



# Demoliendo mitos en Odontología

Un análisis de temas controvertidos

---

**Compilador:**

**Dr. Wilson Daniel Bravo Torres**

---



# Demoliendo mitos en Odontología

Un análisis de temas controvertidos





# Demoliendo mitos en Odontología

Un análisis de temas controvertidos

---

**Compilador:**

**Dr. Wilson Daniel Bravo Torres**

---

## **DEMOLIENDO MITOS EN ODONTOLOGÍA**

Un análisis de temas controvertidos

**UCuenca Press**

©Universidad de Cuenca, 2022

Derechos de Autor: CUE-004681

ISBN: 978-9978-14-499-2

Wilson Bravo

**Compilador**

Abad Yulissa, Alvarado Jacinto, Astudillo Daniela, Becerra Auxiliadora, Bravo Wilson, Brito Christian, Cabrera Marcela, Cajas María, Cerón Lissette, Cordero Daniel, Córdova Andrea, Crespo Pamela, Delgado Bolívar, León Lourdes, Maldonado Karelys, Pacheco Mishelle, Palacios Andrés, Villavicencio Ebingen

**Autores**

---

**UCuenca Press**

María Augusta Hermida

**Rectora Universidad de Cuenca**

**Director:** Daniel López Zamora

**Editora:** Ángeles Martínez Donoso

---

**Corrección de textos:** Elizabeth de la Nube Rodas Ochoa · **Diseño y diagramación:** Alexander Campoverde

**Diseño de portada:** Wilson Bravo, Javier Regalado · **Fotografías:** Javier Regalado

**Talleres Gráficos UCuenca Press**

Ciudadela Universitaria

Doce de Abril y Agustín Cueva

(+ 593 7) 405 1000

Casilla postal 01.01.168

[www.ucuenca.edu.ec](http://www.ucuenca.edu.ec)

**Primera edición**

Tiraje: 300 ejemplares

**Impreso en Cuenca - Ecuador**

Septiembre, 2022

El contenido de la publicación es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la postura de la Universidad de Cuenca.

## Agradecimiento

La presente obra representa un arduo trabajo de cada uno de los autores, quienes sacrificaron su tiempo familiar, profesional o académico, para que este proyecto vea la luz.

Nuestra gratitud a:

A los docentes, con quienes hemos conformado un grupo de trabajo unido y con una visión de superación constante y, sobre todo, por compartir lo que diariamente aprendemos.

A los estudiantes del posgrado de *Rehabilitación Oral y Prótesis Implanto-Asistida*, hemos visto una profunda transformación no solo en sus destrezas y conocimientos, sino en su comportamiento académico, profesional y personal. Nos sentimos muy orgullosos de ustedes.

Al odontólogo Javier Regalado, con quien hemos laborado horas y horas para obtener las fotos inéditas de la portada y de cada capítulo.

A las autoridades de la Facultad de Odontología por su aval, que permite que este libro cuente con el respaldo de una institución de prestigio nacional e internacional.

Un agradecimiento especial para aquellas personas que no participaron directamente en la elaboración de este libro, pero con sus consejos y apoyo permitieron llevar adelante esta obra, algunas de ellas: Jack Bravo, José Luís Álvarez, Guadalupe Gordillo, Cecilia Nieves.

Finalmente, a ustedes, estimados lectores.





## Contenido

- 11 Prólogo  
Daniel Ángel Paesani
- 15 Introducción  
Compilador, Wilson Bravo
- 19 **CAPÍTULO I**  
**Epistemología de la medicina basada en evidencia**  
Ebingen Villavicencio, Marcela Cabrera
- 41 **CAPÍTULO II**  
**Discrepancia entre relación céntrica y máxima intercuspidación en el desarrollo de trastornos temporomandibulares**  
Bolívar Delgado, Christian Brito
- 61 **CAPÍTULO III**  
**Terceros molares y su influencia en el apiñamiento dental**  
Yulissa Abad, María Cajas
- 75 **CAPÍTULO IV**  
**Bruxismo del sueño y trastornos temporomandibulares**  
Wilson Bravo, Mishelle Pacheco
- 91 **CAPÍTULO V**  
**Influencia del consumo de azúcar en la aparición y progresión de la caries dental**  
Daniela Astudillo, Andrea Córdova

- 109 **CAPÍTULO VI**  
**¿Después de comer es recomendable cepillarse los dientes?**  
Andrés Palacios, Lissette Cerón
- 123 **CAPÍTULO VII**  
**¿La pérdida prematura de dientes genera maloclusión?**  
Lourdes León, Auxiliadora Becerra
- 139 **CAPÍTULO VIII**  
**El bruxismo en niños y su relación con parásitos intestinal**  
Jacinto Alvarado, Pamela Crespo
- 157 **CAPÍTULO IX**  
**Supervivencia clínica de carillas de resina vs cerámica**  
**¿Qué alternativa dura más?**  
Daniel Cordero, Karelys Maldonado

# CAPÍTULO IV

## Bruxismo del sueño y trastornos temporomandibulares

---

Wilson Bravo

Mishelle Pacheco

Docente de la Universidad de Cuenca  
Estudiante del Posgrado de Rehabilitación Oral y  
Prótesis Implanto Asistida

---



## Introducción

---

Los trastornos temporomandibulares (TTM) según la Asociación Estadounidense para la Investigación Dental (AADR) los definen como “*un grupo de trastornos musculoesqueléticos y neuromusculares, condiciones que involucran las articulaciones temporomandibulares (ATM), los músculos masticatorios y todos los tejidos asociados*” (1). El problema clínico más frecuente informado es el dolor, que se agrava durante la masticación y afecta a los músculos de la masticación (2, 3). La etiología está basada en sospechas y especulaciones y se considera como multifactorial siendo los factores biopsicosociales, parafunción, oclusión y trauma, como los más relacionados (4, 5).

El supuesto que el bruxismo es un factor contribuyente o causante para el desarrollo de trastornos temporomandibulares (TTM), es usualmente aceptado, porque según algunos estudios el bruxismo es más común en pacientes con TTM que en la población general, además se ha observado que los pacientes que sufren de signos y síntomas de TTM son informados por especialistas sobre sus posibles hábitos de rechinar los dientes. Sin embargo, la relación entre bruxismo y TTM no se comprende completamente (6–9).

Se han atribuido al bruxismo diversas definiciones, clasificaciones y teorías. En el año 2013 se estableció un consenso internacional en el que varios expertos aclaran que el bruxismo es una actividad repetitiva de los músculos de la masticación caracterizado por apretar o rechinar los dientes y/o por desplazamiento o empuje de la mandíbula, con dos manifestaciones circadianas: bruxismo del sueño y de la vigilia (10). En el 2018 se hace una actualización de este consenso en el que ya no se considera al bruxismo como una patología sino como un comportamiento (11), manteniendo con fuerza una determinada posición mandibular y empujar o mover con fuerza la mandíbula hacia adelante o hacia los lados, ambas actividades sin la necesaria presencia de contacto con

los dientes, el mismo que no debe ser considerado como un “trastorno” en individuos sanos, y transformando la clasificación de acuerdo al grado de patogenicidad como: posible, probable o definitivo (12). Esta nueva definición produce un cambio de paradigma en su relación con los TTM, ya que, aunque en los autoinformes se ha encontrado que el bruxismo está fuertemente asociado con el dolor de TTM (6, 7), los estudios polisomnográficos (PSG), que son el enfoque diagnóstico actual “estándar de oro” para el bruxismo del sueño (BS), no pudieron probar una asociación entre el BS y el TTM, además los estudios que utilizaron el desgaste de los dientes como manifestación del bruxismo no pudieron demostrar una asociación con el dolor de TTM, sumando a esto las dificultades metodológicas que llevaron a conclusiones contradictorias sobre la relación entre ambos (13–16).

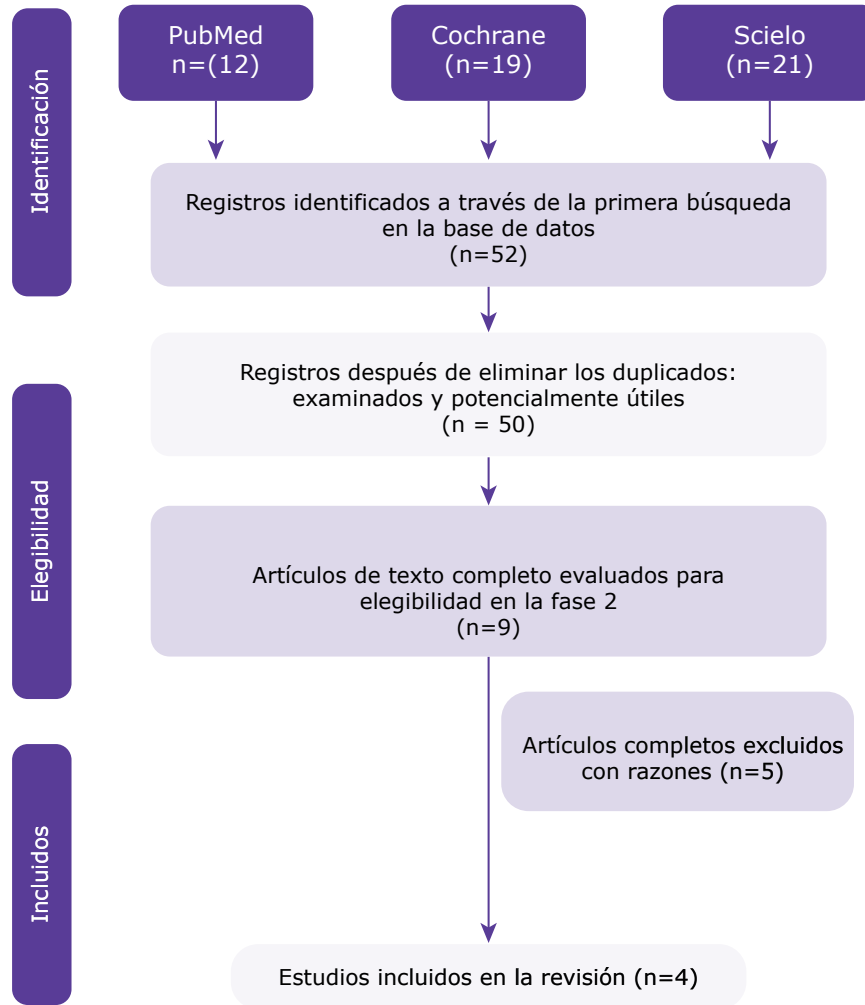
Por esta razón, el objetivo del presente estudio fue mediante la búsqueda de información científica sistematizada responder la siguiente pregunta: ¿realmente existe relación entre los TTM y el bruxismo del sueño en pacientes adultos?

## **Materiales y métodos**

### **Fuentes de información, estrategia de búsqueda**

Se realizó una búsqueda electrónica el 2 de noviembre de 2021 en tres bases de datos (Cochrane, PubMed, Scielo) revisadas por pares. En la estrategia de búsqueda realizada, la combinación de tres términos MeSH: bruxismo del sueño, trastorno temporomandibular y trastornos temporomandibulares, arrojaron 52 artículos en total que se distribuyeron de la siguiente manera: 12 citas en Pubmed, 19 en Cochrane y 21 en Scielo, cuyos títulos y resúmenes se leyeron para seleccionar los artículos potenciales que se incluirían en la lectura a texto completo, los mismo que se encuentran descritos en la figura 1.

**Figura 1.** Diagrama de flujo de los criterios de búsqueda y selección de literatura



**Fuente:** Los autores

### **Criterios de elegibilidad**

Se incluyó estudios de casos y controles escritos en inglés o español, en los que se haya diagnosticado al bruxismo del sueño por medio de estudios polisomnográficos o electromiográficos y los TTM mediante estudios imagenológicos o el índice DC/TTM en pacientes adultos (a partir de 18 años).

No se aplicaron restricciones de tiempo ni de sexo. Los criterios de exclusión fueron:

1. Revisiones de la literatura, estudios de intervención, estudios observacionales, investigaciones in vitro en laboratorio, estudios clínicos randomizados controlados, resúmenes, comentarios, reportes de casos, protocolos, opiniones personales, opiniones de expertos, cartas y carteles.
2. Estudios en los cuales el diagnóstico sea a través de autoreporte, tanto para el bruxismo como para TTM.
3. Los datos requeridos no disponibles después de tres intentos dentro de un intervalo de 30 días para contactar al autor correspondiente por correo electrónico.
4. Estudios en los cuales el grupo poblacional sean niños.

### **Evaluación de trabajo**

Los artículos seleccionados se leyeron de acuerdo a una estrategia estructurada similar a PIO: Población / Intervención / Resultado.

La población ("P") adultos del sexo masculino y femenino; la intervención ("I") pacientes diagnosticados con bruxismo del sueño y TTM; El resultado ("O") se informa en términos de la posible relación entre TTM y BS.

### **Resultados**

Una vez examinados los artículos a texto completo, se seleccionaron 4 artículos para su inclusión dentro de este capítulo. Se resumieron los resultados de los estudios incluidos categorizando sus hallazgos, los cuales se encuentran disponibles en la Tabla 1.



**TABLA 1.** Resumen de los hallazgos de los estudios incluidos

Autor (año) Revista	Población	Intervención	Resultados	Conclusiones
C. M. Camparis et al., (2006) Elsevier	40 pacientes (32 mujeres y 8 hombres) entre 17 y 54 años	<b>Grupo 1:</b> bruxismo con TTM (n = 20). <b>Grupo 2:</b> bruxismo sin TMD (n = 20).	El dolor / rigidez de mandíbula matutina presentó mayor prevalencia en el grupo A (p = 0,0113). No se encontraron diferencias significativas para las variables de sueño, a pesar de que el grupo A está compuesto por pacientes con dolor miofascial crónico.	Las características polisomnográficas de los pacientes con BS, con y sin dolor orofacial, son similares. Se necesitan más estudios que aclararen porque algunos pacientes con BS desarrollan dolor miofascial crónico y otros no.
K. G. Raphael et al., (2013) Journal of Oral Rehabilitation	170 pacientes (todas mujeres)	<b>Grupo 1:</b> Con TTM (n = 124). <b>Grupo 2:</b> Sin TTM (n = 46).	Los pacientes con TTM miofascial no tienen frecuencias elevadas de BS.	El dolor al despertar puede reflejar elevaciones leves pero prolongadas en la EMG de fondo del sueño durante la noche, lo que lleva a un patrón de fatiga muscular y dolor, estos datos niegan la utilidad de utilizar el dolor autoinformado al despertar como indicador de BS.

<p>L. M. Nunes et al., (2008) Accelerating the world's research.</p>	<p>60 pacientes de ambos sexos, de 19 a 39 años</p>	<p><b>Grupo 1:</b> Dolor miofacial (n = 30: 24 mujeres y 6 hombres) <b>Grupo 2:</b> Sanos (n = 30: 24 mujeres y 6 hombres ).</p>	<p>Se observaron asociaciones significativas entre BS y dolor miofacial, así como entre DC y dolor miofacial</p>	<p>El BS representa un factor de riesgo con el dolor miofacial, sin embargo, este riesgo es bajo.</p>
<p>K. G. Raphael et al., (2012) JADA Continuing education</p>	<p>170 pacientes (todas mujeres)</p>	<p><b>Grupo 1:</b> Con TTM (n = 124). <b>Grupo 2:</b> Sin TTM (n = 46).</p>	<p>Las medidas basadas en PSG mostraron tasas de BS mucho más bajas y estadísticamente similares en los dos grupos. Los ruidos de rechinamiento fueron comunes en ambos grupos.</p>	<p>La mayoría de los participantes de los casos no exhibieron BS y la creencia común de que el BS es una explicación suficiente para TTM debe abandonarse.</p>

**Fuente:** Los autores

## Discusión

Los temas relacionados con la etiología, diagnóstico y tratamiento del bruxismo siguen construyendo paradigmas que no siempre están en lo cierto. En el 2018 el consenso internacional del bruxismo evoluciona este concepto, aclarando que no siempre es patológico ni generador de secuelas en el sistema estomatognático, el mismo que no debe considerarse un factor de riesgo más que un trastorno en personas sanas (12), e incluso puede ser considerado como una conducta protectora, pareciendo ser absolutamente benigno (17-20). Todos estos nuevos conceptos producen un cambio en la visión del bruxismo (11).

A pesar de que el bruxismo y los TTM tienen un creciente interés por su posible relación (6, 7, 17), en la actualidad los resultados siguen siendo muy controversiales y esto se complica por las inconsistencias en el uso de diferentes enfoques clínicos no validados para el diagnóstico de BS como el desgaste dental, cefaleas matutinas (21, 22), y el uso de autoreporte que según el estudio de Raphael et al, no predice significativamente la presencia o ausencia de este (15, 23). Toda esta información actualizada disponible nos demuestra que los factores que antes se atribuían al bruxismo podrían no deberse a este (24), por lo que todo artículo que incluyó estos métodos se decidió excluirlos, ya que hoy en día el estudio polisomnográfico (PSG), se considera el estándar de referencia para diagnóstico de BS, ya que se colocan electrodos en los músculos maseteros y temporales y mediante la electromiografía (EMG) nos muestra la actividad muscular, con una sensibilidad del 74% y especificidad del 90% (25, 26). Según nuestros hallazgos, los estudios con autoinforme o diagnóstico clínico informaron una asociación entre los TTM y el bruxismo del sueño, mientras que los estudios instrumentales no lo hicieron, refutando este vínculo causal entre ellos y concluyendo que los hallazgos están influenciados por la estrategia adoptada para evaluar el bruxismo (14-16, 27).

También se ha sugerido que el bruxismo es un factor de riesgo de los TTM, causando sobrecarga articular y dolor miofascial de los músculos masticatorios (7,28), y esto se puede deber a que en casi todos los estudios sobre este tema, los pacientes necesitaron referir dolor muscular como criterio para diagnosticar el bruxismo, marcando un posible sesgo de diagnóstico, y pudo haber aumentado el nivel de significación de la asociación bruxismo-dolor miofascial, como en el caso de Manfredini et al, cuyos resultados mostraron una

prevalencia de bruxismo superior al 70% en pacientes con dolor miofascial (29). En contraste Van Selms y col., no informaron ninguna influencia de la actividad de los músculos masticatorios nocturnos en el dolor muscular matutino de la mandíbula (30), también autores como V. Santiago y K.G. Raphael, mencionan que el dolor o fatiga matutina de la musculatura, se debe a TTM que afectan a la ATM y la musculatura asociada, más no a pacientes diagnosticados con BS (16, 31). En estudios de PSG, la literatura indica que el nivel de actividad de la musculatura masticatoria nocturna en pacientes con dolor es generalmente menor con respecto a sujetos sin dolor (5, 16). Toda esta literatura actualizada, nos muestran que el dolor miofascial asociado al bruxismo no es un hallazgo obligatorio ya que no todos los pacientes lo padecen, por lo que el grado de especificidad de la asociación bruxismo-TTM es bajo, reduciendo la probabilidad de establecer una relación causa-efecto válida.

Otro tema que nos pareció interesante es en cuanto a la prevalencia de TTM de acuerdo al sexo, ya que una gran cantidad de artículos establecen que supuestamente por cambios hormonales en su organismo, las mujeres sufren con mucha más frecuencia estos trastornos (32), y esto lo constatamos, puesto que, en estudios como el de Nunes et al., el 80% del grupo era femenino, o en estudios de K. G. Raphael, que dentro de su población decidieron incluir solo mujeres (14-16). No obstante, los estudios epidemiológicos de TTM se limitan a diseños transversales o de casos y controles, basados en gran medida en muestras de conveniencia, por lo que sus conclusiones informan consistentemente una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, con una proporción de mujeres a hombres que varía de 2: 1 en la población general a 8: 1 en entornos clínicos, por esta razón William Maixner y col., realizaron un estudio de cohorte prospectivo a 10 años concluyendo que en realidad no se observaron diferencias entre hombres y mujeres (32).

Desde el punto de vista metodológico, este trabajo, basado en la lectura estructurada de artículos, nos ayudó a recopilar información de cada uno de ellos ya que, para nosotros, evaluar la calidad metodológica de la literatura, el riesgo de sesgo y poder incorporar estos hallazgos en la práctica clínica, es un aspecto importante dentro de la educación odontológica. En general, el nivel de evidencia proveniente de la mayoría de los estudios revisados no fue el óptimo, y es un tema que preocupa, puesto que los mitos, desinformación y desconocimiento con respecto a estos temas por parte de los odontólogos lleva a sesgos potenciales

en el diagnóstico y tratamiento que ofrecen a sus pacientes. Otras consideraciones a tomar en cuenta son también el acceso tecnológico limitado, el costo y la inversión de tiempo, para el diagnóstico de estas patologías.

## Conclusiones

- De los hallazgos obtenidos en nuestra investigación, concluimos que la relación entre los TTM y el bruxismo del sueño en pacientes adultos no existe y es un mito que se debe descartar, recomendando siempre el uso de PSG para diagnóstico de bruxismo y su posterior tratamiento (de ser necesario).
- Esta información, podría ser de utilidad para que los investigadores puedan profundizar este tema de constante interés, ya que el tamaño de la muestra, su distribución y el método de evaluación tanto del BS como de TTM constituyen limitaciones que pudimos constatar en la mayor parte de artículos leídos y por ende en la interpretación de los resultados, por lo que hacemos un llamado de atención a los profesionales a una odontología basada en evidencia científica que pueda ser llevada de la teoría a la práctica exitosa.

## Bibliografía

1. Greene CS, Klasser GD, Epstein JB. Revision of the American association of dental research's science information statement about temporomandibular disorders. *J Can Dent Assoc (Tor)*. 2010;76 (1):2-5.
2. Rossetti LMN, Rossetti PHO, Conti PCR, De Araujo CDRP. Association between sleep bruxism and temporomandibular disorders: a polysomnographic pilot study. *Cranio-J Craniomandib Pract*. 2008;26 (1):16-24.
3. Molina OF, Dos Santos J, Nelson S, Nowlin T, Mazzetto M. A clinical comparison of internal joint disorders in patients presenting disk-attachment pain: Prevalence, characterization, and severity of bruxing behavior. *Cranio*. 2003;21 (1):17-23.
4. Magnusson T, Egermark I, Carlsson GE. A prospective investigation over two decades on signs and symptoms of temporomandibular disorders and associated variables. A final summary. *Acta Odontol Scand*. 2005;63 (2):99-109.
5. Lavigne GJ, Rompré PH, Montplaisir JY, Lobbezoo F. Motor activity in sleep bruxism with concomitant jaw muscle pain. A retrospective pilot study. *Eur J Oral Sci*. 1997;105 (1):92-5.
6. Castro IC, Segura MG, Sera EM, Guevara NZ. Temporomandibular Disorders in Patients with Bruxism Dentistry Workers of Mayarí. *Rev Medica Granma [Internet]*. 2017;6 (3):734-47. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300011)
7. Lobbezoo F, Lavigne GJ. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship? *J Orofac Pain*. 1997;11 (1):15-23.

8. Svensson P, Jadidi F, Arima T, Baad-Hansen L, Sessle BJ. Relationships between craniofacial pain and bruxism. *J Oral Rehabil.* 2008;35 (7):524–47.
9. Glaros AG, Williams K, Lausten L, Friesen LR. Tooth contact in patients with temporomandibular disorders. *Cranio.* 2005; 23 (3):188–93.
10. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, et al. Bruxism defined and graded: An international consensus. *J Oral Rehabil.* 2013;40 (1):2–4.
11. Raphael KG, Santiago V, Lobbezoo F. Is bruxism a disorder or a behaviour? Rethinking the international consensus on defining and grading of bruxism. *J Oral Rehabil.* 2016;43 (10):791–8.
12. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *J Oral Rehabil.* 2018;45 (11):837–44.
13. Camparis CM, Formigoni G, Teixeira MJ, Bittencourt LRA, Tufik S, Siqueira JTT de. Sleep bruxism and temporomandibular disorder: Clinical and polysomnographic evaluation. *Arch Oral Biol.* 2006 Sep;51 (9):721–8.
14. Nunes Rossetti LM, Pereira De Araujo CDR, Orlato Rossetti PH, Rodrigues Conti PC. Association between rhythmic masticatory muscle activity during sleep and masticatory myofascial pain: A polysomnographic study. *J Orofac Pain.* 2008 Jun;22 (3):190–200.
15. Raphael KG, Sirois DA, Janal MN, Wigren PE, Dubrovsky B, Nemelevsky L V., et al. Sleep bruxism and myofascial temporomandibular disorders: A laboratory-based polysomnographic investigation. *J Am Dent Assoc.* 2012;143 (11):1223–31.

16. Raphael KG, Janal MN, Sirois DA, Dubrovsky B, Wigren PE, Klausner JJ, et al. Masticatory muscle sleep background electromyographic activity is elevated in myofascial temporomandibular disorder patients. *J Oral Rehabil.* 2013 Dec;40 (12):883–91.
17. Emodi Perelman A, Eli I, Rubin PF, Greenbaum T, Heiliczer S, Winocur E. Occupation as a potential contributing factor for temporomandibular disorders, bruxism, and cervical muscle pain: A controlled comparative study. *Eur J Oral Sci.* 2015;123 (5):356–61.
18. Lavigne GJ, Introduction I. Neurobiological Mechanisms. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14 (1):30–46.
19. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Marchese-Ragona R, Lobbezoo F. Theories on possible temporal relationships between sleep bruxism and obstructive sleep apnea events. An expert opinion. *Sleep Breath.* 2015;19 (4):1459–65.
20. Ohmure H, Oikawa K, Kanematsu K, Saito Y, Yamamoto T, Nagahama H, et al. Influence of experimental esophageal acidification on sleep bruxism: A randomized trial. *J Dent Res.* 2011;90 (5):665–71.
21. Abe S, Yamaguchi T, Rompré PH, De Grandmont P, Chen Y-J, Lavigne GJ. Tooth wear in young subjects: a discriminator between sleep bruxers and controls? *Int J Prosthodont [Internet].* 2009;22 (4):342–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19639069>
22. Manfredini D, Poggio CE, Lobbezoo F. Is Bruxism a Risk Factor for Dental Implants? A Systematic Review of the Literature. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2014;16 (3):460–9.
23. Raphael KG, Janal MN, Sirois DA, Dubrovsky B, Klausner JJ, Krieger AC, et al. Validity of self-reported sleep bruxism among myofascial temporomandibular disorder patients and controls. *J Oral Rehabil.* 2015;42 (10):751–8.



24. Keenan SA, Hirshkowitz M, Casseres H. Monitoring and Staging Human Sleep. *Encycl Sleep*. 2013;71-9.
25. Manfredini D, Fabbri A, Peretta R, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Influence of psychological symptoms on home-recorded sleep-time masticatory muscle activity in healthy subjects. *J Oral Rehabil*. 2011;38 (12):902-11.
26. Muzalev K, Lobbezoo F, Janal MN, Raphael KG. Interepisode sleep bruxism intervals and myofascial face pain. *Sleep*. 2017;40 (8):2-7.
27. Camparis CM, Formigoni G, Teixeira MJ, Bittencourt LRA, Tufik S, Siqueira JTT de. Sleep bruxism and temporomandibular disorder: Clinical and polysomnographic evaluation. *Arch Oral Biol*. 2006;51 (9):721-8.
28. Raphael KG, Marbach JJ, Klausner JJ, Teaford MF, Fischhoff DK. Is bruxism severity a predictor of oral splint efficacy in patients with myofascial face pain. *J Oral Rehabil*. 2003;30 (1):17-29.
29. Manfredini D, Cantini E, Romagnoli M, Bosco M. Prevalence of bruxism in patients with different Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) diagnoses. *Cranio*. 2003;21 (4):279-85.
30. Van Selms MKA, Lobbezoo F, Wicks DJ, Hamburger HL, Naeije M. Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study. *J Oral Rehabil*. 2004;31 (8):738-45.
31. Santiago V, Raphael K. Absence of joint pain identifies high levels of sleep masticatory muscle activity in myofascial temporomandibular disorder. *J Oral Rehabil*. 2019;46 (12):1161-9.
32. Lobbezoo F, van Selms MKA, Naeije M. Masticatory muscle pain and disordered jaw motor behaviour: Literature review over the past decade. *Arch Oral Biol*. 2006;51 (9):713-20.

Esta obra está dirigida a profesionales de la salud y a la comunidad en general, ya que trata sobre diferentes mitos en odontología que han sido difundidos en nuestra sociedad a través del tiempo. Mediante una búsqueda sistematizada de la literatura en las principales bases de datos científicas, y desde su propia experiencia, los autores tratan de descubrir la verdad sobre estos tópicos y defender el sustento científico del quehacer odontológico diario.

¿Qué debemos saber del bruxismo?, ¿es bueno sacarse las llamadas “muelas del juicio”? ¿hay que lavarse los dientes después de comer?, ¿qué no sabemos de la relación azúcar-caries?, ¿son mejores las carillas de resina o de cerámica?... aquí hay respuestas serias a temas que importan. Mejor leer estos nueve ensayos y discutirlos en confianza, porque existen muchos tratamientos innecesarios e incluso dañinos, así como prácticas y señales que deberían alertarnos antes y más que el sonido del taladro en la sala de espera.

ISBN: 978-9978-14-499-2



9 789978 144992

**UCUENCA PRESS** 

