



ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo asociados al bruxismo en adultos mayores de un área de salud

Risk factors associated with bruxism in older adults in a health area

Juan Cardentey García ¹, Xiomara González García ², Bertha Vivian Gil Figueroa ³, Anisley Bárbara Piloto Gil⁴

¹ Estomatólogo. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y de Primer y Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Salud Bucal Comunitaria y Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas. Pinar del Río. Cuba. cardentey@infomed.sld.cu

² Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. Investigadora Agregada. Dirección Municipal de Salud. Pinar del Río. Cuba. artilledo@infomed.sld.cu

³ Médica. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en enfermedades infecciosas. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Universidad de Ciencias Médicas. Pinar del Río. Cuba. marysoto@infomed.sld.cu

⁴ Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Salud Bucal y Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. Clínica Estomatológica Ormani Arenado Llonch. Pinar del Río. Cuba. lianaliss@infomed.sld.cu

Recibido: 5 de abril de 2017

Aprobado: 31 de agosto de 2017

RESUMEN

Introducción: el bruxismo representa una de las alteraciones para funcionales más prevalente, compleja y destructiva de los desórdenes de la cavidad bucal en adultos mayores.

Objetivo: describir factores de riesgo asociados al bruxismo en adultos mayores de un área de salud.

Método: se realizó una investigación observacional, analítica de caso-control, transversal, en la consulta de prótesis estomatológica del área de salud Policlínico Universitario Raúl Sánchez Rodríguez de Pinar del Río, en el período de julio a diciembre del 2016. El universo estuvo constituido por 9 388 pacientes, seleccionándose una muestra de 408 individuos a través un muestreo aleatorio simple y dividida en dos grupos: uno experimental integrado por 204 bruxópatas (grupo estudio), y otro conformado por la misma cantidad de individuos aparentemente sanos (grupo control).

Resultados: predominó el nivel de escolaridad alto en ambos grupos (estudio y control) con 57,4% y 56,9% respectivamente. En el grupo de estudio prevalecieron la disfuncionabilidad de la guía anterior (77 %), hábito tabáquico con 76,5 %, presencia de interferencias oclusales (64,2 %), así como las maloclusiones en el 71,1% de los pacientes.

Conclusiones: algunos factores de riesgo tuvieron relación significativa con el bruxismo en pacientes, siendo necesario estimar la influencia de cada una de ellas en la probabilidad de padecer dicho trastorno para así lograr controlar sus riesgos y daños a la salud.

DeCS: HÁBITO DE FUMAR; BRUXISMO; ANCIANO; MALOCLUSIÓN.

Objective: to describe risk factors associated with bruxism in older adults in a health area.

Method: an observational, case-control, cross-sectional analytical investigation was carried out in the stomatological prosthesis of the Raul Sánchez Rodríguez University Polyclinic of Pinar del Río, from July to December 2016. The universe consisted of 9388 patients, a sample of 408 individuals being selected through a simple random sampling and divided into two groups: one experimental group composed of 204 bruxopaths (study group), and another consisting of the same number of apparently healthy individuals (control group).

Results: a high level of schooling in both groups (study and control) predominated with 57.4 % and 56.9 %, respectively. In the study group, dysfunction of the front guide (77 %), smoking habit with 76.5 %, presence of occlusal interference (64.2 %), and malocclusion in 71.1% of patients prevailed.

Conclusions: some risk factors were significantly related to bruxism in AM patients, and it is necessary to estimate the influence of each one on the probability of suffering from this disorder in order to control their risks and damages to health.

DeCS: SMOKING; BRUXISM; AGED; MALOCCCLUSION.

ABSTRACT

Introduction: bruxism represents one of the most prevalent, complex and destructive parafunctional alterations of disorders of the oral cavity in older adults.

INTRODUCCIÓN

El hábito de apretamiento y rechinado de los dientes con movimientos que hacen contactos sin propósitos funcionales diurnos y/o nocturnos, presentando distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo y realizado de manera inconsciente, es conocido como

bruxismo, considerado como un exponente mutilador del sistema estomatognático.^{1,2}

El bruxismo representa una de las alteraciones parafuncionales más prevalente, compleja y destructiva de los desórdenes de la cavidad bucal,¹ afectando del 15 al 23 % de la población adulta, aunque un estudio realizado por Díaz Gómez³ asevera que el 80 % de la población en general tiene al menos un signo clínico de parafunción.

En Cuba dicha alteración representa un problema sanitario por su alta prevalencia y repercusión en el bienestar físico y psicológico del organismo, describiéndose una prevalencia del bruxismo en 79% de pacientes en Ciudad de la Habana⁴ y 75 % en la población pesquisada del municipio Consolación del Sur, Pinar del Río.¹

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial. Este hecho está presente tanto en países desarrollados donde los ancianos constituyen aproximadamente el 20 % de la población, y en aquellos en vías de desarrollo donde viven alrededor de las tres cuartas partes de este grupo poblacional,⁵ incrementándose con ello las patologías y afecciones estomatológicas en adultos mayores (AM) que precisan de consulta especializada, tratamiento y seguimiento.

Asociado a ello existe una variedad de criterios actualmente relacionados con la etiopatogenia del bruxismo en AM, unido a condiciones psicosociales y patológicas como el envejecimiento, estrés, así como consumo de alcohol, tabaco, drogas y algunos medicamentos.

La oportuna identificación de factores de riesgo en AM es importante para su correcto diagnóstico,⁶ por lo que deben ser pesquisados en cada área de salud o servicio estomatológico para desarrollar estrategias de intervención poblacional e individual que disminuyan su incidencia, posibilitando con ello incluir regímenes

preventivos dentro de los planes terapéuticos indicados a AM.

Diariamente acuden a las clínicas estomatológicas AM bruxópatas aquejados de dolor, molestias y con mutilaciones en las estructuras dentarias con gran afectación estética, buscando en algún momento precisar con exactitud las causas del padecimiento que los aqueja.

Los escasos estudios sobre la temática, así como la necesidad de predecir tempranamente los riesgos asociados al bruxismo en AM, motivaron el desarrollo de la presente investigación con el objetivo de describir factores de riesgo asociados al bruxismo en AM de un área de salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación observacional, analítica de caso-control, transversal, en la consulta Prótesis Estomatológica del área de salud Policlínico universitario Raúl Sánchez Rodríguez de Pinar del Río, en el período de julio a diciembre del 2016.

El universo estuvo constituido por los 9 388 pacientes que acudieron a consulta, seleccionándose una muestra de 408 individuos a través un muestreo aleatorio simple y dividida en dos grupos: uno experimental integrado por 204 bruxópatas (grupo estudio), y otro conformado por la misma cantidad de individuos aparentemente sanos (grupo control).

Se incluyeron en el estudio los AM de ambos sexos que expresaran su consentimiento informado para participar en la investigación, excluyéndose los pacientes con enfermedad mental o sistémica grave que imposibilitara la participación y asistencia a las consultas planificadas, así como los que no estuvieron de acuerdo con participar en la

misma, cumpliéndose en todo momento con los principios bioéticos para el estudio con seres humanos.

En un primer momento se establecieron las coordinaciones de trabajo necesarias para la organización en la citación de todos los pacientes en estudio. Posterior a ello se determinó el diagnóstico del bruxismo por la presencia de facetas de desgastes no funcionales en dientes anteriores y posteriores, así como la presencia de uno de los siguientes criterios: sonidos audibles referidos, fracturas de dientes y restauraciones, hipertrofia de los músculos masticatorios masetero y temporal, exóstosis, dolor muscular, dolor en la articulación temporomandibular y movilidad dentaria en las primeras horas de la mañana.²

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de un instructivo en forma de Historia Clínica, empleada en la consulta de Prótesis Estomatológica de dicha área de salud, validada por criterios de expertos mediante el método Delphi,⁷ estudiándose las variables presentes: nivel de escolaridad, funcionalidad de la guía anterior, hábito tabáquico, interferencias oclusales y maloclusiones.

El análisis de los resultados se realizó utilizando estadística analítica para cada variable y grupo de estudio expresado en frecuencias absolutas y relativas, con el propósito de resumir la información para presentar tablas. Para el procesamiento de la misma se creó una base de datos con el programa Statgraphics Plus.

Para buscar la posible influencia de las diferentes variables sobre la aparición del bruxismo se realizó una regresión logística simple o análisis univariado entre cada una de las variables explicativas (independientes) y la variable de respuesta (dependiente), mediante la prueba no paramétrica ji cuadrado con asociación significativa ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Predominó el nivel de escolaridad alto en ambos grupos (estudio y control) con (57,4% y 56,9%) respectivamente, resultando proporcionales los diferentes niveles ($p=0,871$). (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según nivel de escolaridad. Policlínico universitario Raúl Sánchez Rodríguez. Pinar del Río. Julio-diciembre 2016.

(Nivel de escolaridad)	Grupo estudio (n=204)		Grupo control (n=204)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	87	42,6	88	43,1	175	42,9
Alto	117	57,4	116	56,9	233	57,1

El 77 % de los pacientes bruxópatas presentaron disfuncionabilidad de la guía anterior, mientras que en el grupo control se encontró en un 79,4 % de los pacientes ($p=0,936$). (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de los pacientes según funcionalidad de la guía anterior.

Guía anterior	Grupo estudio (n=204)		Grupo control (n=204)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Funcional	47	23,1	42	20,6	89	21,8
Disfuncional	157	76,9	162	79,4	319	78,2

Predominó el hábito tabáquico en los grupos de estudio y control con 76,5 % y 87,7 % respectivamente, resultando significativo dicho factor de riesgo para el bruxismo ($p=0,001$) (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización de los pacientes según presencia de hábito tabáquico

Hábito tabáquico	Grupo estudio (n=204)		Grupo control (n=204)		Total	
	No	%	No	%	No	%
Si	156	76,5	179	87,7	335	82,1
No	48	23,5	25	12,3	73	17,9

La presencia de interferencias oclusales resultó superior en el grupo de estudio (64,2 %) a la de los controles (35,2 %), resultando estadísticamente significativo ($p=0,004$) (Tabla 4).

Tabla 4. Presencia de interferencias oclusales en pacientes estudiados.

Interferencias oclusales	Grupo estudio (n=204)		Grupo control (n=204)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	131	64,2	72	35,3	203	49,8
No	73	35,8	132	64,7	205	50,2

El 71,1% de los pacientes del grupo estudio presentaron maloclusiones, mientras que el grupo control lo evidenció el 26,9% de los pacientes, con una estrecha relación entre esta variable y el diagnóstico. ($p=0,001$) (Tabla 5).

Tabla 5: Caracterización de los pacientes según presencia de maloclusiones

Maloclusiones	Grupo estudio (n=204)		Grupo control (n=204)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	145	71,1	55	26,9	200	49,1
No	59	28,9	149	73,1	208	50,9

DISCUSIÓN

El nivel escolar resultó factor de riesgo en AM tras aplicar los métodos de regresión logística, coincidiendo con otras investigaciones, ^{1,8} y difiere de los resultados encontrados por Alcolea Rodríguez et al ⁹ al comprobar asociación estadística en esta variable con el grupo estudio, afirmando que los individuos con alto nivel de escolaridad tenían más probabilidades de padecer bruxismo.

Aun cuando la funcionabilidad de la guía anterior no resultó un factor de riesgo significativo para el bruxismo en AM, la experiencia del presente trabajo realizado recopiló evidencia científica en investigación aplicada, demostrando el rol fundamental de este factor en el desgarramiento del sistema estomatognático y la consiguiente aparición del hábito parafuncional.

Se coincide con fundamentos avalados por Delgado Izquierdo et al, ¹⁰ quienes expresan que al buscar salud del sistema estomatognático en AM hay que pensar primero en los dientes anteriores y en su acoplamiento correcto, pues sin esta condición no puede existir desoclusión posterior, elementos a examinar en la evaluación de la oclusión dentaria.

Un estudio realizado por Cárdenas Erosa et al, ¹¹ reporta que el 72 % de los pacientes examinados presentó guía anterior disfuncional unido a signos y síntomas de bruxismo y disfunción, resultados en cifras similares a la presente investigación. Es por ello que, desde las consultas de atención estomatológica en AM, deben pesquisarse y prevenirse dicho factor de riesgo.

Algunas investigaciones clínicas y de laboratorio han demostrado que el consumo de tabaco representa un riesgo para la salud con gran influencia negativa en el tiempo y la calidad del sueño, aspecto relacionado con la aparición del hábito parafuncional. ¹²

En la actualidad el tabaquismo posee efectos como potencial factor de riesgo de bruxismo, pues al estimular el sistema

nervioso central aumenta la actividad electromiográfica de la musculatura masticatoria y desencadena episodios de bruxismo en el 60 a 80 % de los casos, ⁶ expresando mayor riesgo en las personas expuestas de manera intensa o moderada al humo del tabaco,¹³ idea que impulsa a reforzar aún más las labores preventivas frente a una patología en creciente aumento.

La morbilidad de riesgo por bruxismo en individuos con interferencias oclusales fue elevada con una probabilidad mayor a diferencia de los no afectados por la parafunción, ⁹ pero con menor probabilidad de riesgo. Es preciso resaltar que las interferencias oclusales son las causantes de trastornos musculares, articulares, así como de trauma a nivel del diente. ¹⁴

Más alarmantes son los resultados arrojados por Ruiseco Palomares, et al,¹⁵ donde casi la totalidad de la muestra examinada presentaba interferencias oclusales. Primordial resulta la necesidad de detectarlas de forma precoz y no solo verlas asociadas al bruxismo, sino más bien como un potencial factor de riesgo a trastornos disfuncionales del sistema estomatognático.

Para estudiar dichos trastornos disfuncionales es necesario comprender la etiología dual, donde una maloclusión morfológica puede desencadenar una interferencia oclusal (maloclusión funcional) y ambas dependen de la capacidad adaptativa del sistema sin llegar a provocar daño. En el presente estudio la maloclusión resultó factor de riesgo de bruxismo en la población examinada, resultados en similitud con la investigación realizada por Katakota K, et al,¹⁶ donde demuestran relación estadística entre el bruxismo y las maloclusiones.

En base a lo conciliado con anterioridad, algunos factores presentes en el engranaje dentario solos no causan bruxismo, por lo que se deben valorar y analizar con factores psicosociales y patológicos asociados para establecer un mecanismo de retroalimentación, propiciando con ello una correcta funcionalidad de la morfología oclusal en AM.

Finalmente, y en concordancia con la bibliografía consultada, este estudio permitió concluir que los factores de riesgo. hábito tabáquico, interferencias oclusales y maloclusiones tuvieron relación significativa con el bruxismo en pacientes AM, siendo necesario estimar la influencia de cada una de ellas en la probabilidad de padecer dicho trastorno para así lograr controlar sus riesgos y daños a la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva Contreras AM. Bruxismo: su comportamiento en un área de salud. Rev Cienc Méd [Internet]. 2015 Ene-Feb [citado 2017 Ene 12]; 19(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100009&lng=es
2. Pieri Silva K, Mora Pérez C, Álvarez Rosa I, González Arocha B, García Alpízar B, Morales Rosell L. Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo. Medisur [Internet]. 2015 Feb [citado 2017 Ene 12];13(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000100014&lng=es
3. Díaz Gómez SM. Texto de parafunciones en sistema braille para pacientes ciegos y de baja visión. AMC [Internet]. 2016 Mar-Abr [citado 2017 Ene 13];20(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4303>
4. 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 Cub Estomatol [Internet]. 2013 Sep-Dic [citado 2017 Ene 13];50(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400004&lng=es

5. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Leyva Salermo B, Hierrezuelo S. Valoración geriátrica integral como componente básico en la aplicación del método clínico en adultos mayores. GERINFO [Internet]. 2011 [citado 2017 Ene 13];6(2). Disponible

en:<http://www.google.com/cu/url?sa=t&rc=t=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewifg7S748TTAhXETCYKH7FDJ4QFggIMAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Fgericuba%2Ffiles%2F2011%2F11%2Fmetodo-clinico-publicacion.pdf&usq=AFQjCNFPY96UPKq2qwYBwDhjY0sOY0w2KQ>

6. Cordero García S, Peña Sisto M. Factores de riesgo de hipersensibilidad dentinaria en pacientes adultos con prótesis dental. MEDISAN [Internet]. 2012 Mar [citado 2017 Ene 15];16(3):[aprox 8 p.]. Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300006&lng=es

7. Rodríguez Perón JM, Aldana Vilas L, Villalobos Hevia N. Método Delphi para la identificación de prioridades de ciencia e innovación tecnológica. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2010 Jul-Dic [citado 2017 Ene 15]; 39(3-4): [aprox. 12 p.]. Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572010000300006

8. Leyva Ponce de León A, Escalona Silva Y. Caracterización clínico epidemiológica del Bruxismo en pacientes mayores de 15 años. Rev Electrón Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2013 Nov [citado 2017 Ene 15]; 38(11):[aprox. 7 p.]. Disponible

en:<http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=725>

9. Alcolea Rodríguez JR, Herrero Escobar P, Ramón Jorge M, Labrada Sol ET, Pérez Téllez M, Garcés Llauger D. Asociación del bruxismo con factores biosociales. CCM [Internet]. 2014 Abr-Jun [citado 2017 Ene 17];18(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000200003&lng=es

10. Delgado Izquierdo Y, González Olazábal MV, Pérez García LM, Barreto Ortega MA. Influencia de la guía incisiva en personas con trastornos temporomandibulares Área Norte de Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 Ene-Abr [citado 2017 Ene 17];17(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212015000100002&lng=es

11. Cárdenas Eroza R, Mendiburu Zavala CE, Cortes Carrillo D, Navarro Zapata D, Lugo Ancona P. Guía Anterior como factor etiológico del dolor de la articulación temporomandibular. Intra Med Journal [Internet]. 2012 [citado 2017 Ene 17];1(3):1-6. Disponible en:http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/download/162/55

12. García Gascón Á, Querts Méndez O, Hierrezuelo Izquierdo EJ, Quesada Vidal S. Algunos aspectos psicosociales del insomnio en estudiantes de primer año de medicina. MEDISAN [Internet]. 2015 Ene [citado 2017 Ene 19]; 19(1):[aprox. 4 p.]. Disponible

en:http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100009&lng=es

13. AEPap.org. Exposición al humo del tabaco y bruxismo Madrid: Grupo de Sueño de la AEPap [Internet]; c199...-2016. [actualizado 15 Ene 2012; citado 2017 Ene 19]. Disponible

en:<http://www.aepap.org/gtsiaepap/?p=892>

14. Grau León I, Cabo R. Evaluación de la oclusión en pacientes con trastornos temporomandibulares y desarmonías oclusales. Rev Cub Estomatol [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Ene 19]; 47(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000200005

15. Ruiseco Palomares A, Llanes Rodríguez M, Rodríguez Calzadilla OL, Rodríguez Aparicio A. El dolor articular y su relación con las interferencias oclusales. Rev Haban Cienc Med [Internet]. 2014 May-Jun [citado 2017 Ene 19];13(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000300007

16. Kataota K, Ekuni D, Mizutani SH, Tomofuyi T, Azuma T, Yamani M, et al. Association Between Self- Reported Bruxism and Malocclusion in university Students: Across- Sectional Study. I Epidemiolol [Internet].2015 Abr [citado 2017 Ene 19]; 25(6):423-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4444496/>



Juan Cardentey García:
Estomatólogo. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y de Primer y Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Salud Bucal Comunitaria y Urgencias Estomatológicas. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas. Pinar del Río. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***