

# ACTUALIZACIÓN SOBRE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL BRUXISMO.

MSc Dr. Adolfo R. Soto Morejon.  
Especialista en Estomatología General Integral.  
[soto@ssp.sld.cu](mailto:soto@ssp.sld.cu)

## **Resumen**

**Objetivo:** Realizar una actualización bibliográfica sobre el bruxismo con fines didácticos e investigativos.

**Alcance de la Investigación:** Se compiló literatura que plantea diversas interrogantes sobre la etiología del el bruxismo y propone tratamientos de acuerdo con esas etiologías, pero se precisa que los estudios aun son insuficientes y que es necesario investigar mas sobre el bruxismo.

**Material y Métodos:** La revisión bibliográfica consta de 33 artículos de tipo científico sobre el bruxismo que lo definen, discuten su etiología y proponen tipos de tratamiento, recopilados en forma manual y electrónica, bajo criterios de inclusión establecidos previamente y analizados según parámetros que conllevan a clasificarlos en diferentes niveles de evidencia.

**Resultados:** El análisis de los artículos resalta que existen diversos tratamientos para el bruxismo atendiendo a su etiología más probable. De acuerdo con algunos resultados actuales es posible controlar bruxismo, aunque se necesite investigar más sobre este tema.

**Conclusiones:** El bruxismo presenta una polémica etiología que incluye factores oclusales y psicológicos. Se plantean diversos tratamientos para el bruxismo según su etiología y algunos resultados actuales afirman que es posible controlarlo.

## Desarrollo:

El Bruxismo es una actividad parafuncional diurna o nocturna caracterizada por apretamiento y/o molimiento de los dientes (1,2,3,4).

Es el apretón o el pulido no funcional de los dientes que suele presentar del 5-20% de adultos y cerca de 30% de los niños de 5-6 años, generalmente ocurre durante sueño, también ocurre durante el día pero es menos común. Aunque la investigación sobre bruxismo sea extensa, su etiología sigue siendo discutible. Hay abundante literatura que sugiere que el bruxismo está relacionado con los desordenes temporomandibulares y la maloclusión (5).

El sueño bruxismo (SB) se define como acción de apretón y de pulido parafuncional entre los dientes superiores y los inferiores durante sueño. Bajo criterios de diagnóstico de la medicina actual del sueño, el SB se clasifica como parasomnia, un desorden de movimientos articulares. La etiología del bruxismo es polémica e incluye factores oclusales y psicológicos, el ser primario o idiopático o secundario a otras dolencias, a menudo neurológicas (Parkinson, síndrome de Tourette, etc.) o psiquiátrico (retraso mental, demencia, depresión). Puede también ser iatrogénico, o asociado con el hábito de fumar, el alcoholismo, algunas medicaciones, los antipsicóticos, y las drogas (cocaína, anfetamina) – hay autores que le dan importancia a los factores sicosociales (6,7) La literatura indica métodos numerosos con diversa validez y factibilidad para la medición de la actividad SB: las grabaciones polysomnographic de laboratorio, la electromiografía, el acelerómetro (8) -, un sistema de detección de fuerza, cuestionarios para la autoevaluación del bruxismo, exámenes dentales, así como la medición de la abrasión de en una placa de diagnóstico y el dispositivo de la Bruxism-Supervisión de Bruxcore (BBMD, Bruxcore. Recientemente, se ha demostrado que el BBMD, conjuntamente con un nuevo método analizador computarizado, es un instrumento confiable y factible para cuantificar la abrasión como indicación para el SB actual (9). Actualmente, no hay régimen de tratamiento o de estrategia que de lugar a la remisión del SB, por otra parte, el tratamiento del SB se basa en una combinación de tratamientos del comportamiento, farmacológicos y dentales según el perfil del portador. Sin embargo, en relación con la interacción craneomandibular dinámica durante el bruxismo, fuerzas extremadamente grandes son aplicadas que exceden los de la masticación funcional. Consecuentemente, las cargas significativas se distribuyen a la dentición, al proceso alveolar, a las estructuras periodontales, y al empalme temporomandibular. Simultáneamente, los músculos del aparato masticatorio llegan a ser hiperactivos. Estas cargas biomecánicas causan el abrasión e hipersensibilidad dentaria, sobrecarga periodontal, fatiga muscular, disfunción temporomandibular, y otros problemas dentales y orales (10)). Aparte de estos efectos dañinos, la actividad de pulido y de apretón fuerte de los músculos masticatorios atenúa desordenes psicosomáticos, entre ellos el stress regulando el sistema límbico, el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA) y el sistema nervioso autónomo. (11) ) Muchos investigadores sugieren que los factores pato-psico-fisiológicos sean responsables de la aparición del bruxismo. Lobbezoo divulgó que el SB parece ser regulado principalmente centralmente y no es una entrada periférica. Estos factores requieren de dentistas con mayor conocimiento sobre las características fisiológicas del SB. No hay diferencias de género en SB. El SB se puede también encontrar en los niños (12) Aunque los mecanismos de bruxismo pueden ser asociados al fisiológico y al sistema patho-psico-fisiológico, el factor de la obstrucción todavía se considera que afecta a la actividad del

SB, basada en resultados experimentales de la actividad muscular de pulido en diversos tipos de contactos en los dientes. Resultados actuales demostraron que al aumentar experimentalmente la actividad muscular y proporcionando el contacto en los dientes posteriores, se indicaba una posibilidad de un aumento en la actividad de músculo durante el SB. Cierta tipo de obstrucción puede desempeñar un papel importante en la determinación de la actividad de los músculos del aparato masticatorio durante el SB, incluso si el bruxismo en sí mismo es regulado por el sistema nervioso central.

Sueño bruxismo puede ocurrir en pacientes normales o puede ser asociado al malfuncionamiento dental, de la mandíbula, o el maxilar, tal como maloclusión. Los factores anatómicos locales definitivamente desempeñan un papel importante en algunos casos. Esto plantea la cuestión de si es posible controlar actividad del bruxismo con un acercamiento dental. Sin embargo, no hay actualmente bastante evidencia para contestar a esta pregunta. Por lo tanto, una comprensión de la relación de la actividad del bruxismo y los patrones individuales de la obstrucción son importantes en la práctica dental clínica (13) Los conceptos de la obstrucción tales como dirección o función de grupo canina se basan en los movimientos de pulido fuertes como bruxismo. En estudios actuales, los esquemas de la obstrucción fueron clasificados basados en el patrón de pulido durante sueño bruxismo (14)

El pulido de los dientes es una preocupación importante para los dentistas debido a sus consecuencias: la destrucción del diente, la fractura de la restauración o de la rehabilitación dental, la exacerbación de desordenes o de la inducción temporomandibular del dolor de cabeza, de tensión y de los sonidos de pulido que puede interferir con el sueño de los miembros de la familia o de la vida (1)

El bruxismo puede ser una manifestación del desorden obsesivo y de otros desordenes de ansiedad, también puede ser un efecto secundario de los inhibidores selectivos de la serotonina utilizado para tratar desorden obsesivo y la depresión. (15)

El diagnóstico y tratamiento del bruxismo y de los desordenes de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) asociados, en niños y adultos jóvenes, ha recibido atención creciente en los últimos 20 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en los desordenes temporomandibulares (DTM) son los sonidos del empalme temporomandibular, limitación de movimientos de la mandíbula, dolor de la ATM y del músculo, dolor de cabeza, y los sonidos articulares. El predominio de los DTM en niños varía extensamente en la literatura, desde el 16% a el 90%. La etiología de DTM se considera ser multifactorial y todavía se considera polémica. Los factores causales posibles incluyen diversos parámetros estructurales, las variables sicosociales, el trauma agudo, interferencias oclusales, la tensión y las variables de la sobrecarga funcionales de la mandíbula (e.g., hábitos, pulido o bruxism, etc. parafuncionales) (16).

El dolor Miofacial de los músculos del aparato masticatorio tiene una importancia epidemiológica fuerte, afectando del 38 al 75% de los pacientes de las muestras con síntomas de desordenes temporomandibulares en las poblaciones caucásicas y de cerca de 30% en pacientes asiáticos, por lo tanto, a pesar fluctuaciones en estos desordenes, las terapias sintomáticas generalmente en un primer momento se utilizan para reducir el impacto sicosocial de esta dolencia. Sin embargo, el síndrome tiene una patogénesis compleja que es a menudo la expresión de una etiología multifactorial con un número de factores de riesgos sistémicos y locales.

El efecto del apretón y del pulido revelados por el EMG durante comportamiento oral no funcional del musculo esternocleidomastoidea, podría explicar síntomas musculares clínicos en los músculos esternocleidomastoideos en el bruxopata, este el paciente despierto y/o dormido, cuando su frecuencia, duración y magnitud son bastante para exceder la capacidad de la adaptación del individuo. Recientemente, Michelotti, y otros encontraron que la frecuencia del apretón diurno del diente moliendo entre pacientes de TMD era mucho más alta que en controles. También encontraron una asociación significativa entre el apretón de diente diurno/pulido y el dolor miofacial, que está de común acuerdo con estudios anteriores. La asociación entre el apretón de diente y el dolor de músculo se puede atribuir a las fibras de músculo dañadas (69) o a una reducción de la fuente de sangre (17, 18, 19).

Recientemente, fue observado que la masticación intensa puede inducir fatiga, hasta doler, y umbrales del dolor disminuidos por presión en los músculos del masticatorio, sin cambios concomitantes en la mandíbula (20).

Parece demostrado que hay dos patrones de pulido en las superficies linguales caninas: pulido con facetas planas y pulido con facetas escarpadas. Divididos en dos grupos, el grupo de la faceta plana y el grupo de la faceta escarpada fueron evaluados para la actividad bruxópata. El grupo de la faceta plana presenta más actividad de músculo que el grupo de la faceta escarpada. Existe mayor tendencia para la inclinación canina escarpada en el grupo de la faceta plana que en el grupo de la faceta escarpada. Por el contrario, la indicación era que el grupo de la faceta plana no molió en las superficies linguales de los colmillos. Estos resultados indican que la inclinación escarpada de la superficie lingual canina causa facetas planas, porque la inclinación lingual escarpada invita a la rotación de la abertura de la mandíbula durante el movimiento de pulido. El pulido es promovido básicamente por los músculos pterigoideos laterales en el lado contralateral, acompañado por actividad muscular, cerrada fuerte, como el masetero, el temporal, y los músculos pterigoideos intermedios en el lado de trabajar, inclinación escarpada de la superficie lingual del colmillo inhiben el pulido liso. En este caso, el paciente puede buscar otros lugares para moler más confortablemente, y la primera localización conveniente para el pulido liso sería la canina. Debe tenerse en cuenta que es análoga a la función clínico canina observada, de dirección y de grupo, el bruxismo canino pulido y el múltiple-diente-pulido. Los resultados indican que hay dos factores que influyen actividad del SB. Primero, contacto molar posterior durante sueño bruxismo aumentó la actividad muscular de pulido. En segundo lugar, la posición del pulido respecto a la superficie lingual de los colmillos durante el pulido errante se relaciona con la actividad del SB; el pulido de la plano-faceta proporciona más actividad del SB que el pulido de la faceta escarpada. Este último depende de la inclinación de la superficie lingual de los colmillos ( 21) Conceptos oclusales basados en la observación de exámenes intraorales o de moldes montados en el articulador, tales como dirección canina, función de grupo, u obstrucción equilibrada, se han usado mucho en odontología. Sin embargo, los movimientos funcionales de la mandíbula, tales como la masticación y el discurso, son de hecho libres. Un estudio japonés demostró que en cerca del 90% de los pacientes con un bruxismo moderado o severo la parte más débil de los tejidos dentales fue afectada selectivamente por una actividad parafuncional fuerte. La llamaron la teoría del punto débil. Los resultados del estudio también sugirieron que los contactos molares eran responsables no sólo de afectar a los dientes y a las estructuras periodontales, sino también de la disfunción de la ATM, que apoyó en parte la teoría del punto débil. Estudios demostraron que el patrón de pulido

real durante sueño bruxismo es diferente del que se aprecia clínicamente, lo cual fue evaluado mediante el BruxChecker al evaluar el patrón del movimiento de pulido durante sueño (14).

El primer paso en el manejo de los desordenes temporomandibulares, que habitualmente se derivan de bruxismo, es generalmente no invasor, especialmente si el desorden está en los primeros tiempos. A examen clínico el dolor y el chasquido son muestras y síntomas tempranos de la ATM. El tratamiento de la ATM incluye generalmente terapia de la tablilla y analgesicos (22). En estos estadios iniciales las características clínicas más frecuentes son: dolor y/o chasquido del empalme temporomandibular sin presencia de lesión patológica de la ATM sin dislocación anterior del disco, sin la reducción (cerradura cerrada), de ninguna enfermedad de empalme degenerativo, sin historia de jaqueca o trauma o de osteoartritis, de enfermedad metabólica, o de maloclusiones. Hay autores que, al aparecer signos de agravamiento, dividen la severidad de síntomas en tres grupos: leve, moderado y severo (22). Según reporta "The Journal of Craniomandibular Practice" la Academia Europea de los Desordenes Craneomandibulares recomienda el uso de las tablillas de estabilización para corregir los desordenes temporomandibulares y del dolor orofacial (23).

El efecto de la tablilla oral (IOS) sobre dolor es importante. Bergstrom y otros divulgaron la carta recordativa de largo plazo (18-20 años) de la reducción del dolor en el 50% de pacientes de TMD (25) A pesar de la abundancia de literatura sobre estos dispositivos, hay una carencia sensible de referencias a los efectos secundarios indeseables posibles de las tablillas de estabilización, en contraste con otros tipos de aplicaciones orales, tales como las tablillas con sistemas de supresión nociceptivos de la tensión de la inhibición del trigémino) o tablillas para el apnea de sueño, para el cual se han publicado un número de revisiones sistemáticas. (26,27)) Los cambios Oclusales en respuesta al uso de las tablillas de la estabilización han tenido amplia divulgación, (28) pero pocos trabajos especifican el tipo de alteraciones producidas. Parece difícil prever estas modificaciones, puesto que varían en función del tipo de patología y de los factores coadyuvantes asociados a cada caso (29) o a la diversa distribución de la carga oclusal o modificaciones en la dimensión vertical(30) además, muchos estudios han proporcionado evidencia de que la relación céntrica no es la posición terapéutica preferida en pacientes con dislocación del disco. Estas circunstancias impiden la elaboración del consentimiento informado y se deben examinar más de lejos en investigaciones futuras. (31)

Según otro estudio la toxina botulinum (BTX-A) puede representar una opción alternativa para evitar el tratamiento prolongado con las tablillas y/o las drogas. El BTX-A fue propuesto recientemente para el tratamiento de la dislocación del disco temporomandibular usando una inyección dentro del músculo pterigoideo lateral después de la fijación intermaxilar. Los datos clínicos apoyaron la eficacia de BTX-A para reducir los ruidos relacionados con la dislocación del disco, y las indicaciones para su uso se han ampliado recientemente a los pacientes con la dislocación recurrente. (32) Un muchacho de 12 años experimentó un empeoramiento de su bruxismo después de comenzar el atomoxetine para el desorden de déficit de atención (33)

**Conclusiones:** La etiología del bruxismo es polémica e incluye factores oclusales y psicológicos; primario o idiopático o secundario a otras dolencias neurológicas o psiquiátricas. Puede también ser iatrogénico o asociado con adicciones, incluso hay autores que le dan importancia a los factores sicosociales. Existen diversos tratamientos para el bruxismo atendiendo a su etiología más probable. De acuerdo con algunos resultados actuales es posible controlar bruxismo, aunque se necesite investigar más sobre este tema. Futuros estudios sobre el sueño-bruxismo podrán proporcionar más información sobre su fisiología y su relación con las interferencias oclusales. La cuestión de si es posible controlar el bruxismo en la práctica dental diaria debe ser contestada en el futuro.

## Referencias Bibliográficas:

- (1.) Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K: **Bruxism fisiología y patología: una descripción para los clínicos.** 2008:35 oral de J Rehabil: 476-494.
- (2.) Koyano K, Tsukiyama Y. Ichiki R, Kuwata T: **Gravamen de bruxism en la clínica.** 2008:35 oral de J Rehabil: 495-508.
- (3.) SR. de Ohrbach R. Markiewicz, JR WD de McCall: **Comportamientos parafuncionales orales del Despertar-estado: especificidad y validez según lo determinado por la electromiografía.** EUR J Sci oral 2008; 116:438 - 444
- (4.) De Leeuw R, ed.: **Dolor orofacial: pautas para el gravamen, la diagnosis y la gerencia.** 4to ed. Chicago: Academia americana de dolor orofacial. Quintessence Publishing Co., Inc.; 2008.
- 5- (El desorden temporomandibular asociada a bruxism Author(s): S. Bedi and A. Sharma. Source: *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry.* 27.4 (October-December 2009): p253.
- 6-(Nakata A, Takahashi M, Ikeda T, Hojou M, Araki S: **Tensión de trabajo y bruxism sicosociales percibidos del sueño entre los trabajadores de sexo masculino y de sexo femenino.** *Abolladura Epidemiol oral de la comunidad* 2008, 36: 201-209.)
- 7- (Manfredini D, Lobbezoo F: **Papel de factores sicosociales en la etiología del bruxism.** *Dolor de J Orofac* 2009, 23: 153-166.)
- 8- (Yoshimi H, Sasaguri K, Tamaki K, Sato S: **Identificación de la ocurrencia y del patrón de las actividades de músculo del masseter durante sueño usando sistemas del EMG y del acelerómetro.** *MED principal de la cara* 2009, 5: 7)
- 9-Correlación entre la tensión y el bruxismo actual del sueño Author(s): Matthias Franz , Maria Giraki , Michelle A. Ommerborn , Wolfgang HM. Raab , Ralf Schafer and Christine Schneider. Source: *Head & Face Medicine.* 6 (Mar. 5, 2010): p2. Document Type: Report )
- 10-Sato S: **Allostasis y odontología.** Abolladura Coll 2009 de Bull Kanagawa; 37:37 – 43
- 11-Sato S, y otros: **Bruxismo y alivio de tensión.** En: *La novela tiende en ciencia de cerebro.* Onozuka M, Yen CT, eds. Saltador, Tokio, 2008; 183-200.
- 12- Barbosa Tde S, Miyakoda LS, Pocztaruk Rde L, Rocha CP, MB de Gaviao: **Desordenes temporomandibulares y bruxismo en la niñez y la adolescencia: revisión de la literatura.** *Internacional J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008, 72: 299-314).

13-La oclusion descompone en factores la influencia de la magnitud de actividad del bruxism del sueño Author(s): Kenichi Sasaguri , Sadao Sato , Koichi Sugimoto and Hidehiro Yoshimi. Source: *CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice*. 29.2 (Apr. 2011): p127.)

14-Relación del patrón del pulido de diente durante el bruxismo del sueño y el estado del empalme temporomandibular) Author(s): Byung-Kyu Park , Kenichi Sasaguri , Sadao Sato , Youichi Takahashi , Yasumasa Takezawa and Osamu Tokiwa. Source: *CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice*. 26.1 (Jan. 2008): p8. Document Type: Article)

15-Bruxism obligatorio: cómo proteger a sus pacientes dientes: pantalla para los hábitos orales destructivos atados a los desordenes de ansiedad y a SSRIs . Author(s): Bernard Friedland and Theo C. Manschreck . Source: *Current Psychiatry*. 8.3 (Mar. 2009): p24. Document Type: Case study ).

16-. Barbosa Tde S, Miyakoda LS, Pocztaruk Rde L, Rocha CP, MB de Gaviao. Desordenes y bruxism temporomandibulares en niñez y adolescencia: Revisión de la literatura. *Internacional J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72: 299-314.)

17-Influencia de la Mandibula que aprieta y el pulido de diente en la actividad esternocleidomastoidea bilateral del EMG Maria Javiera Fresno , Aler Fuentes , Mario Felipe Gutierrez , Rodolfo Miralles , Karen Rodriguez and Hugo Santander . Source: *CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice*. 29.1 (Jan. 2011): p14. Document Type: Report )

18-Svensson P, Jadidi F, Arima T, Baad-Hansen L, Sessle BJ: Relaciones entre dolor craneofacial y bruxismo. *J Rehabil oral* 2008; 35:524 – 547).

19-Toritsu T, Wanga K, Svensson P, De Laat A, Yamabe Y, Murata H, Arendt-Nielsen L: ¿El dolor excéntrico-ejercicio-inducido del músculo de la mandíbula influencia o reflejos de la médula oblonga? *Clin Neurophysiol* 2008; 119:2819 – 2828).

20-Koutris M, Lobbezoo F, Naeije M, Wang K, Svensson P, Arendt-Nielsen L,: Efectos de ejercicios de masticación intensos sobre el sistema sensorial-motor del masticatorio. *Abolladura Res* 2009 de J; 88:658 – 662).

21- Kenichi Sasaguri , Sadao Sato , Koichi Sugimoto and Hidehiro Yoshimi. Source: *CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice*. 29.2 (Apr. 2011): p127.) Document Type: Report).

22- Resultados del manejo de desordenes comunes temporomandibulares tempranos. Author(s): Seyed Bayanzadeh , Habib Hajmiragha , Mona Isapour , Seyed Mortazavi , Mohammad Hosein Motamedi and Fina Navi. Source: *National Journal of Maxillofacial Surgery*. 1.2 (July-December 2010): p108).

23-Efectos secundarios de las tablillas oclusal de la estabilización: un informe de tres revisiones de los casos y de literatura Author(s): Eduardo Ginestal and

Fernando Magdaleno. Source: *CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice*. 28.2 (Apr. 2010): p128. Document Type: Report)

24- De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks Mh: Recomendaciones por el EACD para el examen diagnóstico y manejo de pacientes con desordenes temporomandibulares y dolor orofacial por el médico dental general. 2008:22 del dolor de J Orofac: 268-278.

25- Bergstrom I, lista T, Magnusson T. Un estudio complementario de síntomas subjetivos de desordenes temporomandibulares en pacientes que recibieron la acupuntura y/o terapia interoclusal de la aplicación 18-20 años anterior. *Acta Odontol Scand* 2008; 66: 88-92).

26- Stapelmann H, Turp JC: El fbr del dispositivo de los NTI-tss la terapia de bruxismo, desordenes temporomandibulares, y dolor de cabeza. ¿Dónde nos colocamos? Una revisión sistemática cualitativa de la literatura. 2008:8 oral de la salud de BMC: 22. [http://www.biomedcentral.com.ezproxy.lib.usf.edu/1472-6831/8/22.](http://www.biomedcentral.com.ezproxy.lib.usf.edu/1472-6831/8/22))

27- Chen H, Lowe AA, de Almeida FR, Fleetham J, Wang B: Análisis modelo de ayuda de computadora tridimensional de estudio del desgaste de la oral-aplicación del Iong-término. Efectos secundarios de la parte 2. de aplicaciones orales en pacientes obstructores del apnea de sueño. 2008:134 de la J Orthod Dentofacial Orthop: 408-417.

28- Benoliel R, Sharav Y: Dolor miofascial del masticatorio, y dolor de cabeza diario del tensión-tipo y crónico. En Sharav Y, Benoliel R, eds. Dolor y dolor de cabeza orofaciales. Edimburgo: Mosby-Elsevier, 2008:109 - 148.)

29- Al-Ani Z, Davies S, Sloan P, R gris: Cambie en el número de contactos occlusal después de la terapia de la tablilla en los pacientes con un desorden temporomandibular (TMD), 2008:16 de la abolladura del EUR J Prosthodont Restor: 98-103

30- Demling A, Fauska K, Ismail F, Stiesch M: Una comparación del cambio en la posición condilar en los voluntarios asintomáticos que utilizan una aplicación del pivote del anda de la estabilización. 2009:27 de J Craniomandib Pract: 54-61.

31- Lll de Simmons HC: Pautas para la terapia anterior de la aplicación que coloca de nuevo para el tratamiento del dolor craneofacial y de TMD. 2005:23 de J Craniomandib Pract: 3011-305.

32- Eficacia de la toxina botulinum en tratar dolor miofacial en bruxopatas: un estudio experimental del placebo controlado Author(s): Giuseppe Ferronato , Luca Guarda-Nardini , Daniele Manfredini , Milena Salamone , Luigi Salmaso and Stefano Tonello. Source: *CRANIO: The Journal of Craniomandibular Practice*. 26.2 (Apr. 2008): p126. Document Type: Article.)

33- Atomoxetine: empeoramiento de bruxismo en un niño: informe del caso. Source: *Reactions Weekly*. .1298 (Apr. 24, 2010): p10. Document Type: Brief article, Case study.