

DIAGNÓSTICO DEL BRUXISMO

Los músculos de la masticación pueden realizar una actividad funcional (masticación, fonación o deglución) o una actividad no funcional (parafuncional). El bruxismo pertenece a este segundo grupo, y se caracteriza por el rechinar de dientes (bruxismo excéntrico) o por el apretamiento de los mismos (bruxismo céntrico). Veamos a continuación cómo se manifiesta y diagnostica.

PASOS DIAGNÓSTICOS

Para realizar el diagnóstico nos basaremos en la historia clínica. La historia clínica consta de los siguientes apartados:

- Filiación
- Anamnesis
- Inspección
- Percusión
- Palpación
- Auscultación
- Pruebas complementarias

FILIACIÓN

Incluirá el nombre y apellidos, edad, sexo, domicilio, teléfono, fecha de exploración y, finalmente, profesión, dada la importancia que tienen determinadas enfermedades profesionales o ciertos hábitos relacionados con profesiones.

ANAMNESIS

El odontólogo debe interesarse en primer lugar por las enfermedades agudas o crónicas que haya padecido el paciente y por la posible existencia de secuelas que afecten específicamente al campo odontológico, por ejemplo, una parálisis facial.

A continuación, debe investigarse la existencia o ausencia de enfermedades actuales, especialmente cardiopatías, enfermedades metabólicas...

Se averigua si el paciente está sometido a tratamiento y qué medicación le está siendo administrada, con el objetivo de detectar las posibles incompatibilidades medicamentosas. Asimismo, se intentará conocer cualquier posible alergia del paciente a algún medicamento o anestésico.

Es muy importante ir observando simultáneamente al paciente y valorar si éste presenta algún signo de tensión psíquica.

Debe preguntarse al paciente acerca de cefaleas, dolores periauriculares, algas faciales, vértigos y mareos, sordera o disminución de la agudeza auditiva...

Debe hacerse hincapié en conocer si aprieta o rechina los dientes, aunque una respuesta negativa no descartará un bruxismo, puesto que éste suele ser nocturno y, por tanto, inconsciente -de manera que el paciente ignore o incluso niegue su existencia. Puede ser interesante repetir la pregunta al paciente, o incluso a su pareja, al cabo de unos días, después de haberle explicado la naturaleza del problema. Muchas veces la respuesta es afirmativa ya que él ya sabe qué es lo que nota, qué implica y que no es normal.

A continuación se interroga al paciente sobre la posible existencia de alguno de los denominados hábitos neuróticos: mordisqueo de lápices o partes blandas de la boca, onicofagia...

Existe un signo patognomónico del bruxismo, los ruidos oclusales audibles. Es preciso preguntar por ellos, aunque la información que puedan dar las personas que conviven con el paciente y, sobretodo, la persona que duerma con él, tendrá mucho más valor.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

Como es sabido, el aparato estomatognático consta de cuatro componentes diente, periodonto, sistema neuromuscular y ATM. Se deben explorar por separado y, en su momento, relacionar la presencia de los signos y síntomas localizados en los distintos componentes.

1.Exploración dentaria

Se empieza con la **INSPECCIÓN DENTARIA**. Resalta a primera vista la presencia de facetas de desgaste parafuncionales que, como se sabe,

aparecen en zonas no involucradas en la masticación . Su aspecto liso y brillante es fácilmente detectable y podemos utilizar el Test de Krough-Poulsen para saber si se trata de facetas provocantes o iniciales o de facetas secundarias. Seguidamente indagaremos la presencia de erosiones cervicales.

Facetas de desgaste : Sería la atrición (pérdida de estructura dentaria a causa del contacto con otros dientes, p.e. bruxismo). Se presentan como pequeñas superficies muy lisas, con unos límites bien definidos y de aspecto brillante. Cada faceta se suele corresponder con otra antagonista. La localización suele encontrarse por fuera de las áreas funcionales de las estructuras dentarias. Podemos diferenciar dos tipos de facetas de desgaste: Unas que nacieron como consecuencia de la disarmonía oclusal que originó el bruxismo y que Krogh-Poulsen y Olsson denominaron contactos provocantes de síntomas y otras que se presentan en otras estructuras dentarias secundarias al hábito establecido. Para diferenciar las primarias de las secundarias se consigue haciendo coincidir las facetas antagónicas que sospechamos desencadenantes y pidiendo al paciente que apriete sus hemiarcadas fuertemente. Si estas facetas son primarias, al cabo de un minuto de presión, el paciente notará un dolor que no le es desconocido o bien se le agravará si lo presentaba previamente. Por el contrario, si las facetas son secundarias no notará nada.

Erosiones cervicales: Diferentes autores relacionan las erosiones cervicales con el trauma oclusal. También se ha dicho que el medio podría influir en su aparición (p.e. se ha visto que el alto contenido en mucina de la saliva dificulta el depósito de fosfato cálcico en lesiones de esmalte de origen ácido), pero lo más plausible es que el principal factor etiológico sean las fuerzas traccionales provocadas por la masticación y la maloclusión y que el medio local tenga sólo un papel secundario.

Se considera como causa más probable la oclusión traumática, pero ella per se no es capaz de explicar la génesis de estas lesiones ya que muchos dientes sometidos a una oclusión traumática no desarrollan lesiones cervicales. La hipótesis sería que las fuerzas laterales generadas durante la masticación o el bruxismo dan lugar a una torsión del diente. Así como la dentina, al ser flexible, tiene una elevada resistencia a la torsión, el esmalte no. De hecho, la

resistencia del esmalte frente a las fuerzas que inciden sobre él depende de la dirección de éstas respecto a los prismas de esmalte. Si las fuerzas inciden en la misma dirección de los prismas la resistencia es alta (que es lo que ocurre a nivel oclusal durante la masticación). En cambio, si inciden perpendicularmente a los prismas, la resistencia de los mismos es baja, sobretodo si se trata de tracciones (es lo que ocurre a nivel cervical cuando esta zona está sometida a fuerzas traccionales). El resultado de la torsión es una concentración de tensiones a nivel cervical, ya que en este punto es donde se sitúa el fulcro (siempre y cuando el nivel óseo sea el correcto; si este desciende, descenderá también la localización del fulcro y, por ende, la localización de la lesión cervical). Esta situación provoca la ruptura de las uniones químicas entre los prismas de esmalte lo que permite que pequeñas moléculas (H_2O) penetren en las microgrietas e impidan el restablecimiento de esas uniones químicas. A su vez, esto provoca que si siguen actuando las fuerzas torsionales las microgrietas se vayan haciendo más profundas. La estructura dentaria alterada es ahora más susceptible a ser destruida por otros agentes como son el ácido, la abrasión por cepillado e incluso las propias tensiones que provocan esta alteración, que, si continúan actuando, incrementarán la destrucción pudiendo llegar a pulpa.

El tamaño, la forma y localización de las lesiones depende tanto de la dirección de la fuerza que provoca las tensiones como de la magnitud y la frecuencia de la misma:

- A mayor magnitud y frecuencia de la fuerza mayor será el tamaño de la lesión (igualmente, cuanto más tardemos en realizar la obturación).
- La lesión presentará una forma dependiente de la distancia que la separa del fulcro (cuanto más cerca se halle del fulcro, por las leyes de la palanca, más destructiva será la fuerza y por tanto mayor la lesión resultante). Esto condiciona la forma ya que la zona más cercana al fulcro será más ancha en sentido oclusogingival que la zona más alejada, adquiriendo una forma similar a una lágrima tumbada. Si sobre el diente actúan dos fuerzas de dirección lateral diferente, la lesión resultante será una combinación de las lesiones creadas por cada fuerza por separado.

- La localización será a nivel cervical ya que es aquí donde está el fulcro, donde se concentrarán las tensiones.
- Cuanta más distancia haya entre la fuerza y el fulcro más lesiva será y mayor será la lesión.

En su momento se afirmó que las fuerzas axiales generaban una compresión sobre el diente que resultaba en una alta concentración de tensiones a nivel cervical y sería ésta la causa de las lesiones . Si fuera así, los dientes presentarían en primer lugar una mayor frecuencia de lesiones cervicales y, en segundo lugar, éstas podrían presentarse en cualquier cara axial, vestibular, lingual o proximal. Es obvio que esto no ocurre así, sino que predominan las lesiones vestibulares. Este hecho nos inclina a pensar que la compresión no es en sí la causa y se ha demostrado que el esmalte es capaz de disipar las fuerzas compresivas de forma eficaz hacia la dentina. Si se generan torsiones, en un lado del diente aparecerá tracción y en el otro compresión (en el lado hacia el cual se flexiona). La causa se halla en realidad en las fuerzas de tracción situándose igualmente la zona de máximo estrés a nivel cervical. Esto explica el hecho por el cual es raro hallar dientes que presenten lesiones cervicales tanto en vestibular como en lingual, ya que normalmente la tracción actúa en un sólo lado (nunca en mesial o distal ya que los puntos de contacto frenan la torsión).

Cualquier tratamiento que se lleve a cabo sin tener la más que probable etiología de estas lesiones fracasará con toda seguridad. Será preciso corregir primero la causa oclusal que genera esas fuerzas torsionales (ajuste oclusal) y luego utilizar el material restaurador más apropiado para la situación. En este sentido el uso de adhesivos dentinarios es imprescindible y, como material restaurador parece aconsejable utilizar composites fluidos o de bajo contenido en relleno y de microrrelleno ya que son más flexibles y, por tanto, resistirán mejor las tracciones. Se ha visto que las aplicaciones tópicas de flúor a altas concentraciones no tienen ningún efecto sobre el ritmo de progresión de las lesiones cervicales.

Desde el punto de vista epidemiológico debemos decir que hay una mayor frecuencia de pérdida de restauraciones en este tipo de lesiones en la gente de mayor edad pero no se sabe si es por que al quedar menos dientes los remanentes reciben mayor carga o por cambios de la dentina que modifican

sus propiedades mecánicas. Igualmente se ha hallado una mayor frecuencia de lesiones cervicales en los dientes inferiores que en los dientes superiores (quizás sería debido a que, al quedar por fuera los dientes superiores, los dientes superiores, al contactar con los inferiores durante los movimientos laterales, acumulan compresión a nivel cervical mientras que los inferiores acumulan tracción). En los molares superiores suelen localizarse a nivel de la zona mesiovestibular (seguramente porque la cúspide mesiopalatina, que es la más potente, se sitúa a nivel mesial).

Deben diferenciarse estas erosiones cervicales de origen tensional de las erosiones originadas por la acción de los ácidos. Estas últimas son lesiones más extensas, afectan a mayor número de dientes, los bordes y el fondo de las mismas no son agudos sino romos. En cambio, las originadas por la oclusión se suelen situar a nivel cervical (donde está el fulcro), son más localizadas, afectan más a determinados dientes, tienen forma de cuña y los bordes y el fondo de las mismas suelen ser agudos (las líneas ángulo son acentuadas aunque factores locales como el cepillado pueden suavizarlas).

Irregularidades en la anatomía oclusal: Se trata de irregularidades que se pueden corresponder con actividades parafuncionales y que se manifiestan por desgaste anormal de la estructura dentaria e incluso presencia de fracturas totales o parciales de la corona o cúspides invertidas. También la presencia de fisuras o grietas se da en pacientes bruxistas y se trataría de una situación previa a la fractura.

Hipersensibilidad pulpar: Se manifiesta en forma de sensibilidad al frío. Es frecuente que después de una restauración protética el paciente manifieste sensibilidad al frío secundaria a una disarmonía oclusal introducida por nosotros mismos. Esta sensibilidad desaparecerá cuando se produce la adaptación a la nueva situación, que no es lo deseable, o cuando el odontólogo elimine el contacto no deseado, que es lo correcto.

Migraciones dentarias: Las migraciones dentarias pueden ser causa y efecto de la disarmonía oclusal. Pueden ser causa cuando la migración se produce por ausencia de una estructura dentaria próxima y permite una mesialización,

distalización o extrusión, lo que origina una alteración del plano oclusal y da origen a la disarmonía oclusal. Pero en otras ocasiones la disarmonía oclusal puede actuar como efecto cuando es ella la que origina la migración. Como ejemplo típico de migración dentaria por disarmonía oclusal tenemos la vestibulización de los incisivos cuando fracasa la protección de los molares en la máxima intercuspidadación o también cuando se combina una enfermedad periodontal en individuo con hábito bruxista protrusivo (trauma oclusal).

Cambios de coloración: En aquellos casos en los que el microtrauma de origen oclusal provoca una lesión de tipo pulpar puede aparecer un oscurecimiento del diente .

La **PALPACIÓN DENTARIA** puede evidenciar movilidad (se valorará con las pinzas y no con los dedos ya que es más fiable). La movilidad dentaria es un signo típico del trauma oclusal y es algo objetivo. No es infrecuente que, además, el paciente refiera una sensación subjetiva de flojedad de dientes en los casos de bruxismo en los que no hay presente trauma oclusal.

Cambios en el sonido a la percusión: Los dientes tienen un sonido agudo cuando realizamos la percusión, siempre y cuando el periodonto esté sano; si el periodonto está afecto el sonido se vuelve mate.

Hipermovilidad: El aumento de la movilidad de una estructura dentaria puede ser debido a un aumento de las fuerzas oclusales, ya sea en intensidad, aplicación, dirección, duración o a una disminución de las estructuras de soporte periodontales. En nuestra exploración es interesante diferenciar unas de las otras. También es muy importante determinar si el aumento de la movilidad es progresivo o mantenido. En el primer caso, desde el punto de vista clínico estaremos ante una claudicación de los mecanismos de compensación frente a fuerzas oclusales no fisiológicas. En el segundo, el aumento de movilidad se interpreta como un mecanismo de defensa que actúa ante fuerzas oclusales no fisiológicas. Por tanto, la valoración periódica del grado de movilidad es muy importante, así como el relacionar el grado de

movilidad con la cantidad de soporte periodontal. Lindhe distingue tres situaciones claramente diferenciadas por lo que se refiere a la hipermovilidad :

- Hipermovilidad con **incremento del ancho del espacio periodontal y con altura del hueso de soporte normal**. Esta situación se produce frecuentemente cuando se realiza una restauración de la superficie oclusal que origina una fuerza resultante horizontal. Esto provocará la aparición, a nivel del espacio periodontal, de unas áreas de presión con aumento consiguiente del ancho del mismo, y otras zonas de tensión, con disminución del ancho. Esto se evidencia claramente en la radiografía periapical y se trata de un proceso reversible cuando se corrija la causa, en este caso, mediante un ajuste oclusal. La capacidad de regeneración del hueso secundaria al trauma oclusal fue puesta de manifiesto por diversos autores en experimentos con animales.
- Hipermovilidad con **incremento del espacio periodontal y altura del hueso de soporte disminuida**. En realidad el comportamiento de las estructuras periodontales sería igual que en el caso anterior, recuperándose la altura ósea siempre y cuando se eliminara la causa oclusal y el trauma fuera reversible.
- Hipermovilidad con **anchura del espacio periodontal normal y altura del hueso de soporte disminuida**. Esta hipermovilidad es consecuencia de la reducción de las estructuras de soporte, no se corregirá con un tallado selectivo o ajuste oclusal y, si no interfiere en la comodidad del paciente o en cualquiera de sus funciones no requiere tratamiento alguno. El caso de que esto último ocurriera estaría indicada la ferulización.

Signos dentarios radiográficos

Hipercementosis: Se trata de una reacción del cemento en casos en los que está sometido a tensiones y se produce en forma de un aumento en la capa de cemento radicular adquiriendo la raíz un aspecto palillo de tambor. La presencia de esta hipercementosis nos obliga a buscar en el diente en cuestión una disarmonía oclusal. El pronóstico, en este caso, es bueno ya que traduce una respuesta protectora y de defensa.

Rizolisis: En otros casos la reacción ante fuerzas no fisiológicas de presión genera rizolisis. Igualmente deberemos buscar en el diente afecto la presencia de una disarmonía oclusal pero en este caso el pronóstico es malo ya que traduce una claudicación del diente frente a la agresión.

Pulpolitos: La observación de pulpolitos en la cámara pulpar debe ser motivo suficiente para buscar la presencia de una disarmonía oclusal en el diente en cuestión . En la radiografía veremos o la presencia de imágenes radioopacas en el interior de la cámara pulpar o también una cámara pulpar muy reducida y encogida .

2.Exploración periodontal

Una secuela importante que puede generar el bruxismo es la **OCLUSIÓN TRAUMÁTICA**. Se denomina oclusión traumática o **trauma de la oclusión** a las lesiones de los tejidos periodontales causadas por fuerzas oclusales anómalas en frecuencia, duración o dirección, fuerzas que exceden la capacidad adaptativa de los tejidos. El trauma de la oclusión es la lesión tisular, no la fuerza que la origina. Una oclusión que provoca una lesión periodontal se denomina **oclusión traumática**. Por tanto vemos que son dos términos diferentes. El trauma oclusal puede ser agudo o crónico. El **trauma oclusal agudo** es consecuencia de un cambio brusco en las fuerzas oclusales; aparece por ejemplo tras la inserción de una prótesis o una restauración que interfiera la oclusión o varíe las fuerzas oclusales sobre los dientes. Si la fuerza desaparece por desgaste o corrección de la prótesis o de la restauración, la lesión cura y los síntomas remiten. El **trauma oclusal crónico** es causado o por la persistencia de uno agudo o, más frecuentemente, por cambios graduales de la oclusión debidos a la erupción de los terceros molares, atrición dentaria, desplazamiento y extrusiones dentarias secundarias a extracciones,... Se ha clasificado también el trauma oclusal en primario y secundario. El **trauma oclusal primario** es el resultado de fuerzas oclusales excesivas en frecuencia, intensidad o persistencia o anómalas en dirección (no axiales), pero que en todo caso actúan sobre un periodonto sano . Cuando ceden las fuerzas anómalas, los tejidos se reparan. El **trauma oclusal secundario**, por contra,

es un trauma asociado a periodonto anormal, es decir, ya sea un periodonto normal con altura ósea disminuida o un periodonto enfermo con altura ósea disminuida; provoca una pérdida de la estructura de soporte e inflamación del periodonto profundo o de inserción. Produce un tipo específico de patología periodontal, la destrucción ósea vertical. Cuando ceden las fuerzas anómalas, la recuperación de los tejidos queda comprometida ya que de forma primaria el periodonto ya era anormal.

Una fuerza oclusal es traumática cuando los cambios destructivos que induce exceden la capacidad reparadora de los tejidos periodontales. Cuando aumentan en intensidad o frecuencia las fuerzas oclusales el periodonto responde con un engrosamiento de la cortical en contacto directo con las raíces. Las fibras periodontales, como es sabido, están dispuestas de manera que las fuerzas oclusales que mejor neutralizan son las paralelas al eje mayor dentario y tanto más cuanto más cerca del eje incidan. Si aumentamos estas **fuerzas axiales** se produce una deformación viscoelástica del ligamento periodontal y reabsorción ósea apical; las fibras relacionadas con el resto de la raíz quedarán tensas y se formará hueso.

Las **fuerzas oblicuas y horizontales** se compensan con reabsorción ósea en las zonas de presión y formación de hueso en las zonas de tracción. El punto menos perjudicial donde este tipo de fuerzas puede actuar es en las proximidades del cuello dentario (a medida que se desplazan hacia oclusal o a incisal aumenta el brazo de palanca y, consecuentemente, su efecto es más nocivo).

La duración y frecuencia con que las fuerzas oclusales actúan condicionan también, como es lógico, la respuesta periodontal. La presión constante origina reabsorción ósea, mientras que si es intermitente favorece la formación ósea. La frecuencia en la aplicación de fuerzas influye en el comportamiento del hueso de la siguiente forma: Fuerzas que se repiten a intervalos cortos producen los mismos efectos que la presión constante, es decir, reabsorción; las fuerzas que se repiten a intervalos largos provocan formación ósea. Cuando las fuerzas oclusales exceden la capacidad de adaptación del periodonto se lesionan los tejidos. Las fuerzas de intensidad, frecuencia o persistencia capaces de forzar la raíz contra el hueso alveolar pueden llegar a producir

necrosis del ligamento periodontal ; el cemento periodontal, asimismo, se reabsorbe.

Cuando el hueso es reabsorbido por fuerzas oclusales excesivas el organismo trata de reforzar las trabéculas óseas adelgazadas con hueso de nueva formación. Este proceso es una importante característica del intento de reparación y refuerzo asociado al traumatismo oclusal. La neoformación ósea se produce dentro del propio hueso y también a nivel superficial, es decir, hallaremos condensación ósea en la zona trabecular y a nivel de la cortical. La formación de hueso a nivel cortical, tanto en vestibular como en lingual, en ocasiones es tan intensa que se deforma el contorno generando los denominados torus. Típicos son los ***torus linguales*** en individuos con bruxismo excéntrico en el cuál la guía canina o función de grupo posterior sufren una carga suplementaria, también podemos hallar refuerzos óseos por vestibular del maxilar superior (en casos de bruxismo excéntrico) , aunque más típico es el ***torus palatino***, que se localiza sobre la línea media y sus alrededores ya que es en la zona media de la bóveda palatina donde se concentran las fuerzas generadas por el bruxismo, en este caso, céntrico (las fuerzas tienden a aplanar el paladar). Cuando se hallan proliferaciones difusas se habla de ***mesetas o cornisas***.

El trauma oclusal ***no causa gingivitis ni bolsas periodontales***, ni influye en la repoblación bacteriana de las bolsas después del raspado y alisado radicular. Pero lo que si es cierto es que si una fuerza oclusal traumática incide sobre los dientes con bolsas o gingivitis el efecto destructor de éstas se multiplica. La bolsa, inicialmente supraósea, tiene más probabilidades de volverse infraósea si se combina una oclusión traumática e inflamación gingival (aparecen defectos angulares y cráteres). Por disminución o desaparición del soporte ósea radicular se produce en una primera fase movilidad dentaria y, con posterioridad, pérdida de los dientes.

Vemos, pues, que en el desarrollo del proceso que nos ocupa intervienen dos factores: Uno infeccioso, del que en última instancia es responsable la placa bacteriana, y otro dinámico, derivado de las fuerzas oclusales anómalas. Ambos pueden actuar en desigual proporción: Si las fuerzas oclusales son excesivas precisan de cantidades mínimas de placa bacteriana o, si las fuerzas están ligeramente aumentadas pero actúan sobre un periodonto gravemente

afectado llegaremos al mismo resultado, una grave destrucción de los tejidos de soporte dentario y pérdida de los dientes.

Aquí podríamos también incluir la valoración de la movilidad dentaria vista en el apartado de la exploración dentaria.

Signos periodontales radiográficos

Ensanchamiento del espacio periodontal: Cuando existe trauma oclusal apreciaremos un ensanchamiento del espacio periodontal en la zona de presión y una disminución del mismo en la zona de tensión. Igualmente, en la zona de tensión veremos un engrosamiento de la lámina dura mientras que en la zona de presión el grosor de ésta se verá reducido. Ahora bien, no debemos olvidar que el espacio periodontal varía mucho según en la posición en que se realice la proyección y que el grosor del espacio periodontal normal es muy pequeño y, por tanto, no siempre es fácil para el ojo humano valorar dichas alteraciones. También es frecuente hallar destrucción del tabique óseo e incluso defectos angulares (cuando ya se trata de bolsas infraóseas) o cráteres.

Según la **localización de los defectos angulares** podremos saber que tipo de interferencia se trata. Cuando se trata de interferencias en el lado de no trabajo éstos se situarán a nivel mesiopalatino en los dientes posterosuperiores y/o a nivel distovestibular en los dientes posteroinferiores. Si estamos ante una interferencia en el lado de trabajo los defectos angulares los hallaremos en vestibular de los dientes posterosuperiores y/o en lingual de los dientes posteroinferiores. Por lo que se refiere a las interferencias en protrusiva, éstas podrán provocar la aparición de defectos angulares que se localizarán en mesial de los dientes posterosuperiores y/o en distal de los dientes posteroinferiores. Por último, una interferencia en el desplazamiento retrusivo podrá generar defectos angulares localizados en distal de los dientes posterosuperiores y/o en mesial de los dientes anteroinferiores.

3.Exploración de la musculatura

El signo clínico más típico de afectación muscular es el dolor. Este se percibirá de forma espontánea o durante la palpación muscular. Está provocado por un

aumento de la actividad que lleva a una reducción del flujo sanguíneo y a un acúmulo de catabolitos.

Se afectarán todos aquellos músculos que de forma directa o indirecta se hallen implicados en la parafunción. Determinaremos, mediante palpación bilateral, qué músculos duelen así como el grado de dolor. El dolor se puede situar en el masetero, el temporal, el pterigoideo interno, el esternocleidomastoideo y los cervicales posteriores. Se ha visto que no es posible la palpación intraoral del pterigoideo externo.

Un síntoma que con frecuencia refiere el paciente es la fatiga muscular que se manifiesta durante la masticación, sobretodo de chicles o alimentos consistentes.

Otro síntoma frecuente es la cefalea tensional, que se describe como un dolor sordo y constante en la zona frontal, temporal o retroorbitaria. Mayoritariamente se origina en los músculos de la cabeza y cuello.

Dr. Ernest Mallat Callís
Médico-Odontólogo

Publicado el 2/03/2001 en Geodental.com (<http://www.geodental.net/article-4362.html>)