

## Aspectos clinicoepidemiológicos de adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional

Clinical epidemiological aspects of adults with anterior guide of dysfunctional dental occlusion

Mayelín de la Caridad Suárez González<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1486-5481>

Silvia María Díaz Gómez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6314-3434>

Elisa Amparo Núñez Oduardo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7171-8691>

Yoanis Gutiérrez Olives<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4287-9407>

Omelio Fontaine Machado<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4390-9236>

<sup>1</sup>Clínica Estomatológica 3 de Octubre. Las Tunas, Cuba

<sup>2</sup>Clínica Estomatológica Docente Centro. Camagüey, Cuba

<sup>3</sup>Policlínico Gustavo Aldereguía Lima. Las Tunas, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [mcsuarez@ltu.sld.cu](mailto:mcsuarez@ltu.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** Los dientes anteriores tienen una función predominante en el sistema estomatognático, esencial para la estética, la fonación y la masticación.

**Objetivo:** Caracterizar a los adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional según variables clínicas y epidemiológicas.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal, desde octubre de 2021 hasta abril de 2022, en la Clínica Estomatológica Docente 3 de Octubre de Las Tunas. El universo estuvo conformado por 825 historias clínicas que contenían el diagnóstico de pacientes con bruxismo, oclusión traumática y trastornos temporomandibulares, quienes presentaban disfunción de la guía anterior de la oclusión dentaria. Mediante el muestreo no probabilístico intencional, fue seleccionada una muestra de 615 con



fórmula dentaria íntegra o desdentamiento parcial de clase III de Kennedy y atención estomatológica concluida o inactivación de los procesos de caries e inflamatorios agudos.

**Resultados:** Primaron el sexo femenino (54,8 %) y las edades de 40-49 años (33,5 %). El bruxismo prevaleció como diagnóstico clínico (41,9 %) con predominio del correspondiente al sueño (39,1 %), el secundario (51,2 %), el probable (59,7 %) y el moderado (69,4 %); entre sus clasificaciones más relevantes se destacó el sistema estomatognático disfuncional (84,4 %). Las manifestaciones clínicas dentarias predominantes fueron las facetas de desgaste (87,5 %).

**Conclusiones:** La caracterización de los pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional permite establecer una panorámica actualizada de esta problemática de salud para un mejor seguimiento y tratamiento a dichos pacientes.

**Palabras clave:** adulto; oclusión dentaria disfuncional; trastorno temporomandibular; articulación temporomandibular; bruxismo; guía anterior de la oclusión.

## ABSTRACT

**Introduction:** Anterior teeth have a predominant function in the stomatognathic system, essential for the aesthetics, phonation and mastication.

**Objective:** To characterize adults with anterior guide of dysfunctional dental occlusion according to clinical and epidemiological variables.

**Methods:** A descriptive and cross-sectional study, was carried out from October, 2021 to April, 2022, in the 3 de Octubre Teaching Stomatological Clinic from Las Tunas. The universe was formed by 825 medical records that contained the diagnosis of patients with bruxism, traumatic occlusion and temporomandibular disorders who presented anterior guide of the dysfunctional dental occlusion. By means of the intentional non probabilistic sampling, a sample of 615 with entire dental formula or class III partial toothlessness of Kennedy and concluded stomatologic care or inactivation of the cavity and acute inflammatory processes was selected.

**Results:** There was a prevalence of the female sex (54.8%) and the 40-49 age group (33.5%). Bruxism prevailed as clinical diagnosis (41.9%) with prevalence of the



corresponding to sleep (39.1%), secondary (51.2%), probable (59.7%) and moderate (69.4%); among the most outstanding classifications was the dysfunctional stomatognathic system (84.4%). The predominant dental clinical manifestations were the wear facets (87.5%).

**Conclusions:** The characterization of patients with anterior guide of the dysfunctional dental occlusion allows to establish an up-to-date panoramic of this health problem, for a better follow-up and treatment to these patients.

**Keywords:** adult; dysfunctional dental occlusion; temporomandibular disorder; temporomandibular joint; bruxism; anterior guide of the occlusion.

Recibido: 16/08/2023

Aprobado: 05/04/2024

## Introducción

El complejo maxilofacial está compuesto por 3 sistemas: esquelético, muscular y dentario, que en condiciones de armonía funcional proporcionan una oclusión dentaria equilibrada.<sup>(1)</sup>

La oclusión dental es un tema complejo e interesante; diagnosticar alteraciones en esta se considera el punto de partida para el éxito de todo procedimiento restaurador o estético. A partir de su análisis se devolverá la función y la estabilidad adecuada al sistema estomatognático. Es importante conocer cómo funciona la oclusión dental, qué estructuras intervienen, tanto en condiciones estáticas como dinámicas, así como comprender el papel que desempeñan cada una de las estructuras dentarias anteriores y posteriores en la oclusión y la desclusión; por lo tanto, durante la rehabilitación bucal se busca devolver al paciente la estética, pero sobre todo, la función.<sup>(2)</sup>

De hecho, los dientes anteriores son quizás el factor más importante en la rehabilitación bucal. Estos tienen una función predominante en el sistema



estomatognático, debido a que son esenciales para la estética, la fonación y la masticación, además de su valor funcional al proteger a los dientes posteriores durante los movimientos mandibulares libres.<sup>(1)</sup>

Para reconstruir en su totalidad el sistema estomatognático, también los dientes anteriores conforman el factor decisivo. En la dentición primaria y luego en la permanente, los órganos dentales que primero erupcionan son los incisivos centrales. Por ello, después de la relación céntrica, la guía anterior es la determinación más significativa cuando se restaura la oclusión dentaria. El éxito o fracaso de muchos tratamientos dependen de dicha guía anterior.<sup>(3)</sup>

Cabe destacar que la guía anterior es una determinante de la oclusión dentaria y responsable de programar la función masticatoria, al ser los dientes anteriores más sensitivos con implicación en la estética y la fonación. No solo constituye una pauta exigente para los estudiosos de denticiones permanentes íntegras, sino que se convierte en algo difícil para los que incursionan en procederes de rehabilitación.<sup>(4)</sup>

Se afirma que existe una buena guía anterior, cuando al realizar el movimiento de lateralidad se produce una desoclusión del sector posterior (apertura o separación de los molares y premolares en movimientos excéntricos), lo cual provoca que las cúspides o puntas de los caninos inferiores resbalen sobre la cara palatina de los caninos superiores, con total apertura en el sector posterior. A este proceso se le denomina guía canina, integrada por los mejores exponentes de fuerza, precisión y orden en el movimiento de lateralidad derecho e izquierdo, debido al cuerpo coronario del canino y su situación sobre un prominente hueso cortical.<sup>(5)</sup>

En la bibliografía médica consultada abundan las discusiones desarrolladas en el campo de la oclusión dentaria, esquemas oclusales, filosofías y métodos de restauración de oclusiones dañadas o desgastadas; lo que ha sido de una naturaleza compleja, por lo que los estudios sobre el tema se muestran complicados, para los estudiantes de las Ciencias Estomatológicas, tanto de pregrado como de posgrado.<sup>(2,3)</sup>

Actualmente, las manifestaciones epidemiológicas de las alteraciones de la oclusión dentaria resultan significativas. La Organización Mundial de la Salud<sup>(6)</sup> informa que los trastornos oclusales son hallazgos frecuentes en las consultas de estomatología. Manfredini *et al*,<sup>(7)</sup> dieron a conocer cifras entre 22,1 y 31,0 % de afectación de la



población mundial y citan datos de la Organización Panamericana de Salud, los cuales reflejan que las interferencias dentarias afectan a más de 80 % de las poblaciones en Latinoamérica y constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas estomatológicas. Lo anterior tiene similitud con las consultas de estomatología de la provincia de Las Tunas, donde es frecuente la visita de pacientes con alteraciones en la oclusión y sus devastadoras consecuencias para todo el sistema estomatognático.

Cárdenas *et al*,<sup>(3)</sup> afirman que 72,0 % de los pacientes examinados presentaron guía anterior disfuncional. Por su parte, Haro<sup>(8)</sup> difiere de este resultado al mostrar 56,7 % de los pacientes estudiados con guía incisiva; además, expone que la presencia de esta guía funcional influye en la ausencia de dolor en los movimientos de apertura y cierre. En este estudio se expresa la ausencia de la guía canina y de la función en grupo en 36,7 y 56,7 % de los individuos, respectivamente. Según los datos expuestos, la presencia o ausencia de una guía canina no es el único factor influyente en la aparición de ruidos articulares, ni tampoco en el dolor presente en los movimientos de apertura y cierre.

En Las Tunas existen insuficiencias en la actualización de esta situación de salud, y dado este problema surge la necesidad de contar con una panorámica que facilite tanto el tratamiento como el seguimiento de los afectados.

Sobre la base de las consideraciones anteriores se realizó la presente investigación con el objetivo de caracterizar a los adultos con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional según variables clínicas y epidemiológicas.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en la Clínica Estomatológica Docente 3 de Octubre de Las Tunas, desde octubre de 2021 hasta abril de 2022. El universo estuvo conformado por 825 historias clínicas que contenían el diagnóstico de pacientes con bruxismo, oclusión traumática y trastornos temporomandibulares con disfunción de la guía anterior de la oclusión dentaria. El diagnóstico clínico permitió



seleccionar una muestra, mediante muestreo no probabilístico intencional, de 615 con fórmula dentaria íntegra o desdentamiento parcial de clase III de Kennedy, atención estomatológica concluida o inactivación de los procesos de caries e inflamatorios agudos.

Las variables epidemiológicas estudiadas fueron edad y sexo (biológico).

Para la realización de este estudio fueron preparados 6 estomatólogos, a quienes se les ofrecieron las orientaciones precisas para los diagnósticos según los elementos clasificatorios generales descritos en la bibliografía, no concebidas en la estructura del documento legal. Estos datos fueron recolectados en una planilla que se anexó a la historia clínica de prótesis estomatológica.

Se tuvieron en cuenta los diagnósticos clínicos de bruxismo, oclusión traumática (primaria y secundaria) y trastornos temporomandibulares de la siguiente manera:

#### Tipos de bruxismo

- Según el momento o asociación con el ritmo circadiano: de vigilia, del sueño, mixto o con ambas manifestaciones
- Según la etiopatogenia: primario o idiopático, secundario o iatrogénico
- Según el valor de la muestra: posible, probable y definitivo
- Acorde con la evolución clínica del bruxismo: leve, moderado y severo

Disfunción o trastorno de la articulación temporomandibular: sin disfunción (no presenta) y con disfunción (leve, moderada y severa), atendiendo al índice anamnésico simplificado de Fonseca (IASF). El IASF es un cuestionario conformado por 10 preguntas (ítems) con 3 opciones de respuesta: sí, con un valor de 10 puntos; a veces, 5 puntos, y no, equivalente a 0 puntos. La calificación final se determina por la suma de los puntos de cada ítem y se establece la siguiente clasificación: no presenta, leve, moderada y severa.

- Sin disfunción: puntuación obtenida según el índice entre 0 y 20 puntos.



- Con disfunción: puntuación obtenida según el índice en el rango de 20 a 100 puntos.

#### Funcionalidad del sistema estomatognático

- Funcional: cuando existe ausencia de dolor muscular y en las estructuras dentarias presentes, eficacia masticatoria referida, satisfacción estética por parte del paciente, libertad de los movimientos mandibulares y estabilidad en la posición de máxima intercuspidadación.
- Disfuncional: al menos uno de los elementos citados no se cumple.

Manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognático: se consideró como una dimensión que incluyó las siguientes variables: facetas de desgaste, fractura de dientes a repetición, obturaciones y restauraciones protésicas desplazadas, hiperestesia dentinal recurrente o eventual, movilidad dentaria, interferencias, sobrecargas y desdentamiento.

Se diseñó y confeccionó una planilla de recolección de datos para la historia clínica de prótesis estomatológica, que permitió la recolección de información de valor no concebida en la estructura del documento legal, obtenida a partir del interrogatorio y el examen físico. Se diseñó una base de datos con la ayuda del paquete estadístico SPSS v 25.0 para Windows, que permitió el cálculo de medidas de resumen para las variables estudiadas (número absoluto y porcentaje).

La investigación fue aprobada por el Consejo Científico de la Facultad de Estomatología de la Universidad de las Ciencias Médicas de Las Tunas y el Comité de Ética de la Investigación de dicha institución. Se respetaron los principios promulgados en la Declaración de Helsinki, aunque no se realizaron ensayos ni experimentos.



## Resultados

En el estudio hubo un predominio de las féminas con 54,8 % y las edades de 40 a 49 años con 33,5 %. El diagnóstico clínico que prevaleció fue el bruxismo en 41,9 % de los pacientes (tabla 1).

**Tabla 1.** Pacientes según diagnóstico clínico y edad

Grupos de edades (en años)	Diagnóstico clínico						Total	
	Bruxismo		Oclusión traumática		Trastornos temporomandibulares		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
18 - 28	23	3,7	27	4,4	24	3,9	74	12,0
29 - 39	47	7,6	9	1,5	15	2,4	71	11,5
40 - 49	111	18,0	19	3,1	76	12,4	206	33,5
50 - 59	49	8,0	46	7,5	75	12,2	170	27,6
60 o más	28	4,5	41	6,7	25	4,1	94	15,3
<b>Total</b>	<b>258</b>	<b>41,9</b>	<b>142</b>	<b>23,1</b>	<b>215</b>	<b>35,0</b>	<b>615</b>	<b>100,0</b>

Según la clasificación general del bruxismo, en la tabla 2 se muestra una supremacía de los siguientes tipos: del sueño (39,1 %), secundario (51,2 %), probable (59,7 %) y moderado (69,4 %).

**Tabla 2.** Pacientes según clasificación general del bruxismo

Tipos de bruxismo	Pacientes	
	No.*	%
<b>Concepción circadiana</b>		
Bruxismo de vigilia	89	34,5
Bruxismo del sueño	101	39,1
Ambas manifestaciones	68	26,4
<b>Concepción etiopatogenia</b>		
Primario	126	48,8
Secundario	132	51,2
<b>Concepción diagnóstica</b>		
Posible	102	39,5
Probable	154	59,7
Definitivo	2	0,8
<b>Concepción clínica y anamnésica</b>		
Leve	45	17,4
Moderado	179	69,4
Severo	34	13,2

\*N= 258

En la investigación se observó además, que de acuerdo con elementos clasificatorios generales de la oclusión traumática, existió un predominio de la secundaria con 58,4 % y en relación con la funcionalidad del sistema estomatognático en los pacientes



estudiados fue evidente la preponderancia de los sistemas disfuncionales en 84,4 %. En la tabla 3 se muestran las manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognático, donde prevalecieron las facetas de desgaste en 87,5 %.

**Tabla 3.** Manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognático

Manifestaciones clínicas dentarias	Fa*	%
Facetas de desgaste	538	87,5
Fractura de dientes	410	66,7
Fractura de dientes a repetición	258	41,9
Obturaciones y restauraciones protésicas desplazadas	400	65,0
Hiperestesia dentinaria	371	60,3
Movilidad dentaria	75	12,2
Interferencias	478	77,7
Sobrecargas	270	43,9
Desdentamiento	383	62,3

Fa:\* Frecuencia absoluta

N= 615

## Discusión

El reto actual para la estomatología es, en primer lugar, evitar el daño y, en segundo, una vez rehabilitado el paciente, mantener la salud y la función en personas con una esperanza de vida cada vez mayor.

Tal como se ha visto, en este estudio predominó el sexo femenino con 54,8 %, lo cual coincide con los resultados de Jorna *et al*,<sup>(9)</sup> quienes obtuvieron 64,7 %. Herrera y Núñez<sup>(10)</sup> refieren que otros autores como Alcolea, Ardizzone y Fieramosca, no informan diferencias significativas en cuanto al sexo, lo que pueden corroborar teniendo en cuenta su experiencia personal.

El grupo etario que tuvo mayor incidencia en este estudio fue el de 40 a 49 años. Los autores consideran que el proceso de envejecimiento se caracteriza por cambios continuos en todos los tejidos, órganos y sistemas de órganos del individuo; en consecuencia, las características oclusales se modifican con la edad, fenómeno del que no queda libre la guía anterior de la oclusión.

Al respecto, Herrera y Núñez<sup>(10)</sup> refieren que existen investigaciones donde se corrobora que en los adultos el intervalo de edad de mayor afectación es el comprendido entre 20 y 40 años, el cual disminuye a medida que avanza la edad. Esto



está asociado a que, en este rango de edad, coinciden las mayores actividades intelectuales y responsabilidades del individuo en su rol social, entre otros aspectos.

Por otro lado, en esta casuística prevalecieron los pacientes con diagnóstico clínico de bruxismo (41,9 %), lo cual concuerda con los resultados obtenidos por Cardentey *et al.*<sup>(11)</sup> quienes demostraron que 77,0 % de los pacientes con bruxismo presentaron disfuncionalidad de la guía anterior de la oclusión dentaria. Noguera *et al.*<sup>(12)</sup> en su investigación concluyen, que de los pacientes estudiados con trastornos temporomandibulares, 53,3 y 73,3 % presentaron bruxismo y oclusión traumática, respectivamente.

Ahora bien, entre las clasificaciones de bruxismo utilizadas en el estudio tuvieron mayor incidencia: del sueño (39,1 %), secundario (51,2 %), probable (59,7 %) y moderado (69,4 %). Resultó oportuno abordar esta clasificación en el estudio, pues como el bruxismo fue el diagnóstico predominante, se pudieron apreciar sus manifestaciones clínicas según cada caso con la guía de la oclusión disfuncional y además, permitió realizar un análisis casuístico al ubicarse en contexto las posibles alteraciones que se suscitan en unos individuos más que en otros.

Köstner *et al.*<sup>(13)</sup> refieren en su investigación, la prevalencia del bruxismo del sueño en 47,0 % de los pacientes examinados, mientras que Manfredini *et al.*<sup>(7)</sup> informan una variabilidad de 3,5 a 40,6 %, y refieren que esta variación está dada por las diversas metodologías de investigación, así como los criterios utilizados para identificarla. El bruxismo del sueño se caracteriza por los movimientos excéntricos de la mandíbula, lo que produce desgastes más agresivos en las estructuras dentarias fuera del área de la oclusión céntrica y afectación de la guía anterior de la oclusión.

Sobre el bruxismo secundario Muñoz *et al.*<sup>(14)</sup> refieren en su investigación, que la concepción del bruxismo en odontología ha evolucionado en el tiempo. En el pasado, los factores morfológicos, tales como las discrepancias oclusales y la anatomía de las estructuras orofaciales eran consideradas como su principal agente causal. En la actualidad, de acuerdo con la evidencia científica disponible, existe un consenso respecto a la patogenia multifactorial del bruxismo, donde los factores periféricos (morfológicos) ocupan un menor rol o incluso inexistente y concurren factores centrales (patofisiológicos y psicológicos) involucrados en gran medida en su génesis.



Según estos mismos autores, se ha señalado al bruxismo como un efecto secundario al consumo de drogas, que va desde 50,0 a 89,0 %. Además, plantean que cuando el bruxismo ocurre en presencia de trastornos mentales o neurológicos, tales como el parkinson, la depresión y la esquizofrenia, o bien, cuando ocurre como consecuencia del uso de algunos fármacos o drogas, se le conoce como bruxismo secundario y lo describen asociado con tratamientos farmacológicos que actúan en el sistema dopaminérgico.

En ese sentido, es importante señalar que las enfermedades sistémicas o carenciales modifican la evolución del bruxismo, al afectar la relaciones de oclusión dentaria tanto en el sector anterior como posterior, lo que repercute en los dientes anteriores, los cuales salen del plano de oclusión, relaciones de contactos prendadas de interferencias e incluso movilidad dentaria, con notables consecuencias en la guía anterior de la oclusión.

Mendiburu *et al*,<sup>(15)</sup> obtienen que 47,1% de la población presenta probable bruxismo, aspecto que coincide con el presente estudio, al mostrar desgaste en las superficies oclusales e incisales de los pacientes, además de su informe en la anamnesis realizada a dichos pacientes.

Una investigación efectuada en Chile por Von *et al*<sup>(16)</sup> con alumnos de la carrera de Odontología muestra 55,0 % de bruxismo moderado en la féminas y 71,4 % en los varones, aspecto que se asemeja con el presente estudio. Estos resultados son una señal de alerta en cuanto a la salud bucal, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas en estos pacientes como desgastes dentarios, pérdida de restauraciones y dientes, así como dolor muscular; los dientes implicados cuentan con una anatomía más reducida, vulnerable y ellos son la guía para los movimientos libres de la mandíbula, lo cual muestra la integridad de la guía anterior de la oclusión.

De los pacientes examinados con guía anterior de la oclusión disfuncional, de acuerdo con elementos clasificatorios generales para la oclusión traumática, existe un predominio de la secundaria con 58,4 %. Similares resultados se obtienen en un estudio realizado en la provincia de Granma,<sup>(12)</sup> donde 46,6 % de los pacientes estudiados presentaron oclusión traumática secundaria y de estas, 37,7 % disfunción temporomandibular. Estos autores refieren que, al relacionarlo con la edad, a medida



que esta aumenta es más frecuente la enfermedad periodontal, que lleva a migraciones dentarias asociada a la falta de dientes en las arcadas, lo que provoca el establecimiento de nuevas relaciones de contacto y, por ende, no existe incidencia de la forma correcta de las fuerzas oclusales.

En un estudio de pacientes con diagnóstico de trauma oclusal secundario realizado por Torres *et al*,<sup>(17)</sup> se muestra mayor afectación en cuanto a la variable movilidad dental en 98,09 %, aspecto que puede deberse a alguna fuerza masticatoria inadecuada o algún deterioro del tejido de soporte que se presenta en estos afectados. Al describirse la funcionalidad del sistema estomatognático en los pacientes estudiados, es evidente la superioridad de los sistemas disfuncionales en 84,4 %. Resultados similares obtuvieron Hernández *et al*<sup>(18)</sup> en un estudio de ancianos con disfuncionalidad del sistema estomatognático, quienes presentaron pérdida dentaria no restituida (55,3 %), seguida de las interferencias oclusales (43,7 %), las cuales constituyen factores de riesgo a tener en cuenta para devolver la funcionalidad al sistema estomatognático.

En cuanto a las manifestaciones clínicas dentarias en el sistema estomatognático, predominaron las facetas de desgaste en 87,5 % de los pacientes. Asimismo, Hernández *et al*,<sup>(19)</sup> concluyen que 100 % de los pacientes estudiados presentan dichas manifestaciones. De igual manera, en un estudio realizado en la provincia de Las Tunas por Jorna *et al*,<sup>(9)</sup> se muestra que en 96,7 % de los pacientes predominan las facetas de desgaste. Por su parte, San Juan y Nápoles<sup>(20)</sup> en su estudio reconocen los patrones no funcionales de desgaste oclusal como la manifestación clínica dentaria más prevalente.

La investigación se limitó a realizar un estudio por historias clínicas de los pacientes que acudieron a consulta con esta afección, lo cual sirvió como punto de partida para diseñar y poner en práctica un protocolo de atención específico para estos, según el nivel de atención que corresponda.

Se concluye que la caracterización de los pacientes con guía anterior de la oclusión dentaria disfuncional permite establecer una panorámica actualizada de este problema de salud para un mejor seguimiento y tratamiento a los afectados.



## Referencias bibliográficas

1. Apodaca Lugo A. Fundamentos de oclusión. 2004. México, DF: Instituto Politécnico Nacional; 2021 [citado 12/01/2023]. Disponible en: <https://dokumen.tips/download/link/fundamentos-de-oclusion-5584bc292cb7c.html>
2. Vedia Michel SA. Restablecimiento de la oclusión dental con resinas compuestas. Orbis Tertius UPAL. 2022 [citado 12/01/2023];6(11):125-39. Disponible en: <https://biblioteca.upal.edu.bo/htdocs/ojs/index.php/orbis/article/view/117/204>
3. Cárdenas Erosa R, Mendiburu Zavala CE, Cortes Carrillo D, Navarro Zapata D, Lugo Ancona P. Guía Anterior como factor etiológico del dolor de la articulación temporomandibular. IntraMed J. 2012 [citado 12/01/2023];1(3):1-6. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=80237>
4. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 8 ed. España: Elsevier; 2019 [citado 12/01/2023]. Disponible en: <https://www.edicionesjournal.com/catalogo/catalogo.pdf>
5. Osorio Ayala LD, Paredes Tenesaca DP, Parra Calle MJ, Pesández Ibarra MJ, Yunca Picón MY, Barzallo Sardi V. Importancia de la guía anterior en el tratamiento de ortodoncia: Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2020 [citado 12/01/2023]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-61/>
6. Organización Mundial de la salud. Salud bucodental. Ginebra: OMS; 2022 [citado 12/01/2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/oral-health>
7. Manfredini D, Ahlberg J, Wetselaar P, Svensson P, Lobbezoo F. The bruxism construct: From cut-off points to a continuum spectrum. J Oral Rehabil. 2019; 46(11):991-7.
8. Haro Espinosa DR. Relación entre la ausencia de guías funcionales y los trastornos temporomandibulares en estudiantes de la carrera de Odontología en la Universidad Nacional De Chimborazo [Tesis]. Perú: Universidad Nacional De Chimborazo; 2019.



9. Jorna Corrales L, Rodríguez González Y, Ureña Espinosa M. Caracterización de pacientes bruxópatas de un consultorio médico del municipio Las Tunas. Sinergia Académica. 2022 [citado 10/03/2023];5(1):1-11. Disponible en: <http://www.sinergiaacademica.com/index.php/sa/article/view/68/525>
10. Herrera López IB, Núñez Concepción YL. Bruxismo del sueño. Medimay. 2018 [citado 13/03/2023];25(2). Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1239/1564>
11. Cardentey García J, González García X, Gil Figueroa BV, Piloto Gil B. Risk factors associated with bruxism in older adults in a health area. Rev. cienc. méd. Pinar Río. 2017 [citado 12/01/2023];21(5):669-76. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2017/rcm175i.pdf>
12. Noguera Planas MR, Molinet Mompié GI, Diz Suárez GC. Oclusión traumática y Bruxismo en la Disfunción Temporomandibular. Multimed (Bayamo). 2017 [citado 17/03/2023];19(6). Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/431/689>
13. Köstner Uribe S, Brunet Echavarría J, Tapia Vargas A. Trastornos de sueño asociados a bruxismo de sueño en niños entre 3 y 6 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor de Santiago, Chile. Av Odontoestomatol. 2019 [citado 20/07/2023];35(2):83-91. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852019000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852019000200005&lng=es)
14. Muñoz López D, Bogueño Valdebenito IM, Romo Ormazábal F, Garrido Urrutia C. Bruxismo secundario al consumo recreacional de éxtasis: Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat. 2015 [citado 20/03/2023];9(2):213-8. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2015000200006&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000200006&lng=es)
15. Mendiburu Zavala CEPS, Naal Canto AA, Peñaloza Cuevas R, Carrillo Mendiburu J. Probable bruxismo y calidad de vida relacionada con la salud oral. Odovtos. 2022 [citado 12/01/2023];24(2):164-75. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2215-34112022000200164](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-34112022000200164)



16. Von Bischoffshausen-p K, Wallem-H A, Allendes- A A, Díaz-M R. Prevalencia de bruxismo y estrés en estudiantes de Odontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Int. J. Odontostomat. 2019 [citado 20/03/2023];13(1):97-102. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2019000100097&lng=es](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2019000100097&lng=es)
17. Torres Cárdenas YJ, Chávez Reátegui BC, Manrique Chávez JE. Características clínicas periodontales de piezas con diagnóstico de trauma de oclusión secundario. Rev Estomatol Herediana. 2016 [citado 12/01/2023];26(1):13-9. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/2816/2677>
18. Hernández Reyes B, Lazo Nodarse R, Bravo Cano O, Quiroz Aliuja Y, Domenech La Rosa L, Rodríguez Ramos S. Trastornos temporomandibulares en el sistema estomatognático del paciente adulto mayor. AMC. 2020 [citado 20/07/2023];24(4):e7426. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000400003&lng=es)
19. Hernández Reyes B, Lazo Nodarse R, Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Rodríguez Ramos S, Bravo Cano O. Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático. AMC. 2019 [citado 22/03/2023];23(3):309-18. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000300309&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000300309&lng=es)
20. San Juan Ortiz A, Nápoles Rodríguez NC. Efectividad de la fisioterapia como tratamiento coadyuvante del bruxismo. Opuntia Brava. 2022 [citado 17/07/2023];14(2):224-36. Disponible en: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1579/1786>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses que impida la presentación de este trabajo.



### **Contribución de los autores**

Mayelín de la Caridad Suárez González: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción borrador original, redacción-revisión y edición; participación: 50%.

Silvia María Díaz Gómez: curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión, redacción-revisión y edición. Participación: 20%

Elisa Amparo Núñez Oduardo: curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión; participación: 10%.

Yoanis Gutiérrez Olives: curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión; participación: 10%.

Omelio Fontaine Machado: curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión; participación: 10%.

