

Cuestionario de Bruxismo

BruxScreen

1. Bruxismo
a. ¿Con qué frecuencia aprieta los dientes mientras duerme? <input type="checkbox"/> nunca, <input type="checkbox"/> a veces, <input type="checkbox"/> regularmente, <input type="checkbox"/> a menudo, <input type="checkbox"/> siempre, <input type="checkbox"/> no sé
b. ¿Con qué frecuencia rechinas los dientes mientras duermes? <input type="checkbox"/> nunca, <input type="checkbox"/> a veces, <input type="checkbox"/> regularmente, <input type="checkbox"/> a menudo, <input type="checkbox"/> siempre, <input type="checkbox"/> no sé
c. ¿Con qué frecuencia aprieta los dientes mientras está despierto? <input type="checkbox"/> nunca, <input type="checkbox"/> a veces, <input type="checkbox"/> regularmente, <input type="checkbox"/> a menudo, <input type="checkbox"/> siempre, <input type="checkbox"/> no sé
d. ¿Con qué frecuencia rechina los dientes mientras está despierto? <input type="checkbox"/> nunca, <input type="checkbox"/> a veces, <input type="checkbox"/> regularmente, <input type="checkbox"/> a menudo, <input type="checkbox"/> siempre, <input type="checkbox"/> no sé
e. ¿Con qué frecuencia presiona, toca o mantiene los dientes juntos mientras está despierto o mientras está comiendo (es decir, contacto entre los dientes superiores e inferiores)? <input type="checkbox"/> nunca, <input type="checkbox"/> a veces, <input type="checkbox"/> regularmente, <input type="checkbox"/> a menudo, <input type="checkbox"/> siempre, <input type="checkbox"/> no sé
f. ¿Con qué frecuencia nota tensión o apretamiento en los músculos mientras está despierto sin tener juntos los dientes? <input type="checkbox"/> nunca, <input type="checkbox"/> a veces, <input type="checkbox"/> regularmente, <input type="checkbox"/> a menudo, <input type="checkbox"/> siempre, <input type="checkbox"/> no sé

Traducido de:

The Bruxism Screener (BruxScreen): Development, pilot testing, and face validity. Frank Lobezoo, Jari Ahlberg, Merel C. Verhoeff, Ghizlane Aarab, Alessandro Bracci, Michail Koutris, Laura Nykanen, Magdalini Thymi, Peter Wetselaar, Daniele Manfredini. J Oral Rehabil. 2024;51:59–66. DOI: 10.1111/joor.13442

2. Síntomas de la mandíbula

a. ¿Con qué frecuencia experimenta dolor/malestar/sensibilidad/cansancio/tensión/rigidez en la sien, la cara, la mandíbula o la articulación de la mandíbula?

	Dolor	Malestar	Sensibilidad	Cansancio	Tensión	Rigidez	
Al despertar	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé
En otro momento	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé

b. ¿Con qué frecuencia experimenta dolor/malestar/sensibilidad/cansancio/tensión/rigidez en la sien, la cara, la mandíbula o la articulación de la mandíbula cuando abre la boca o mastica?

	Dolor	Malestar	Sensibilidad	Cansancio	Tensión	Rigidez	
Durante la comida	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé
En otro momento	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> regularmente <input type="checkbox"/> a menudo <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> no sé

c. ¿Con qué frecuencia se atasca o se traba la mandíbula?

i. Durante las comidas:

nunca, a veces, regularmente, a menudo, siempre, no sé

ii. En otro momento:

nunca, a veces, regularmente, a menudo, siempre, no sé

1. Inspección extraoral

a. Hipertrofia del músculo masetero (observada mientras los músculos están relajados)

- ausente, presente

b. Hipertrofia del músculo masetero (observada mientras los músculos están contraídos)

- ausente, presente

2. Inspección intraoral de tejidos no dentales

a. Labio (hendiduras)

- ausente, presente

b. Mejilla (línea alba)

- ausente, presente

c. Lengua (muescas)

- ausente, presente

d. Lengua (lesiones traumáticas)

- ausente, presente

e. Hueso alveolar (exostosis/torus)

- ausente, presente

3. Inspección intraoral de tejidos dentales

a. Desgaste oclusal/incisal por sextante

(0) sin desgaste visible, (1) desgaste visible dentro del esmalte, (2) desgaste visible con exposición de dentina y pérdida de altura de la corona clínica $\leq 1/3$, (3) pérdida de altura de corona $>1/3 - <2/3$, (4) pérdida de altura de corona $\geq 2/3$

b. Desgaste palatino en sextante no. 2

(0) sin desgaste visible, (1) desgaste confinado al esmalte, (2) desgaste en la dentina

Sextante 1 – oclusal	Sextante 2 – incisal	Sextante 3 – oclusal
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
	Sextante 2 – palatino	
	0 1 2	
Sextante 6 – oclusal	Sextante 5 – incisal	Sextante 4 – oclusal
0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

c. El desgaste dental observado es:

- principalmente mecánico, principalmente químico, tanto mecánico como químico