primaria del bruxismo parecen dominar la literatura dental.

La etiología del desorden no ha sido establecida de manera definitiva.

Hoy tenemos que resumir que el bruxismo tiene múltiples etiologías entre las que podemos citar: irritación oclusal, stress psicológico, desórdenes del sueño y posiblemente otras raras condiciones, tales como deficiencias nutricionales, alergias, y patologías cerebrales.

Otros autores creen que el bruxismo podría ser el resultado de estímulos perturbadores del sueño que pueden ser internos o externos, físicos o emocionales.

La atrición ha sido observada como efecto de bruxismo en ambas denticiones, con un desgaste mayor manifestado en la dentición temporal debido a su menor resistencia lateral. El daño al parodonto ha sido descrito como un importante efecto de bruxismo crónico.

### PROPÓSITO

Uno de los propósitos de este estudio es encontrar-- a qué edad es más frecuente el rechinamiento de los dientes-- en los niños, y su posible correlación con algún patrón de-- conducta.

Otro de los propósitos de este trabajo es el recopilar todos los diferentes tópicos que se puedan relacionar -- con este hábito, así como servir de apoyo al objetivo de esta tesis.

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Algunos clínicos consideran a los factores psicogénicos como de primera importancia (Olkinuora, 1969),<sup>(17)</sup> mientras que otros tratan al bruxismo desde un punto de vista oclusal (Ramfjord, 1961).<sup>(29)</sup>

Posselt, 1963; Olkinuora,<sup>(17)</sup> 1969; Mecklas,<sup>(10)</sup> 1971, refiere que el problema parece estar con los dos factores etiológicos involucrados: A) Factores oclusales, como los localizados con restauraciones altas o impropias ocurriendo puntos prematuros de contacto y maloclusiones; y B) Factores psicogénicos, como síntomas neuróticos, agresiones reprimidas y respuesta al stress.

Ramfjord<sup>(29)</sup> y Ash, mencionaron que hay tres mecanismos que interactúan para provocar el bruxismo:

- 1) Tensiones emocionales
- 2) Dolor o sensibilidad, y
- 3) Desajustes oclusales.

Nadler,<sup>(14)</sup> enfatizó las causas del bruxismo como:--  
a) Locales; b) Sistémicos; 3) Psicológicos y 4) Ocupacionales.

Reding<sup>(20)</sup> y asociados, consideran equivalente bruxismo nocturno, con períodos de rápido movimiento de los ojos REM, indicativo de que están soñando.

Reding<sup>(19)</sup> y colegas, usando un mayor número de pacientes descubrieron que el bruxismo ocurre en todas las etapas del sueño, predominantemente etapa 2.

Broughton, creyó que los desórdenes del sueño ocurren durante la transición de las etapas 3 y 4 a 1 y 2.

La incidencia de Bruxismo ha sido reportada en un rango del 15.0% (Reding, 1966) al 88% (Bundgard-Jortensen, 1950), en edades de 3 a 17 años.

Kravits y Bochn encontraron que el 56% de 112 infantes comenzaban rechinando los dientes en un promedio de edad de 10.5 meses. De hecho, se ha observado que niños pequeños, que no tenían dientes para oponer a los incisivos centrales inferiores que acababan de erupcionar habían lacerado la cresta gingival opuesta y aunque esto no pueda clasificarse estrictamente como bruxismo, los elementos del hábito estaban presentes.

Alan G. Glaros,<sup>(5)</sup> refiere que la tasa de bruxismo

entre adultos ha sido de 5.1% a 22.1%. Entre niños los rangos de incidencia reportados son de 11.6% a 15.1%.

Abe<sup>(2)</sup> dice que la incidencia decrece tan pronto se alcanzan los 17 años de edad, esto coincide con los hallazgos de Reding. Si el bruxismo ocurre en la niñez, el problema es doble, así que probablemente ocurra también como adulto. Esto ha sido reportado también por Abe.

Marks<sup>(8)</sup> 1980, realizó un estudio con dos grupos: -- niños alérgicos y niños no alérgicos emparejados por edad, -- sexo y color, se encontró un 60% con bruxismo. La incidencia de rechinar de dientes en niños no alérgicos fue de un 20%.

Grosfeld y Czarneckc (1977) encontraron desórdenes-- músculo-articulares del sistema estomatognático en 56% en niños de 6 a 8 años y 68% de 13 a 15 años de edad en niños polacos. Estos reportes sugieren que mientras los niños muestran pocos síntomas subjetivos, los signos clínicos de disfunción mandibular son tan comunes en niños como en adultos, pero la prevalencia en niños requiere de otra elucidación.-- Diblets (1977) encontró que el 46% de 112 niños con clase II división 1 de Angle, tenían algún tipo de disfunción de la articulación temporomandibular.



Williamson (1977) reportó que el 35% de pacientes -- preortodónticos de 6 a 16 años tenían sensibilidad de músculos o chasquidos en la articulación temporomandibular.

Lindquist<sup>(6)</sup> (1974), encontró una incidencia muy elevada de bruxismo en niños con posibles síntomas asociados de disfunción.

La verdadera razón es desconocida, pero la frecuencia de apretamiento o rechinar entre niños de alrededor de 13 años de edad, y niños de alrededor de 10 años de edad, corresponden con crecimiento pubertal en niños y el comienzo en las niñas (Toranger y Hagg (1980)).

El bruxismo ha sido estudiado usando técnicas electromiográficas (Solberg, Clark & Rugh,<sup>(24)</sup> 1975; Ramfjord,-- 1961<sup>(29)</sup>), Intraoral telemetry (Graf, 1969; Mehta<sup>(12)</sup> et al., 1972), sleep laboratories (Powell,<sup>(18)</sup> 1965; Reding<sup>(19)</sup> et-- al, 1964).

Randow, K., Carlsson, K., refiere que las interferencias oclusales resultantes en rechinar y sensibilidad-- muscular pueden ser una explicación, ya que fueron correlacionados con las perturbaciones del patrón de movimiento.

La interferencia oclusal en niños con dentición mixta fueron también reportados por Malmgren (1980), y la inestabilidad oclusal durante la dentición mixta ha sido demostrada también gnatosológicamente por Watt et al, (1975).

Los movimientos masticatorios y las fuerzas generadas durante la masticación son demasiado limitados en su duración e intensidad (Graf, 1969) para hacer algún daño.

La actividad parafuncional ha sido indicada como la causa mayor de una disfunción oclusal y muscular debida a la duración prolongada y movimiento lateral (Graf, 1969; Poweell 1965; Mehta et al, 1972).

## MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó entre la población del jardín de niños situado dentro de la Ciudad Universitaria y la Escuela Primaria "Tlamatini", ubicada en Villa Panamericana.

La forma en la cual se seleccionó la población para la investigación fue la siguiente:

Se les dio un cuestionario a los padres en el que se les preguntaba acerca de si sus hijos presentaban rechina--- miento de los dientes, hábito de chuparse el dedo, problemas de lengua, presencia de caries. Los que contestaron positivamente al cuestionario se seleccionaron para formar la muestra. La muestra infantil incluyó niños de ambos sexos de 3, a 11 años. Una vez identificados, fueron remitidos a la Clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología, U.N.A.M., localizada en Ciudad Universitaria, D.F.

Se revisaron clínicamente en un sillón dental utilizando espejos planos bucales, cinta de articular y un vernier.

Se diseñó un formato especial para vaciar la informaci

ción obtenida de la muestra de los niños con rechinamiento--  
de los dientes. (Anexo en el Apéndice).

De esta manera se obtuvieron los siguientes informes  
que constan:

a) Datos generales.- Nombre, dirección y teléfono,--  
edad, sexo, nombre de la persona que proporcionó la informa-  
ción y la relación que guarda con el niño, ocupación del pa-  
dre o tutor.

b) Antecedentes familiares.

c) Índice de disfunción anamnésico.

d) Índice de disfunción clínico.

f) Clasificación de Angle.

g) Patrón de apertura.

h) Presencia de deslizamiento de R.C. a O.C.

i) Número y localización de dientes presentes.

j) Tipo de ruido de acuerdo a su localización.

k) Contactos en trabajo.

l) Contactos en balance.

m) Presencia de interferencias en el lado de balance.

Los niños que constituyeron la muestra no presentaban ningún tipo de alteración física o mental.

Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados para su evaluación.

## RESULTADOS

De los 1,120 niños que configuraban la población total, 103 presentaron bruxismo, es decir, el 9.19%. Gráficas 1 y 2.

Edad seleccionada para la muestra de 3 a 11 años.

El 58.25% (60) de los niños constituyó la muestra, y el 41.75% (43) fueron niñas. Gráficas 3 y 4.

El índice más alto de bruxismo 19.3% correspondió a los niños de 5 años, mientras que el índice más bajo 2.54% se situó en los niños de 11 años de edad. Gráfica 5.

En los resultados de los niños bruxistas por sexo, -- tan sólo a la edad de 3 años hubo predominio de las niñas, -- que representaron el 8.49% de la muestra, y un 4.72% los niños. A partir de los 4 años prevaleció el bruxismo en los niños. Gráficas 6 y 7.

Con respecto a los antecedentes familiares en niños-- bruxistas, el 26.21% (27) reportaron antecedentes de artritis. El 30.09% (31) presentaron antecedentes de reumatismo. El -- 0.97% con antecedentes de ruidos en la ATM. El 44.66% (46)-- niños, refirieron bruxismo en sus familiares en primer grado. Gráfica 8.

En el índice anamnésico, el 82.52% fueron síntomas leves, AII y el 17.48% con síntomas severos, AIII; (dolor de cabeza y dolor en la región de los músculos masticatorios). Gráfica 9.

Con respecto al índice de disfunción clínico de los 4 factores que lo integran, se contempla:

- a) Rango de movilidad DSI-60.20%, DSII-24.27%, DSIII-15.58%.
- b) Dolor muscular DSII-29.12%.
- c) Dolor en la ATM DSI-71.84%, DSII-24,27%, DSIII-0%.
- d) Función deteriorada de la ATM DSI-100%.

Se aplicó una  $\chi^2$  por ser datos nominales no encontrándose relación entre el índice clínico y el índice anamnésico-- para cada una de las edades.

El índice de músculos con sensibilidad a la palpación-- se presentó en los músculos pterigoideos a la edad de 6 años,-- y en los músculos maseteros a los 7 años, siendo muy significativos los porcentajes. Gráfica 10.

Se analizó la distribución con respecto a la clasificación de Angle y planos terminales:

En Clase I - se encontró el 70.73%.

En Clase II - se encontraron el 26.86%.

En Clase III - se encontraron el 12.19%.

La distribución en niños de 3 a 5 años fue por planos-terminales: Gráfica 11.

En plano terminal mesial - se presentaron el 69.35%.

En plano terminal distal - se presentaron el 19.35%.

En plano terminal distal exagerado - se presentaron el 11.29%. Gráfica 12.

El patrón de apertura en niños bruxistas predominó el-simétrico - 74.75% (77). En desviación izquierda el 11.68% -- (12) y en desviación derecha fue de 13.59% (14). Cuadro #1.

Los resultados en deslizamiento de RC a OC, el prome--dio más alto fue con deslizamiento anterior 56.31% (58); no --deslizamiento el 25.24% (26); deslizamiento derecho 11.65% --- (12); deslizamiento izquierdo 6.80% (7). Cuadro #2.

Los resultados en contactos en trabajo en posterior --35.02% (97); contactos en trabajo en anterior 21.80% (77).

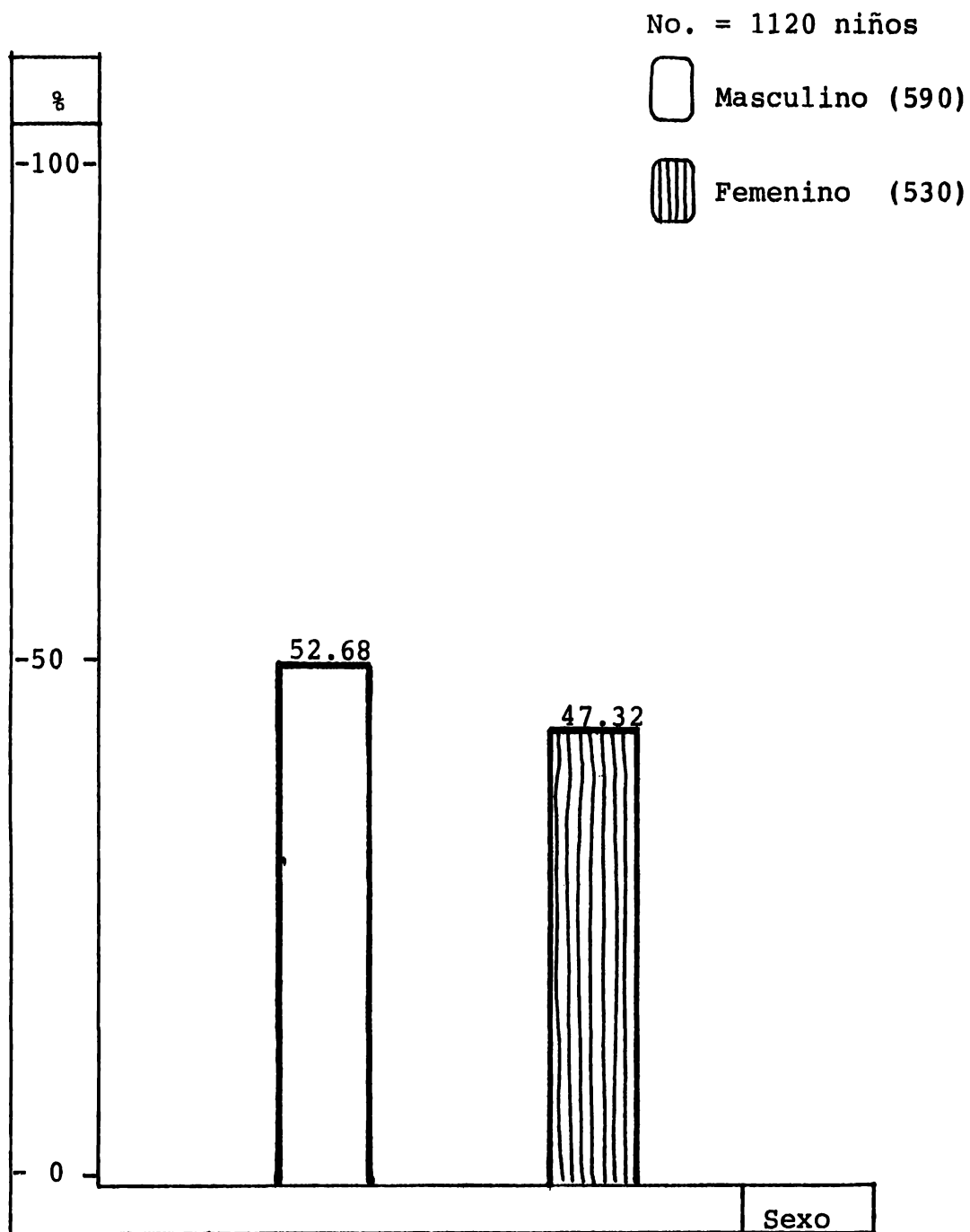
Contactos en balance los resultados fueron: con contacto 6.14% (17); ausencia de contactos en balance 31.04% (86).-- Cuadro #3.



Con ruidos en la ATM eran: (2) en cierre temprano, -- (1) en cierre tardío, lo que representó el 2.91%. El tipo de ruido fue en una o ambas articulaciones.

Los resultados en el promedio de apertura máxima por edades en niños bruxistas fue: de 3 años - 30.21 mm; en 4 años 31.12 mm; en 5 años - 31.23 mm; a los 6 años - 35.10 mm; a los 7 años - 39 mm; a los 8 años - 37.25 mm; a los 9 años - 38 mm; a los 10 años - 39.58 mm y a los 11 años - 41.16 mm.

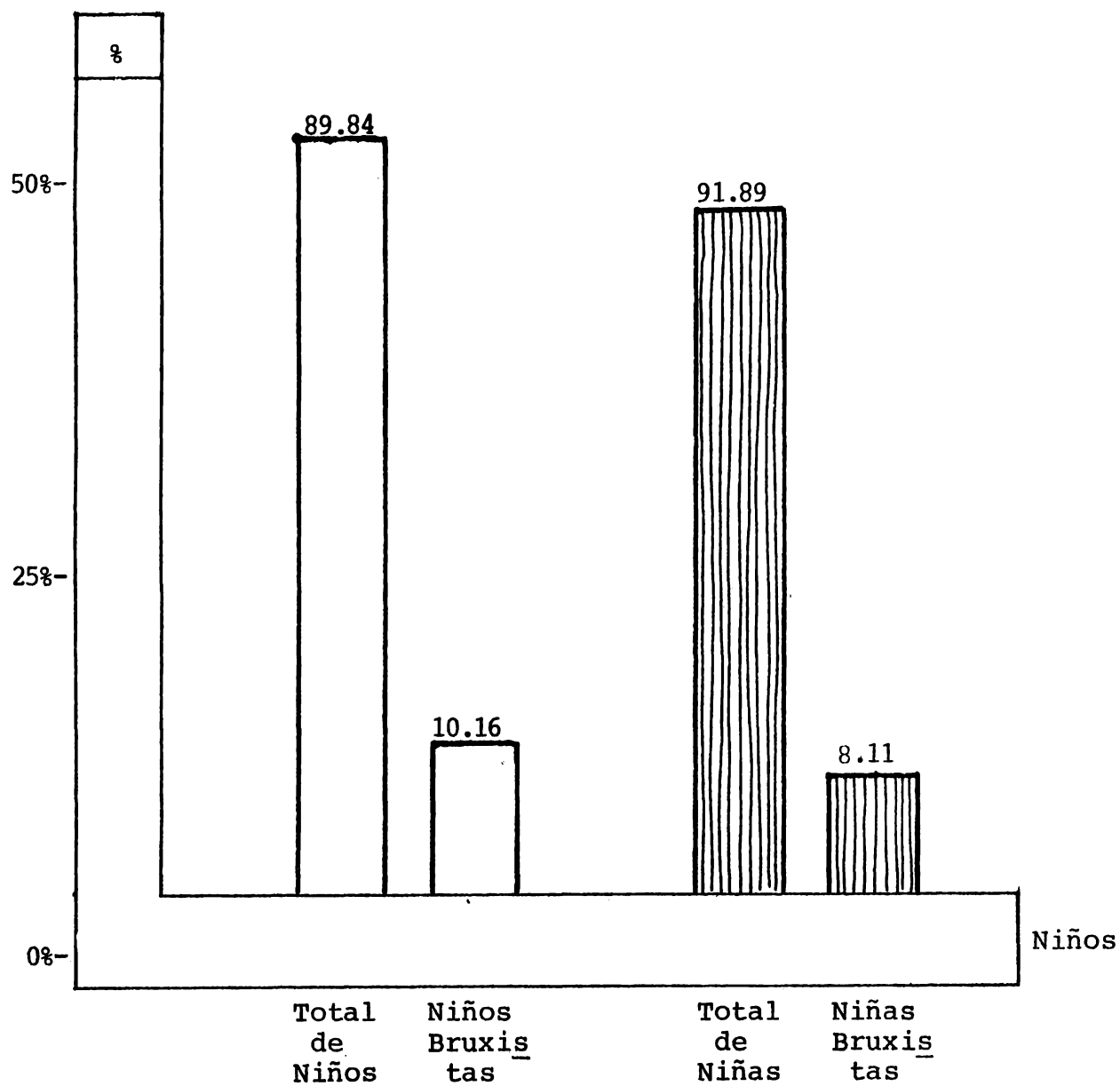
Los resultados con respecto a la personalidad del niño fueron: cooperador 42%, poco cooperador 18%, aprensivo 15%, retraído 9% y rebelde 6%.



POBLACIÓN TOTAL POR SEXO

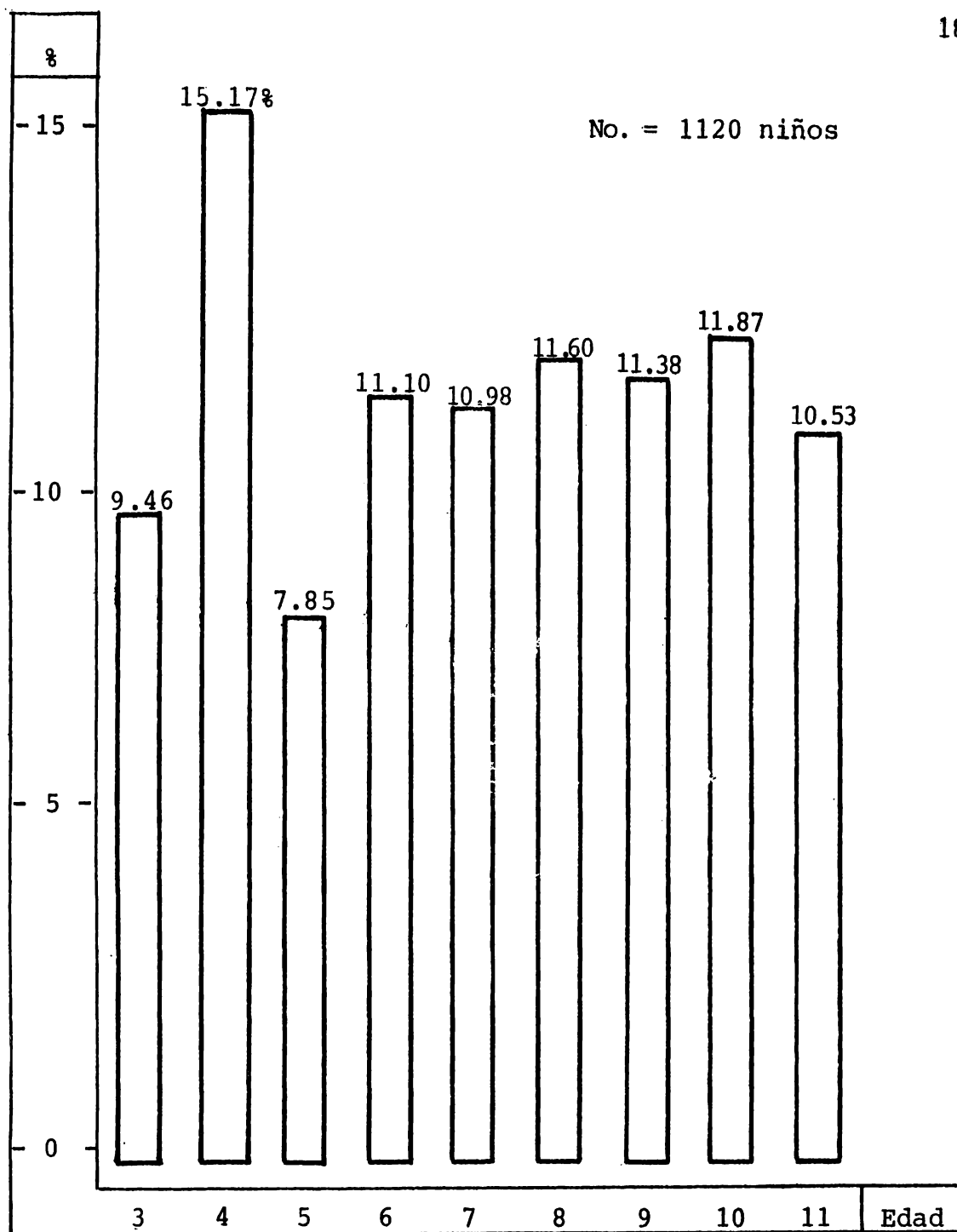
GRÁFICA No. 1

Masculino  
 Femenino



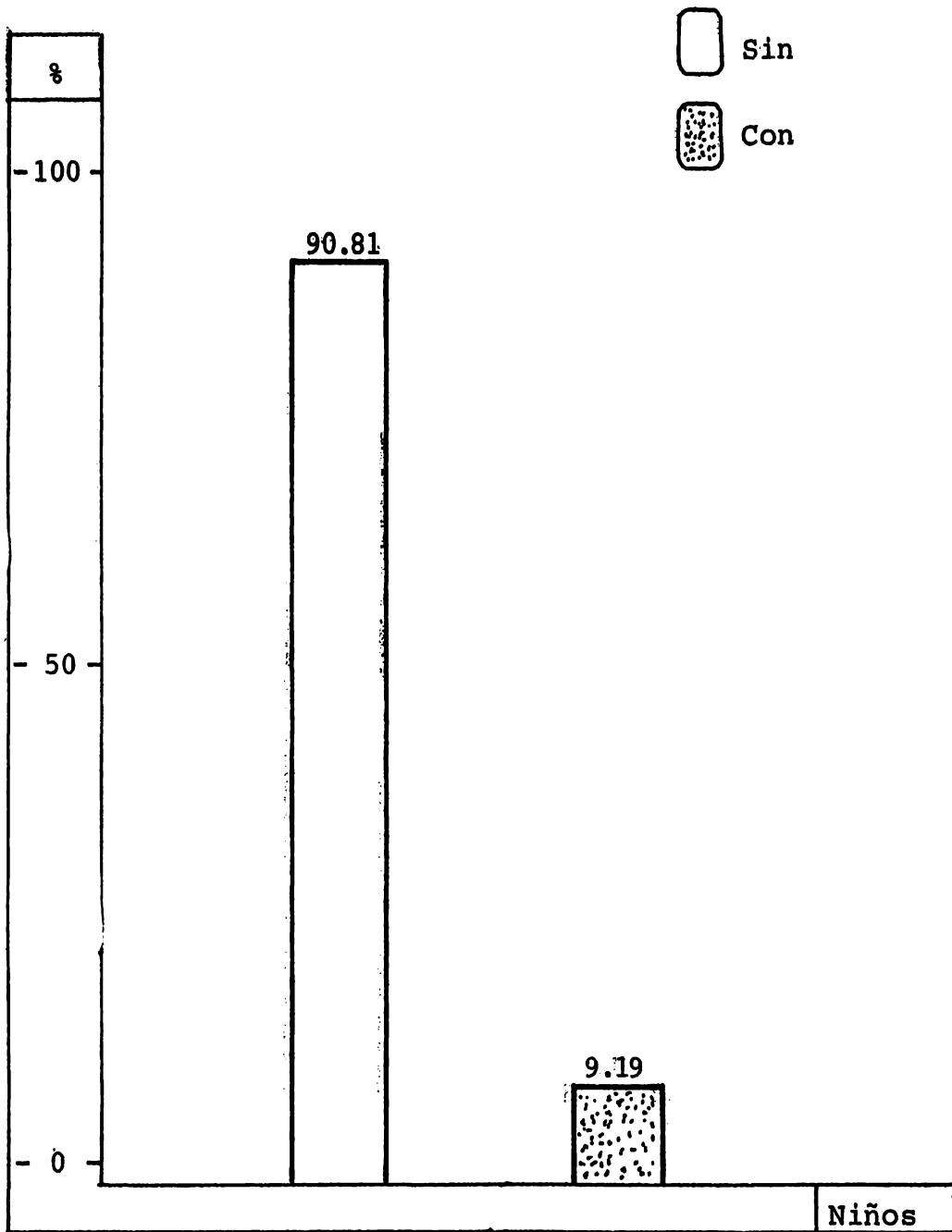
POBLACIÓN POR SEXO CON Y SIN BRUXISMO

GRÁFICA No. 2



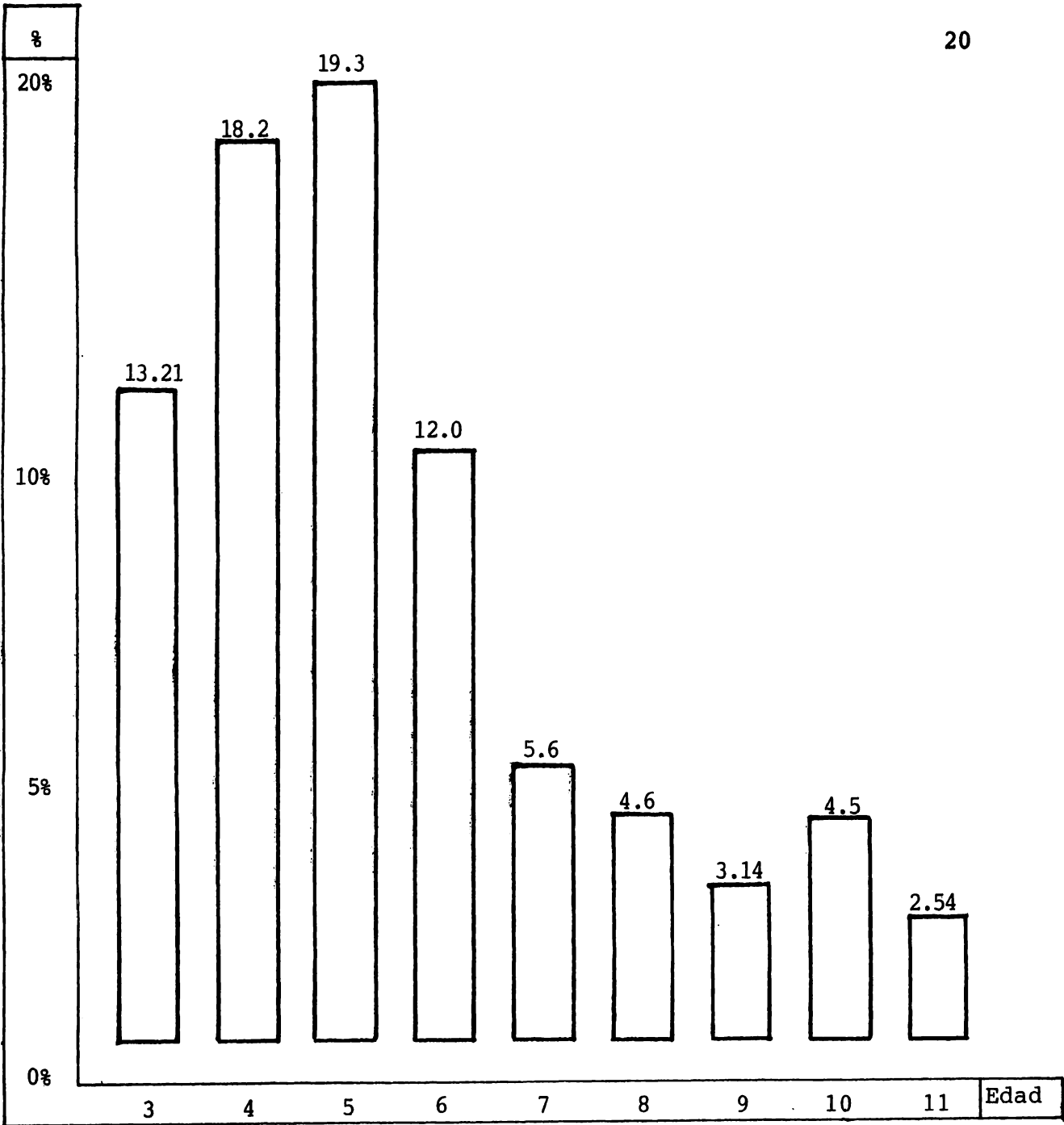
POBLACIÓN TOTAL POR EDAD

GRÁFICA No. 3



POBLACIÓN TOTAL CON Y SIN BRUXISMO

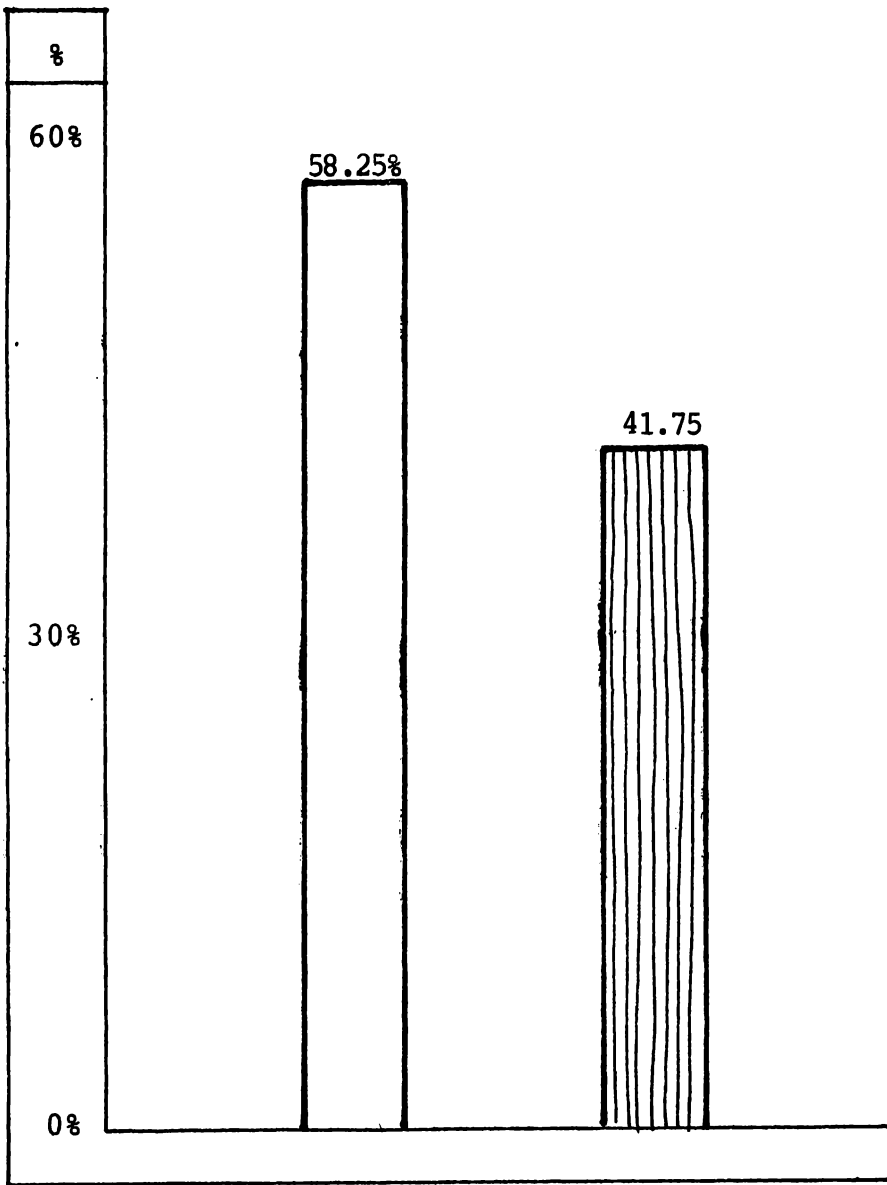
GRÁFICA No. 4



NIÑOS BRUXISTAS POR EDAD

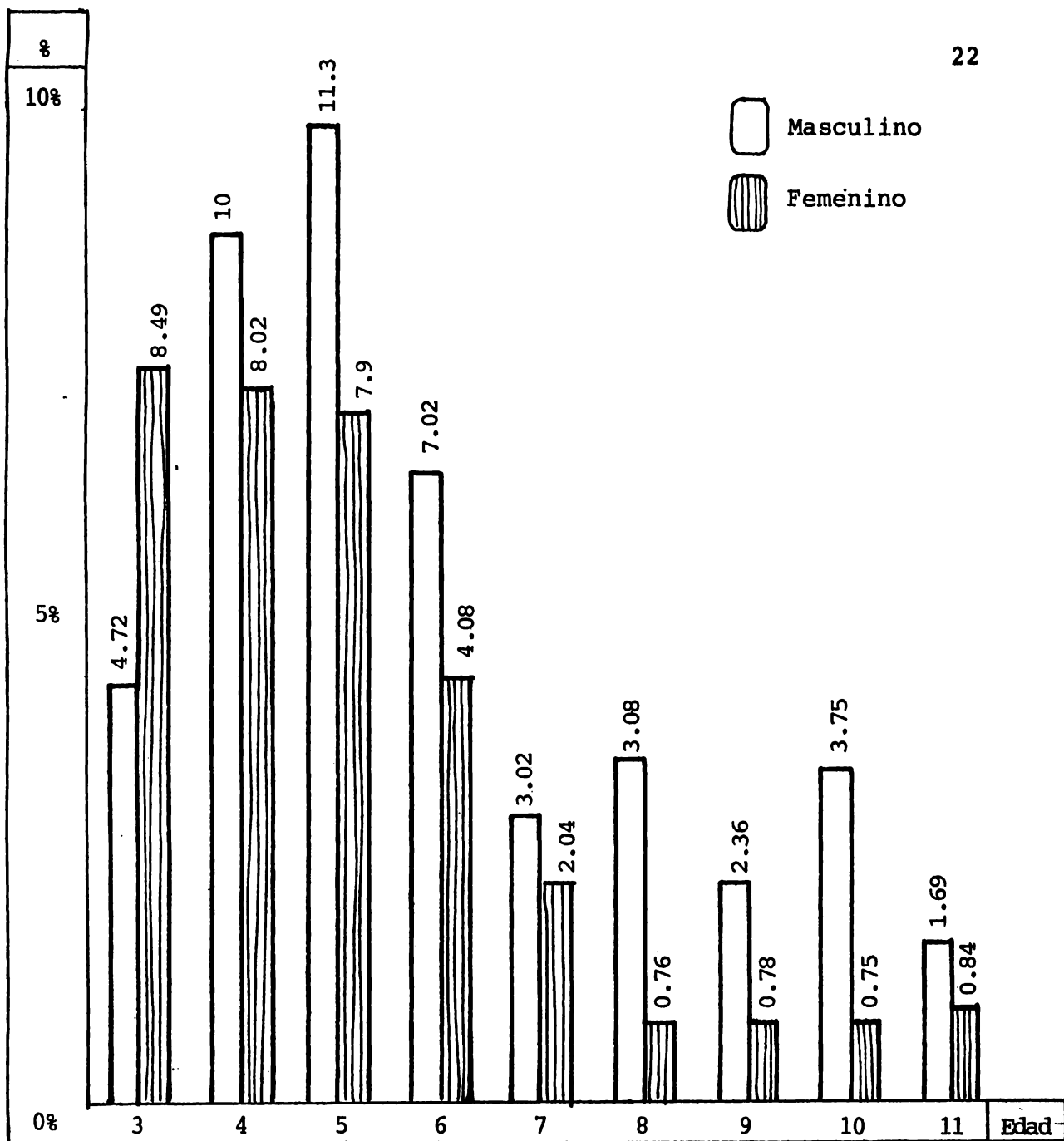
GRÁFICA No. 5

□ Masculino  
▨ Femenino



NIÑOS BRUXISTAS POR SEXO

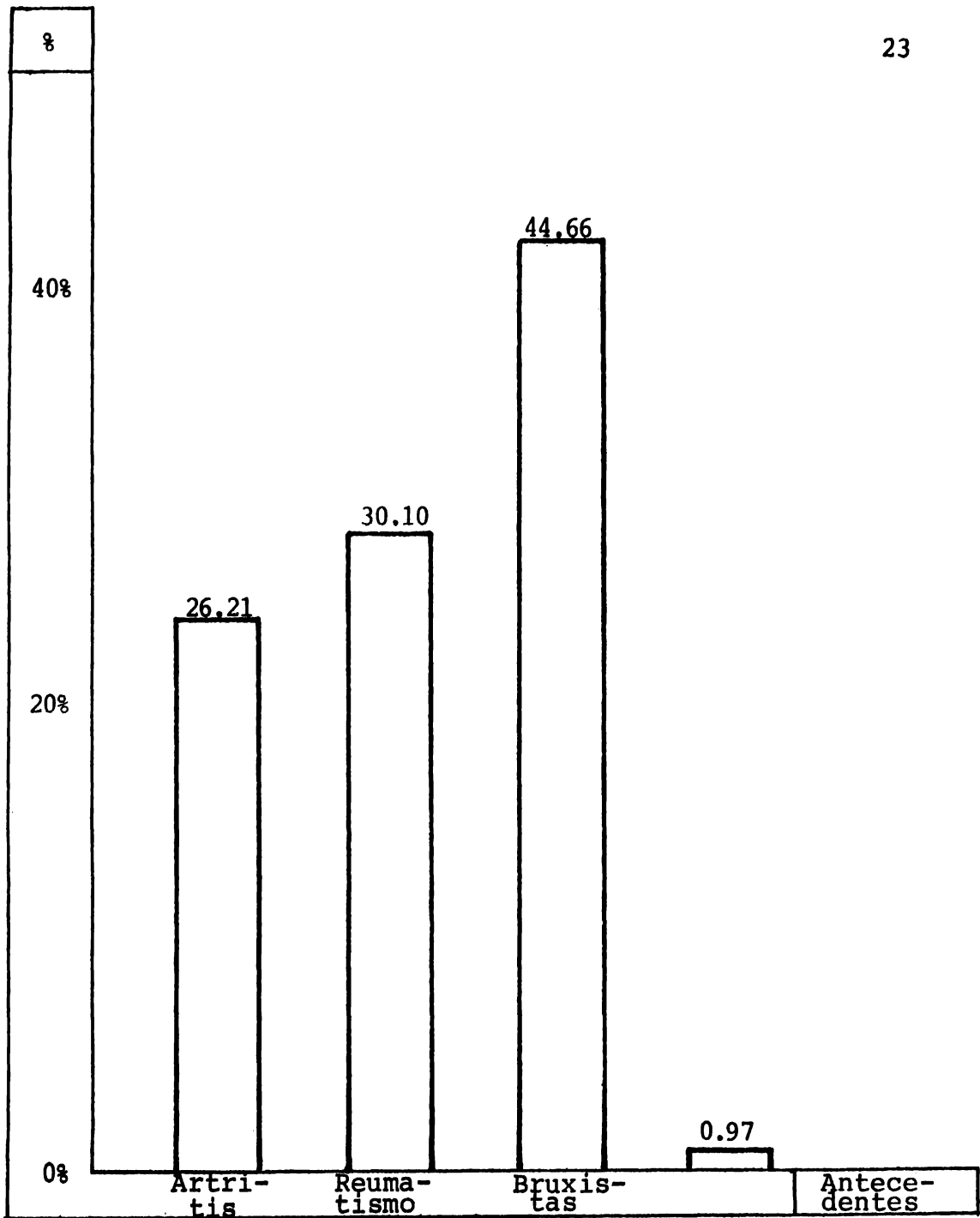
GRÁFICA No. 6



NIÑOS BRUXISTAS POR SEXO (3 A 11 AÑOS)

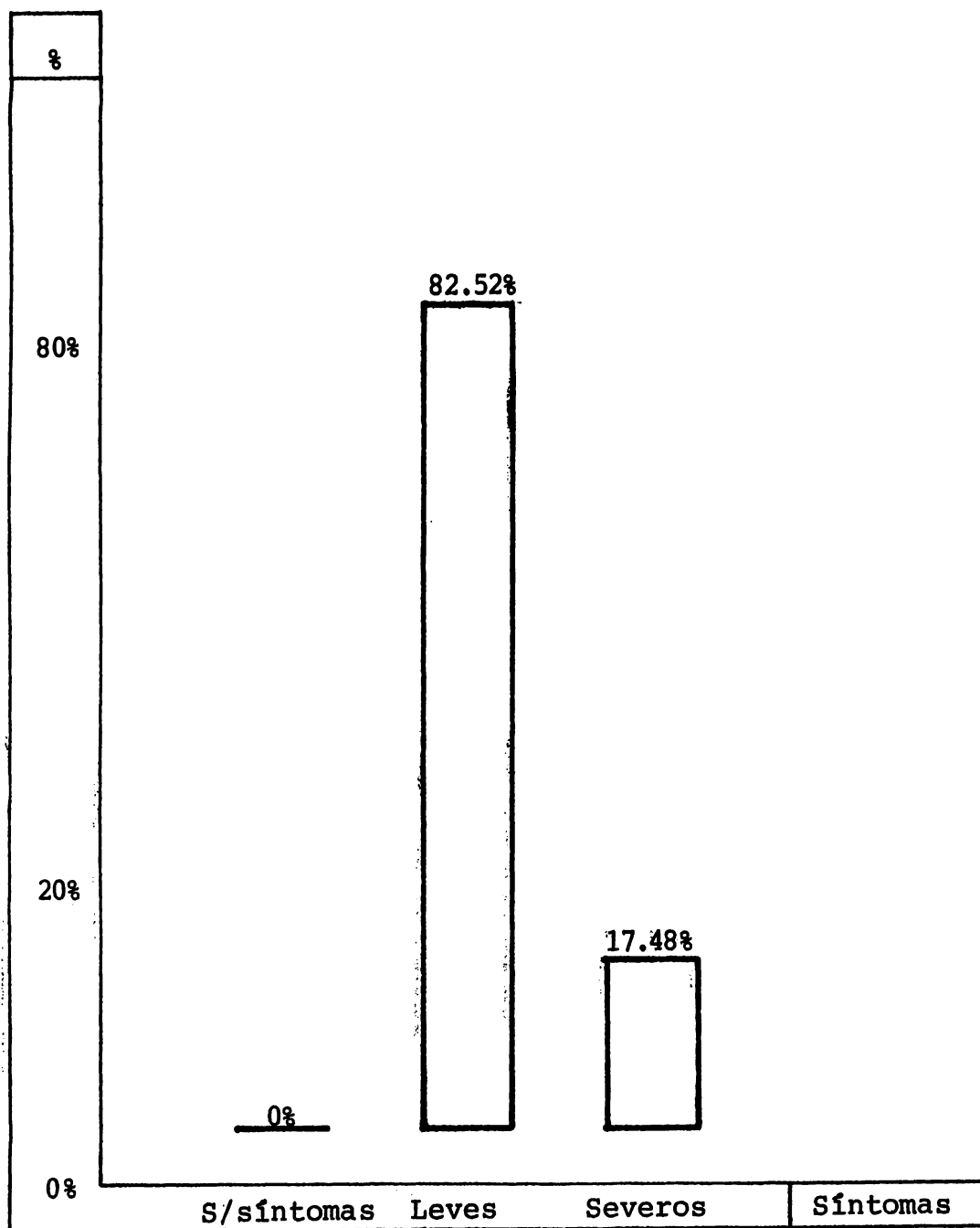
GRÁFICA No. 7





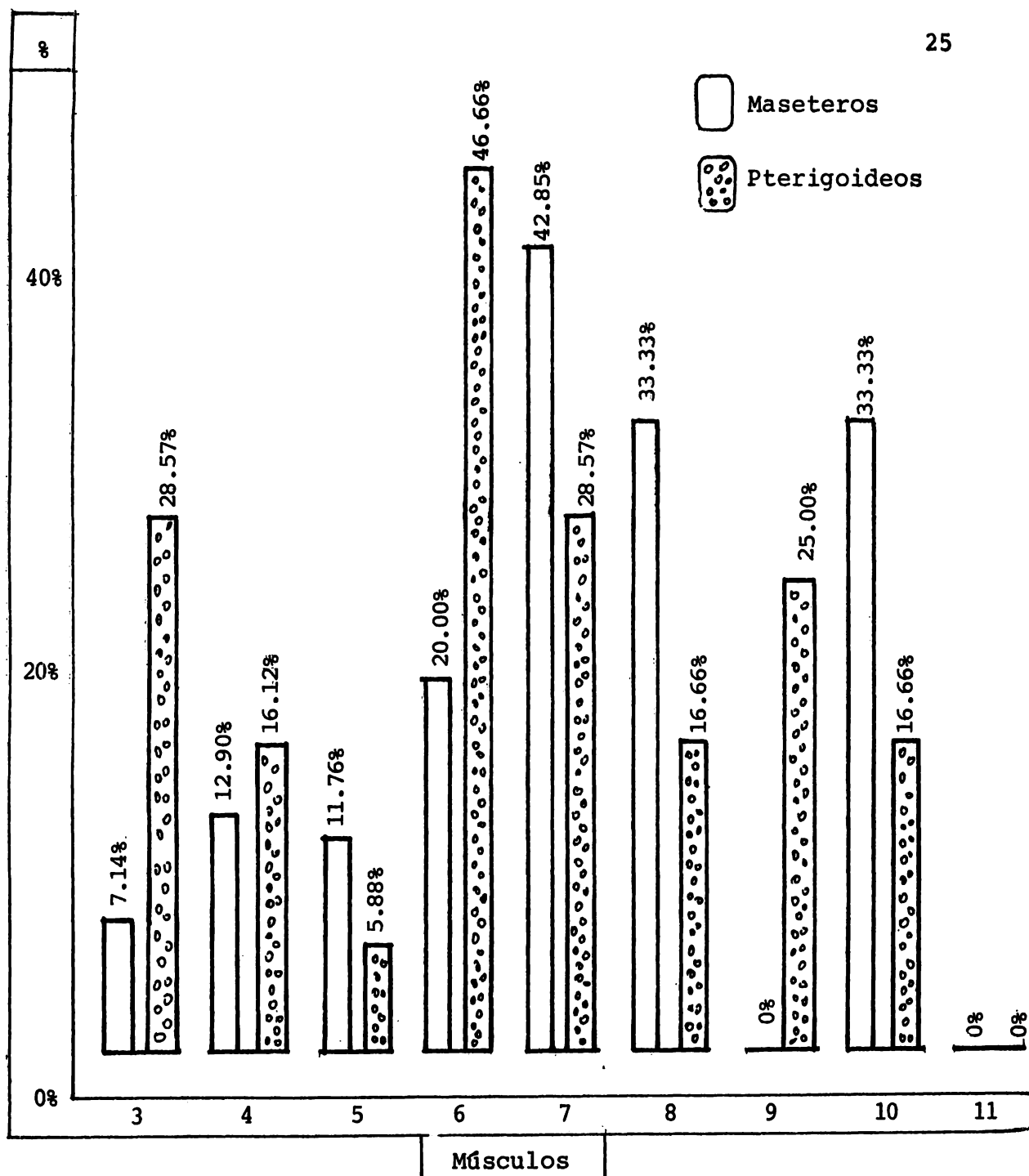
ANTECEDENTES FAMILIARES  
EN  
NIÑOS BRUXISTAS

GRÁFICA No. 8



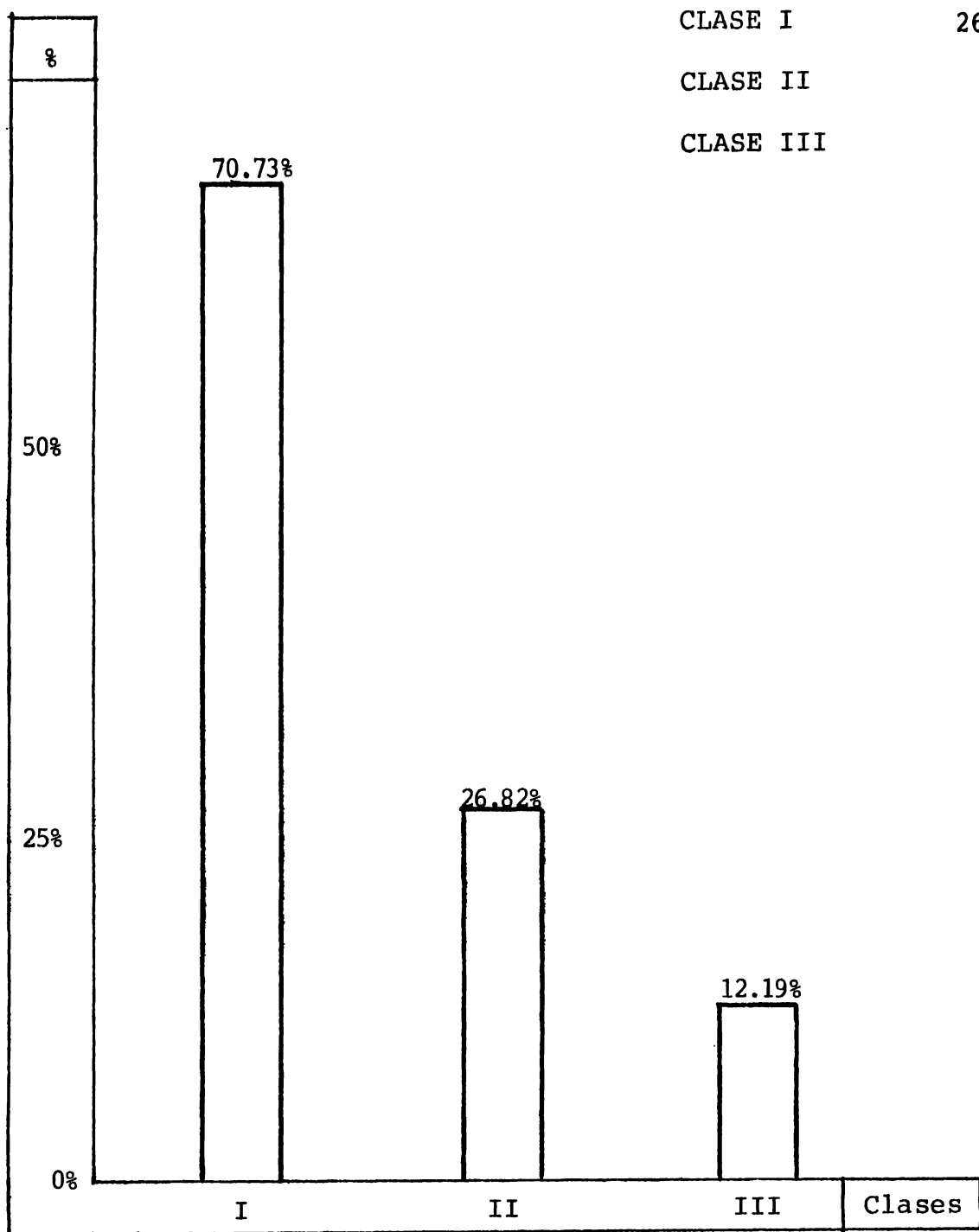
ÍNDICE DE DISFUNCIÓN ANAMNÉSICO EN NIÑOS BRUXISTAS

GRÁFICA No. 9



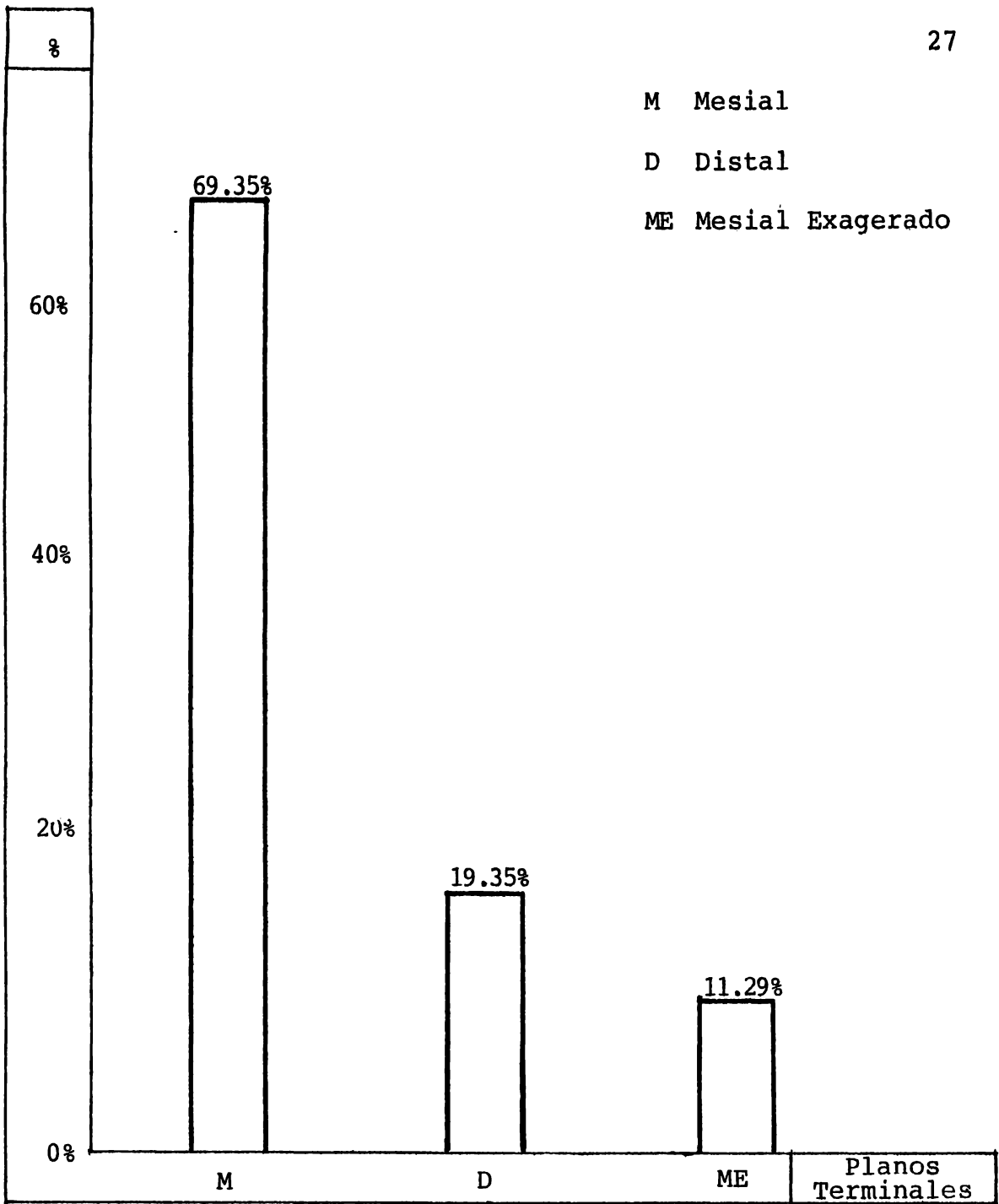
ÍNDICE DE MÚSCULOS CON SENSIBILIDAD A LA--  
PALPACIÓN EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 11 AÑOS)

GRÁFICA No. 10



DISTRIBUCIÓN RESPECTO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS BRUXISTAS (6 A 11 AÑOS)

GRÁFICA No. 11



M Mesial  
D Distal  
ME Mesial Exagerado

DISTRIBUCIÓN RESPECTO A PLANOS TERMINALES  
EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 5 AÑOS)

GRÁFICA No. 12

PORCENTAJE % POR EDAD											
CONCEPTO	No. Niños	%	3	4	5	6	7	8	9	10	11
SIMÉTRICO	77	74.75	15.58	29.87	15.58	12.98	6.49	7.79	2.59	5.19	3.89
DESVIACIÓN DERECHA	14	13.59	14.28	28.57	21.42	14.28	7.14	0.00	7.14	7.14	0.00
DESVIACIÓN IZQUIERDA	12	11.68	0.00	36.36	9.09	27.27	9.09	0.00	9.09	9.09	0.00
COMBINADO	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00
TOTALES	103	100									

PATRÓN DE APERTURA EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 11 AÑOS)

CUADRO No. 1

PORCENTAJE % POR EDAD											
CONCEPTO	3	4	5	6	7	8	9	10	11	No. Niños	%
NO DESLIZAMIENTO	11.53	30.76	17.69	19.23	11.53	0.00	3.84	7.69	7.69	26	25.24
DESLIZAMIENTO ANTERIOR	17.24	24.13	18.96	13.79	3.44	10.34	3.44	6.89	1.72	58	56.31
DESLIZAMIENTO DERECHO	8.35	41.66	25.00	8.33	8.33	0.00	8.33	0.00	0.00	12	11.65
DESLIZAMIENTO IZQUIERDO	0.00	57.14	14.28	14.28	14.28	0.00	0.00	0.00	0.00	7	6.80
Totales										103	100

DESLIZAMIENTO DE RC a OC EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 11 AÑOS)

CUADRO No. 2

		PORCENTAJE % POR EDAD											
CONCEPTO		3	4	5	6	7	8	9	10	11	No.de Con- tac- tos	%	
C O N T A C T O S  E N	T R A B A J O	POSTERIOR	10.30	29.89	17.52	15.46	7.21	6.18	4.12	6.18	3.09	97	35.02
		ANTERIOR	18.18	40.25	15.58	15.58	2.59	3.89	2.59	1.29	0.00	77	27.80
	B A L A N C E	CON	0.00	0.00	0.00	23.50	11.76	17.64	17.64	23.52	5.88	17	6.14
		SIN	16.27	36.04	19.76	12.79	5.81	3.48	1.16	2.32	2.32	86	31.04
Totales											277	100	

TIPO DE RELACIÓN OCLUSAL EN NIÑOS BRUXISTAS (3 A 11 AÑOS)

CUADRO No. 3



## DISCUSIÓN

La prevalencia de bruxismo reportada en este estudio difiere con los reportados para 7-(16%), 11-(8%) de edad --- (Egermark-Eriksson et al. 1981). Holm y Anderson (1974) y -- Holm (1975a, 1975b, 1978) tienen reportes de 3-(24%), (4-28%), 5-(32%) y 8-(21%) años de edad. En nuestro estudio encontramos en la edad 3-(13.20%), 4-(18.2%), 5-(19.3%), 6-(12%), --- 7-(5.6%), 8-(4.6%), 9-(3.14%), 10-(4.5%), 11-(2.54%).

Los niños más pequeños de edad fueron ayudados probablemente para contestar preguntas de antecedentes familiares en sus padres, que puedan explicar la elevada incidencia de bruxismo nocturno reportada en el grupo de 7 años de edad en que fue mayor, presentándose una variable en cuanto a la edad que fue a los 5 años en este estudio.

La investigación sistemática revela de este modo que los síntomas de disfunción subjetiva ocurren en los niños, -- tan a menudo como en los adultos (Agerberg and Carlsson, 1972-1973; Molin et al. 1976; Heloe y Heloe, 1979; Ingeervall et al. 1980).

Los resultados del presente estudio fueron registrados en base a las respuestas a un cuestionario y la valoración de-

cada uno de los niños (Helkimo e Ingervall et al. 1980). Sin embargo, la gente a menudo es inconsciente de su bruxismo y-- la ocurrencia es indudablemente más elevada que la de las reg puestas a los cuestionarios.

El bruxismo nocturno puede ser considerado un desor-- den universal del sueño de la más grande magnitud. Podría -- ser responsable de muchas patologías dentales y puede ser un-- factor etiológico principal en la disfunción de la articula-- ción temporomandibular en la vida adulta.

## CONCLUSIONES

Dentro de los 103 niños bruxistas se encontró el porcentaje más alto a la edad de 5 años.

La edad seleccionada de la población incluyó niños de 3 a 11 años para poder contar que tuvieran completa su dentición primaria, dentición mixta y dentición secundaria. Al no encontrarse una relación entre el bruxismo y los cambios de dentición que conllevan a una inestabilidad de la oclusión, se puede deducir que el bruxismo depende de otros factores (carga emocional) y no sólo del factor oclusal.

Los niños presentaron más a menudo este desorden que los adultos.

Los hijos de padres bruxistas tuvieron el mayor porcentaje dentro de los antecedentes familiares, esto nos hace pensar que pueden ser dos las causas: 1) Seguir un patrón hereditario y 2) Ser el resultado de una conducta aprendida.

Debido a las tantas y posibles causas del bruxismo se opta por hipotetizar un origen multifactorial que aunado a un factor desencadenante, dé paso a la manifestación clínica del bruxismo.

## RESUMEN

De los 103 niños que integran la muestra, de una población total investigada, fueron clínicamente examinados y diagnosticados con rechinamiento de los dientes.

El número de los niños fue de 60 y de niñas 43, en edades de 3 a 11 años.

La prevalencia del bruxismo en niños fue significativa entre las edades de 3 a 6 años.

El índice de Hétkimo fue utilizado para clasificar a los niños con respecto a los síntomas de disfunción. Se utilizó un vernier para medir la apertura máxima y movimientos en lateralidad derecha e izquierda.

Por edades se encontró el porcentaje más alto a los 5 años en niños con bruxismo.

Otro aspecto de la información recabada fue conocer la actitud adoptada por los niños durante la revisión dental que se llevó a cabo.

Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados para buscar una asociación y posible correlación.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Arnold M. Bruxism and the Oclusion. Dent Clin North Am. 1981. Jul. 25(3) 395-407.
- 2.- Abe, K. and Shimakawua, M. Genetic and developmental -- aspects of sleep-talking and teeth grinding. Acta Paedo psychiatr. 33: 339, 1966.
- 3.- Arlen, H. The otomandibular syndrome. A new concept,-- Ear, Nose Throat J. 56: 26-30, 1977.
- 4.- Egermark-Erikson I., Carlsson G.E., Ingervall B. Prevalence of mandibular dysfunction and orofacial parafunction in 7, 11 and 15 year old swedish children. Eur. J. Orthod. 1981 3(3): 163-72.
- 5.- Claros, A.G. and Rao, S.M. Effects of bruxism, J. Prosthet Dent. August, 1977, Pag. 149.
- 6.- Lindquist, B. Bruxism in children Odontol Rev. 22: 413, 1971.
- 7.- Lindquist: Bruxism and emotional disturbance. Odontol.-- Rev. 23: 231, 1972.

- 8.- Marks, M.B. Bruxism in allergic children. Am. J. ---  
Orthod. 1980, Jan. 77(1): 48-59.
- 9.- Marks, M.B. Recognizing the allergic Am Fam Physician-  
person. 1977, Jul. 16(1): 72-9.
- 10.- Mecklas, J.F. Bruxism-Diagnosis and treatment. J. ---  
Acad. Gen. Dent. 19: 31-36, 1971.
- 11.- Mejias, J.E.; Mehta N.R. Subjetive and Objetive evaluaa  
tion of bruxism patients undergoing short-term plint --  
therapy. Oral Rehabilitation. J. 1982; 9-279: 289.
- 12.- Metha, N.R., Glickman, I., Haddad, A.W. & Roeber, F.W.-  
(1972). Portable electronic sistem for studyng tooth--  
contact patterns in bruxism. International Association  
of Dental Research. Abstract. No. 993.
- 13.- Moss, R.A.; Hammer, D.; Adams, H.E. A more efficient--  
biofeedback procedure for the treatment of nocturnal --  
bruxism.
- 14.- Nadler, S.C.; Bruxism, a classification: Critical reveiw,  
J. Am. Dent. Assoc. 54: 615-622, 1957.

- 15.- Nilner, M. Relationships between oral parafunctions -- and functional disturbances and diseases of the stomatognathic system among children aged 7-14 years. Acta --- Odontol., Scand. 41, 1983.
- 16.- Nilner and Kopps. Distribution by age and sex of functional disturbances and diseases of the stomatognathic-system in 7-18 years olds. Sweden Dent. J. 7: 191-198- (1983).
- 17.- Olkinuora, M. Bruxism, a review of the literature on,- and a discussion of studies of bruxism and its psychogenesis and some new 'psychological hypotheses. Suom ---- Hammaslaak Toim 65: 312, 1969.
- 18.- Powell, R.N. (1965). Tooth contacts during sleep, --- association with other events. Journal of Dental Re--- search, 44: 959.
- 19.- Reding, G.R. Incidence of Bruxism. Journal Dent. Res. 45: 1198, 1966.
- 20.- Reding, G.R.; Rubright, W.E.; Rechtshaffen, A. & Daniels R.S. (1964). Sleep patterns of tooth grinding; its relationship to dreaming, Science, 145, 725.

- 21.- Reimao, R.; Lefevre, A.B. Evaluation of flurazepam and placebo on sleep disorders in childhood. Arq. Neuropsiquiatr. 1982, Mar.; 40(1): 1-13.
- 22.- Reimao, R.; Lefevre, A.B. Prevalence of bruxism in --- childhood. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo, 1982, Oct. 37(5): 228-32.
- 23.- Schulte, J.K.. Bruxism; a review and clinical approach to treatment. North west Dent, 1982, Sep-Oct.; 615: -- 13-8.
- 24.- Solberg, W.K.; Clark, G.T. & Rugh, J.D. (1975). Nocturnal electromyographic evaluation of bruxism patients -- undergoing short term splint therapy. Journal of Oral-Rehabilitation. 2, 215.
- 25.- Thaller, J.L. The use of the Cornell Index to determine the correlation between bruxism and the anxiety state.- J. Periodontol 31; 138, 1960.
- 26.- Shapiro, S. and Shanon, J. Bruxism as an emotional -- reactive disturbance. Ariz. Dent. J. 12: 12-18, 1966.



- 27.- Shafer, Hine, Lew. Physical injuries of the teeth. A text bok of oral Patology; 435-436, 2a. Edition.
- 28.- Wigdonowicz-Makowerowc N. Epidemiologic studies on -- prevalence and etiologic of functional disturbances of the masticatory sistem. J. Prosthetic Dent. 1979, Jan; 41(1); 76-82.
- 29.- Ramfjord, S.P. (1961). Bruxism a clinical and electro-myographic study. Journal of the American Dental Association, 62, 35.

APÉNDICE

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CASO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

GRADO \_\_\_\_\_.

NOMBRE DEL PADRE O MADRE \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE ARTRITIS O REUMATISMO EN LOS PADRES \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE RUIDOS EN LA ATM DE LOS PADRES O HERMANOS \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES DE BRUXISMO \_\_\_\_\_ OTROS DATOS \_\_\_\_\_

ALTURA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO \_\_\_\_\_

HÁBITOS: MORDERSE EL LABIO ( ) MORDERSE LAS UÑAS ( )

MORDERSE EL CARRILLO ( ) MORDER OBJETOS ( )

APRETAR LOS DIENTES ( ) RECHINAR LOS DIENTES ( )

OTROS \_\_\_\_\_

ÍNDICE DE DISFUNCIÓN ANAMNÉSICO (SUBJETIVO)

A.- NO PRESENTA SÍNTOMAS.

B.- SÍNTOMAS LEVES: RUIDOS EN LA ATM.

Sensación de fatiga del maxilar.

Sensación de rigidez del maxilar al despertar o al mover la mandíbula.

Rechinamiento o Apretamiento.

C.- SÍNTOMAS SEVEROS:

Dificultad al abrir mucho la boca. Fijación. Dislocación. Dolor al mover la mandíbula. Dolor de cabeza frecuente. Dolor de oídos o cerca de ellos. Dolor en la región de la ATM o de los -- músculos masticatorios. Nota algún cambio en la manera de morder.

ÍNDICE DE DISFUNCIÓN CLÍNICA

A.- SÍNTOMA: ÍNDICE DE MOVILIDAD.

Apertura máxima \_\_\_\_\_ mm.

Lateral derecha \_\_\_\_\_ mm.

Lateral izquierda \_\_\_\_\_ mm.

B.- SÍNTOMA: FUNCIÓN DETERIORADA DE LA ATM.

Movimiento uniforme sin sonidos de la ATM, ni desviación de más de 2 mm al hacer movimientos de abrir y cerrar la boca.

DSI

C.- SÍNTOMA: DOLOR MUSCULAR

DER.

IZQ.

MASETERO PROFUNDO ( ) ( )

MASETERO SUPERFICIAL ( ) ( )

TEMPORAL ANTERIOR ( ) ( )

TEMPORAL POSTERIOR ( ) ( )

ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO ( ) ( )

PTERIGOIDEO INTERNO ( ) ( )

PTERIGOIDEO EXTERNO ( ) ( )

DIGÁSTRICO ( ) ( )

Sonidos de la ATM en una o en ambas. Y/o desviación de más de 2 mm al abrir o cerrar la boca.

DSII

Fijación y/o dislocación de la ATM.

DSIII

D.- SÍNTOMA: DOLOR EN LA ATM.

Insensibilidad al hacer la palpación	DSI
Sensibilidad en palpación lateral	DSII
Sensibilidad en palpación posterior	DSIII

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

1.- Clasificación de Angle.

a) Clase I	b) Clase II	c) Clase III
------------	-------------	--------------

2.- Patrón de Apertura.

Simétrico ( )	Desviación a la der.( )	izq.( )	Complicado ( )
---------------	-------------------------	---------	----------------

3.- Deslizamiento de R.C. a O.C.

a) No deslizamiento ( )	c) Deslizamiento anterior ( )
b) Deslizamiento derecho ( )	d) Deslizamiento izquierdo ( )

4.- Clasificación del ruido:

		IZQ	DER
1) Apertura temprana		( )	( )
2) Apertura tardía		( )	( )
3) Cierre temprano		( )	( )
4) Cierre tardío		( )	( )
5) Ruido múltiple	( )		
6) Crepitación	( )		

5.- Personalidad del niño:

- |               |     |                    |     |
|---------------|-----|--------------------|-----|
| a) Cooperador | ( ) | b) Poco cooperador | ( ) |
| c) Aprensivo  | ( ) | d) Rebelde         | ( ) |
| e) Retraído   | ( ) |                    |     |

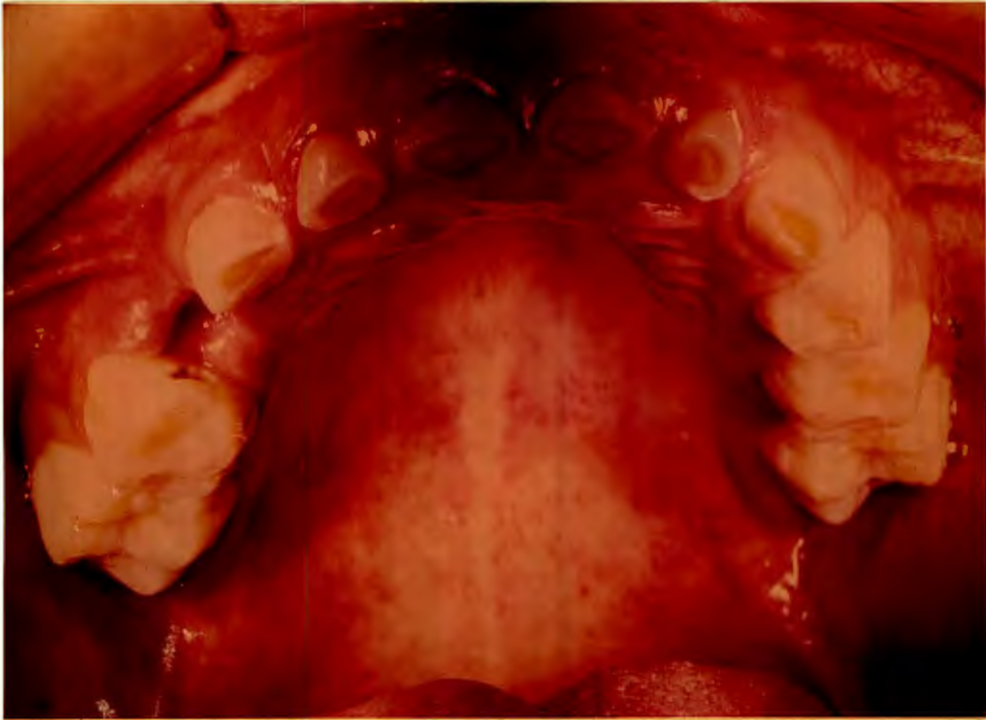
6.- ODONTOGRAMA:

- A) Contactos en trabajo.
- B) Contactos en balance.
- C) Interferencias en balance.

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38



Paciente de 8 años con dentición mixta. Muestra un ligero desgaste en las superficies oclusales de los dientes temporales.



Paciente de 6 años con marcada atrición.



Paciente de 6 años. Muestra un marcado desgaste en las superficies oclusales. Presenta además mordida cruzada posterior del lado izquierdo.