

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Frecuencia de dolor orofacial autorreportado por una población adulta del área metropolitana de Asunción en el año 2018, un estudio piloto**Frequency of self-reported orofacial pain in an adult population of the metropolitan area of Asuncion in the year 2018, a pilot study**María Soledad Meza¹ , Fátima Bañuelos Gómez¹ , Jorge Escobar¹ , Gabriela Ballasch¹ , Carlos G. Adorno¹ ¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Odontología. Asunción, Paraguay.**Correspondencia:** Carlos G. Adorno; cgadorno@odo.una.py**Editor responsable:** Marta Ferreira**Cómo referenciar este artículo:** Meza MS, Bañuelos Gómez F, Escobar J, Ballasch G, Adorno CG. Frecuencia de dolor orofacial autorreportado por una población adulta del área metropolitana de Asunción en el año 2018, un estudio piloto. Rev. salud publica Parag. 2023;13(2):34-39.

Recibido el 13 de agosto de 2022, aprobado para publicación el 23 de junio de 2023

RESUMEN**Introducción:** El manejo del dolor orofacial es de relevancia, debido a las repercusiones en la calidad de vida y económicas que implica, generalmente tiene su origen en lesiones endoperiodonticas, sin embargo, otras causas deben considerarse para establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo.**Objetivo:** Determinar la frecuencia de dolor orofacial en una población paraguaya, midiendo la presencia o ausencia de dolor en regiones de dientes, boca y lengua, cara y mejilla, articulación temporomandibular y zona anterior de la oreja.**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio piloto de tipo observacional descriptivo de corte transversal, en una población de 35 años o más, provenientes del área metropolitana de Asunción en el año 2018. La muestra estuvo compuesta por 189 encuestados que fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia y los datos fueron recolectados mediante un cuestionario auto-administrado. Fueron observadas sus características demográficas, prevalencia y localización del dolor y otros factores asociados.**Resultados:** La frecuencia de dolor orofacial fue de 40,2 %, siendo los dolores más frecuentes, el dolor al masticar o morder seguido del dolor en la articulación de la mandíbula o delante del oído y el ardor en la lengua o alguna parte de la boca.**Conclusión:** El estudio reveló una alta frecuencia de dolor orofacial, siendo los dolores de tipo dentoalveolar los más frecuentes.**Palabras clave:** dolor, dolor orofacial, frecuencia**ABSTRACT****Introduction:** The management of orofacial pain is relevant, due to its impact on the quality of life of those who suffer it. It usually has its origin in endoperiodontic lesions; however other causes must be considered to establish an accurate diagnosis and an effective treatment.**Objective:** To determine the frequency of orofacial pain, were measured the presence or absence of pain in regions of teeth, mouth and tongue, face and cheek, temporomandibular joint and anterior area of the ear.**Materials and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted in a population of 35 years and older, in Asunción and the metropolitan area in 2018. The sample consisted in 189 participants who were selected through a convenience non-probabilistic sampling; the data were collected using a self-administered questionnaire. They were evaluated according to their demographic characteristics, prevalence and location of pain and other associated factors.**Results:** The frequency of orofacial pain was 40.2 %, with the most common types being chewing or biting pain followed by pain caused by blisters, sores or ulcers on the lips or mouth.**Conclusion:** The study revealed a high frequency of orofacial pain, with dentoalveolar pain being most frequent.**Keywords:** pain, orofacial pain, frequency**INTRODUCCIÓN**

La ausencia de dolor orofacial es uno de los parámetros necesarios para gozar de salud bucodental⁽¹⁾. Sin embargo, el dolor tiene un impacto considerable en la vida de numerosas personas en todo el mundo, y los profesionales de la salud consideran la gestión clínica del dolor como una prioridad fundamental⁽²⁾.

El dolor orofacial es un dolor localizado en la región comprendida por encima del cuello, delante de las orejas y debajo la línea orbitomeatal, así como también el dolor dentro de la cavidad oral⁽³⁾. Se ha estimado que entre 13 y 26 % de la población general ha experimentado algún tipo de dolor orofacial, aunque estas cifras pueden variar según las regiones⁽⁴⁾, siendo su evaluación, diagnóstico y manejo un proceso complejo, multifactorial y multidisciplinar^(5,6).

Aunque principalmente el dolor oral es de origen odontogénico⁽⁷⁾, muchos dolores faciales tienen otros orígenes, debido a la diversidad de estructuras de la región de la cabeza y el cuello (por ejemplo, ojos, oídos, glándulas salivales, músculos, articulaciones, membranas de los senos, vasos sanguíneos intracraneales)^(8,9) o pueden ser referidos desde otros sitios⁽¹⁰⁾.

El dolor orofacial crónico podría definirse como aquel dolor orofacial que ha estado presente, de manera intermitente o continua por 3 o más meses. Adicionalmente, esta persistencia de dolor puede combinarse con otros signos de “cronificación”, tales como una fuerte asociación con problemas psicosociales, cambios frecuentes de profesional médico u odontológico y la extensión del dolor a otras zonas. Se ha estimado que la prevalencia del dolor orofacial crónico, excluyendo trastornos de dolor de cabeza, es de entre 7 y 11 %⁽¹¹⁾.

A pesar de las diversas clasificaciones⁽¹²⁾, en un nivel más básico, podría clasificarse el dolor orofacial como principalmente somático, visceral, neuropático y psicológico⁽³⁾. Los somáticos incluyen dolores musculoesqueléticos: ej., dolores musculares, dolor de la articulación temporomandibular (ATM), dolor óseo y periósticos, y dolor periodontal. Los dolores viscerales incluyen dolores pulpar, de las mucosas, neurovascular, de las glándulas salivales, etc. El dolor neuropático se origina en la lesión o alteración de las vías del dolor, principalmente la lesión de un nervio periférico debida a una cirugía o un traumatismo e incluyen las neuralgias y neuropatías que afectan la zona. Por último existen un amplio grupo de trastornos mentales que pueden relacionarse con el dolor, afectando la percepción que tiene el paciente de la intensidad del dolor y su respuesta ante este^(3,13). También existen factores de riesgo como el dolor crónico generalizado, el sexo femenino, la edad y la percepción subjetiva de la experiencia del dolor y el estrés^(9,14-16).

Siendo el dolor orofacial una causa frecuente de consulta y debido a las consecuencias ocasionadas en los que la padecen y ante la falta de datos existentes de la población paraguaya, que difiere de las demás poblaciones debido a su conformación socio-cultural y económica, se planteó como objetivo realizar una prueba piloto para determinar la frecuencia de dolor orofacial en una población mayor de 35 años y de esta manera establecer directrices que permitan llevar a cabo estudios de mayor envergadura, que reflejen con mayor exactitud los datos sobre esta afección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio piloto de tipo observacional descriptivo de corte transversal en pobladores del área metropolitana de Asunción. Fueron seleccionados a través de un muestreo por conveniencia 189 hombres y mujeres mayores de 35 años que aceptaron formar parte del estudio y que en el momento de la encuesta no se encontraban consultando en alguna unidad de salud.

Se aplicó un cuestionario estructurado basado en el estudio de Lipton et al.⁽¹⁷⁾, a través del cual se interrogó sobre los eventos de dolor orofacial que hubieran presentado en los últimos 6 meses, aspectos descriptivos del o los eventos dolorosos orofaciales

experimentados, tales como localización, duración, intensidad y ausentismo laboral debido a la consulta, además de variables demográficas. Antes de iniciar la encuesta se explicaron los objetivos del estudio a los participantes y se les informó que la participación era voluntaria. Los datos de identificación de los participantes se mantuvieron de forma confidencial.

Toda la información fue auto-reportada por los entrevistados y no se realizó ningún tipo de examinación clínica ni diagnóstico de acuerdo a lo respondido. Los datos fueron tabulados en una hoja de cálculo y los resultados presentados, usando herramientas de estadística descriptiva y analítica. Se utilizó la prueba del Chi-cuadrado para determinar si existe asociación entre tipo de dolor orofacial y sexo, con un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se encuestaron a 189 sujetos de los cuales el 61,9 % fue del sexo femenino, el 46,6 % tuvo un nivel educativo universitario (Tabla 1) y el 39,2 % de los encuestados residió en Asunción. El 45,0 % tuvo entre 46 y 56 años de edad, siendo el promedio 50 años (DT=9,2).

Tabla 1. Frecuencia (porcentaje) de encuestados según haya experimentado algún tipo de dolor orofacial durante los últimos seis meses. (n=189)

Variables	Dolor orofacial			Total
	Sí	No	N/R	
Sexo				
Femenino	51 (43,6)	59 (50,4)	7 (6,0)	117 (100,0)
Masculino	25 (34,6)	40 (55,6)	7 (9,7)	72 (100,0)
Grupo etario				
35 a 45	30 (49,2)	25 (41,0)	6 (9,8)	61 (100,0)
46 a 56	33 (35,8)	19 (55,3)	3 (8,9)	85 (100,0)
57 o más	13 (30,2)	27 (62,8)	3 (7,0)	43 (100,0)
Nivel educativo				
Primario	11 (64,7)	5 (29,4)	1 (5,9)	17 (100,0)
Secundario	35 (42,2)	43 (51,8)	5 (6,0)	83 (100,0)
Universitario	29 (32,9)	51 (58,0)	8 (9,1)	88 (100,0)
No responde	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Total	76 (40,2)	99 (52,4)	14 (7,4)	189 (100,0)

El 40,2 % (76/189) experimentó algún tipo de dolor orofacial en los 6 meses previos a la encuesta y de éstos, 38 reportaron que las primeras manifestaciones del dolor ocurrieron aún antes. La mayoría de los encuestados reportó que el dolor al masticar o morder fue el tipo de dolor orofacial más frecuente (Figura 1). Se encontró una asociación significativa entre sexo y dolor en la articulación temporomandibular ($p=0,026$) y ardor en la lengua o alguna otra parte de la boca ($p=0,029$).

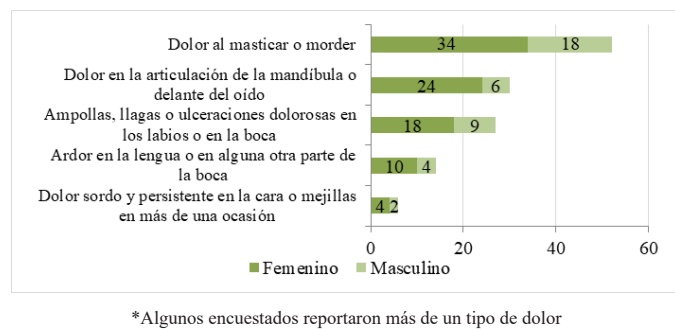


Figura 1. Población de estudio con experiencia de dolor orofacial en los últimos seis meses según sexo*. (n=76)

Tabla 2. Población de estudio según experiencia de dolor orofacial en los últimos seis meses. (n=189)

Variables	Dolor orofacial			Total
	Sí	No	N/R	
¿Consultó con un odontólogo en los últimos seis meses?				
Sí	50	47	6	103
No	26	52	8	86
Motivo de consulta*				
Estética	10	27	1	38
Dolor/Molestia	22	5	0	27
Tratamiento de caries	14	9	2	25
Implantes	6	4	2	12
Otro	7	5	1	13
Control	1	0	0	1
¿Cuándo fue la última vez que consultó con un odontólogo? (n = 86)				
6 meses a 1 año	6	8	0	14
1 a 2 años	7	16	2	25
2 a 5 años	3	12	2	17
Más de 5 años	7	10	0	17

*Mas de una opción podían ser marcada

El 54,5 % (103/189) de los encuestados mencionó que consultó con un odontólogo en los últimos 6 meses. Sin embargo, de los 76 sujetos que reportaron dolor orofacial en los últimos 6 meses 34,2 % (26/76) no consultaron con un odontólogo. El 36,9 % (38/103) manifestó que el motivo principal de consulta fue por razones estéticas, el 26,2 % (27/103) por dolor o molestias y 24,3 % (25/103) por tratamiento de caries (Tabla 2).

En cuanto al comportamiento temporal (periodicidad) de acuerdo con la región anatómica afectada, los pacientes reportaron mayormente dolor intermitente (iba y venía) en las siguientes regiones: ardor en la lengua o en alguna otra parte de la boca (78,6 %), dolor en la articulación de la mandíbula o delante del oído (77,8 %) o dolor sordo y persistente en la cara o mejillas (66,7 %).

Lo respondido sobre la duración del dolor en la ATM, ardor en la lengua y dolor sordo y persistente en la cara y mejilla experimentado en los últimos 6 meses se detalla en la Tabla 3. En la mayoría de los casos, el dolor tuvo una duración de 1 a 5 días. Los dolores más prolongados eran menos frecuentes. La intensidad del dolor en ATM y el dolor sordo y persistente en cara y mejillas se indagó a través de una escala analógica, obteniéndose los valores descriptos en la Tabla 4.

En 16 personas que han referido padecer dolor orofacial durante 2 o más meses diferentes, se ha encontrado que el 37,5 % (n=6) ha consultado con el odontólogo para tratar dicho dolor y 25,0 % (n=4) realizó interconsulta con algún médico. Asimismo 43,8 % (n=7) refirió que al experimentar dolor orofacial les preocupó el estado de salud de sus dientes y/o encías y 50,0 % (n=8) refirió que al experimentar dolor orofacial les preocupó su estado de salud en general.

Además, el 43,8 % (n=7) mencionó que debido a la consulta odontológica tuvo que faltar, llegar tarde o salir temprano del trabajo y 43,8 % (n=7) que uno de los motivos principales para no consultar con el odontólogo fue la falta de tiempo, seguido por el miedo (25,0 %) y la falta de recursos económicos (18,8 %).

Tabla 3. Población de estudio con dolor orofacial en los último seis meses según duración del dolor en días. (n=50)

Tipo de dolor orofacial	Duración (días)					
	1-5	6-15	16-30	Más de 30	Todos los días	NS/NR
Dolor en la articulación de la mandíbula o delante del oído (n=30)	63,3	16,7	3,3	3,3	3,3	10,0
Ardor en la lengua o en alguna otra parte de la boca (n=14)	64,3	21,4	-	-	-	14,3
Dolor sordo y persistente en la cara o mejillas en más de una ocasión (n=6)	50,0	33,3	16,7	-	-	-

Tabla 4. Población de estudio con experiencia de dolor durante más de seis meses según tipo e intensidad del dolor. Los valores corresponden a porcentaje.

Intensidad del dolor en su peor momento	Tipo de dolor orofacial	
	Dolor en la articulación de la mandíbula o delante del oído (n=30)	Dolor sordo y persistente en la cara o mejillas en más de una ocasión (n=6)
Leve (1 a 3)	23,3	16,7
Moderado (4 a 7)	46,7	16,7
Severo (8 a 10)	26,7	50,0
NR	3,3	16,7

DISCUSIÓN

Los datos utilizados en el presente estudio se basaron en los reportes de síntomas experimentados por los participantes sin examinación física o clínica. Esto podría resultar en un sesgo de los estimadores reportados. Sin embargo, el dolor de cualquier tipo es un fenómeno subjetivo, por tanto, los clínicos y los investigadores pueden obtener información básica sólo a través de reportes individuales. La prevalencia del dolor orofacial varía de un lugar a otro y entre diferentes grupos de edad⁽¹⁸⁻²⁴⁾. En el presente estudio se encontró una frecuencia de 40,2 %, cifra más alta que lo reportado por otros estudios en poblaciones similares (Tabla 5). Díaz Guzmán et al.⁽¹⁹⁾ reportaron una prevalencia de 51,0 % en personas que acudieron a una clínica odontológica universitaria en busca de atención. Una cifra alta es esperada en centros de atención sanitaria pero una cifra alta en la población general es preocupante desde el punto de vista epidemiológico.

El 65,8 % (50/76) de los pacientes que reportaron dolor orofacial consultaron con un odontólogo en los últimos 6 meses, sin embargo, sólo 22 refirieron haber consultado por dolor o molestia. El dolor es uno de los motivos más frecuentes para consultar con un odontólogo. Adicionalmente, el dolor incorrectamente diagnosticado o mal controlado en odontología es el principal

evento adverso informado por odontólogos y por pacientes⁽⁹⁾ y aunque este trabajo se limitó a una encuesta exploratoria es importante destacar la importancia de una historia clínica cuidadosa⁽²⁵⁾. Así, para un correcto diagnóstico y manejo del dolor, varios autores sugieren tener en cuenta el momento de aparición del dolor, localización, duración, entre otros factores^(2,7,10,14).

En cuanto a los dolores sufridos en los 6 meses previos al momento de aplicación del cuestionario, los más frecuentes han sido los dolores agudos (dolores al masticar o morder, dolores de origen dentario en primer lugar y dolor a causa de ampollas, llagas o ulceraciones en los labios o en la boca en tercer lugar). Estos datos concuerdan con los encontrados por otros autores que consideran que los dolores de tipo odontogénico siguen siendo la principal causa de dolor en la región orofacial^(2,7,15).

Los dolores en la articulación temporomandibular o delante del oído se encuentran en segundo lugar de los dolores más frecuentes con un 15,9 % (30/189) de la población y afectaron a cuatro veces más mujeres que a hombres. El dolor en la articulación temporomandibular corresponde a la segunda condición musculoesquelética más común (después del dolor lumbar crónico) que produce dolor y discapacidad⁽⁸⁾. Lipton et al.⁽¹⁷⁾, reportaron porcentajes más bajos que el presente estudio y

Tabla 5. Prevalencia de dolor orofacial en varias poblaciones.

Estudio	País	N	Edad	Prevalencia Orofacial (%)	Prevalencia de Dolor Odontogénico (%)
Presente estudio	Paraguay	189	≥35	40,2	27,5
Lipton et al. ⁽¹⁷⁾	E. E. U. U.	116929	≥18	22	14
Horst et al. ⁽¹⁸⁾	E. E. U. U.	1668	≥18	16,1	9,1
Díaz Guzmán et al. ⁽¹⁹⁾	México	915	≥15	51,04	22,8
Ravaghi et al. ⁽²⁰⁾	Canadá	5284	6 - 79	12 (solo dolor oral)	-
Bastos et al. ⁽²¹⁾	Brasil	3353	≥20	-	18
Chung et al. ⁽²²⁾	Corea del Sur	1032	≥55	42	27
Macfarlane et al. ⁽²³⁾	Reino Unido	1510	18-65	19	7
Montero et al. ⁽²⁴⁾	España	540	35-44	32 (solo dolor oral)	-

dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

Para considerar un dolor como crónico, el síndrome doloroso debe estar presente durante más de 12 semanas o persistir más allá del tiempo de curación esperado⁽²⁶⁾. El dolor orofacial agudo (afecciones como úlceras aftosas y pulpitis irreversible) es manejado y comprendido fácilmente por la mayoría de los odontólogos, mientras que el dolor orofacial crónico, que tiende a ser refractario, es a menudo confuso, con un diagnóstico difícil y multidisciplinario donde el éxito de tratamiento es limitado⁽³⁾. Además, este tipo de dolor repercute negativamente en la personalidad y forma de vida del enfermo por sus consecuencias físicas, psíquicas (depresión e hipocondría), sociales (aislamiento) y económicas (consultas con varios tipos de especialista, compra de medicamentos)⁽²⁷⁾.

Otro punto a tener en cuenta es que los encuestados han afirmado padecer de más de un tipo de dolor en forma conjunta (46 %), así tanto los dolores odontogénicos como los no odontogénicos pueden llegar a coexistir por lo que se hace necesario distinguir ambos tipo de dolores para evitar un tratamiento odontológico innecesario y organizar la derivación adecuada para el paciente. Debido a la complejidad de la zona donde cursa el dolor, el diagnóstico puede ser erróneo o ineficaz repercutiendo en la cantidad de visitas y profesionales de la salud que el paciente debe acudir⁽²⁵⁾ lo que implica un mayor costo económico a nivel personal y público^(10,27).

En el presente trabajo se ha observado que 16 pacientes han reportado padecer dolores por 2 o más meses diferentes y muchos de ellos han buscado ayuda tanto en odontólogos como en médicos en variadas ocasiones y que dichos dolores han creado preocupación, tanto por su estado de salud bucodental como general. Además, se ha encontrado que los encuestados han alegado ausentismo laboral a causa del dolor y la imposibilidad de asistir a consulta debido a la falta de tiempo o por el coste económico de las consultas.

El dolor en la región orofacial es psicológicamente importante, ya que está implicado en funciones biológicas vitales como comer, beber, hablar y el comportamiento sexual⁽²⁶⁾ y cuando este dolor se vuelve crónico muchas personas tienen dificultades para comprender la causa, lo que genera confusión y ansiedad, por lo que el especialista debe estar preparado para dar explicaciones claras y contrarrestar los sentimientos negativos del paciente⁽²⁸⁾.

CONCLUSIONES

Dentro de las limitaciones del presente estudio, podemos concluir que existe una alta frecuencia de dolores en la región orofacial. Los dolores al masticar o morder seguidos de dolores de la articulación temporomandibular y dolor a causa de ampollas, llagas o ulceraciones en los labios o en la boca son los más frecuentes. Se reportó la presencia en forma conjunta más de 2 dolores en una proporción relativamente alta.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Contribución de autores: María Soledad Meza: Recolección

de datos/información, preparación del manuscrito, análisis/discusión de los datos, revisión bibliográfica, revisión de la versión final. Fátima Bañuelos-Gómez: Análisis/discusión de los datos, revisión bibliográfica, revisión de la versión final. Jorge Escobar: Recolección de datos/información, análisis/discusión de los datos, revisión bibliográfica, revisión de la versión final. Gabriela Ballasch: Revisión bibliográfica, análisis/discusión de los datos, revisión de la versión final. Carlos G. Adorno: Concepción/diseño de trabajo, análisis/discusión de los datos, revisión bibliográfica, preparación del manuscrito, revisión de la versión final.

Financiamiento: El trabajo no recibió financiación externa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. [citado el 17 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Pigg M, Nixdorf DR, Law AS, Renton T, Sharav Y, Baad-Hansen L, et al. New International Classification of Orofacial Pain: What Is in It For Endodontists? *J Endod.* 2021;47(3):345–57. doi:10.1016/j.joen.2020.12.002
3. Racich MJ. Occlusion, temporomandibular disorders, and orofacial pain: An evidence-based overview and update with recommendations. *J Prosthet Dent.* 2018;120(5):678–85. doi:10.1016/j.prosdent.2018.01.033
4. Nixdorf DR, Drangsholt MT, Ettl DA, Gaul C, De Leeuw R, Svensson P, et al. Classifying orofacial pains: a new proposal of taxonomy based on ontology. *J Oral Rehabil.* 2012;39(3):161–9. doi:10.1111/j.1365-2842.2011.02247.x
5. Crandall JA. An Introduction to Orofacial Pain. *Dent Clin North Am.* 2018;62(4):511–23. doi:10.1016/j.cden.2018.05.001
6. Zakrzewska JM. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *J Headache Pain.* 2013;14(1):37. doi:10.1186/1129-2377-14-37
7. Jonsson Sjögren J, Kvist T, Eliasson A, EndoReCo, Pigg M. The frequency and characteristics of pain and discomfort associated with root filled teeth: a practice-based study. *Int Endod J.* 2019;52(9):1264–73. doi:10.1111/iej.13124
8. Daline IH, Slade GD, Fouad AF, Nixdorf DR, Tchivileva IE. Prevalence of painful temporomandibular disorders in endodontic patients with tooth pain. *J Oral Rehabil.* 2023;50(7):537–47. doi:10.1111/joor.13457
9. Ananthan S, Benoliel R. Chronic orofacial pain. *J Neural Transm.* 2020;127(4):575–88. doi:10.1007/s00702-020-02157-3
10. Ghurye S, McMillan R. Orofacial pain – an update on diagnosis and management. *Br Dent J.* 2017;223(9):639–47. doi:10.1038/sj.bdj.2017.879
11. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* 2015;156(6):1003–7. doi:10.1097/j.pain.000000000000160
12. Zakrzewska JM, Jensen TS. History of facial pain diagnosis. *Cephalalgia.* 2017;37(7):604–8. doi:10.1177/0333102417691045
13. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalalgia.* 2020;40(2):129–221. doi:10.1177/0333102419893823

14. Honda Y, Handa T, Fukuda K, Koukita Y, Ichinohe T. Comparison of Risk Factors in Patients With Acute and Chronic Orofacial Pain. *Anesth Prog.* 2018;65(3):162–7. doi:10.2344/anpr-65-02-05
15. Bäck K, Hakeberg M, Wide U, Hange D, Dahlström L. Orofacial pain and its relationship with oral health-related quality of life and psychological distress in middle-aged women. *Acta Odontol Scand.* 2020;78(1):74–80. doi:10.1080/00016357.2019.1661512
16. Häggman-Henrikson B, Liv P, Ilgunas A, Visscher CM, Lobbezoo F, Durham J, et al. Increasing gender differences in the prevalence and chronification of orofacial pain in the population. *PAIN.* 2020;161(8):1768. doi:10.1097/j.pain.0000000000001872
17. Lipton J, Ship J, Larach-Robinson D. Estimated Prevalence and Distribution of Reported Orofacial Pain in the United States. *J Am Dent Assoc.* 1993;124(10):115–21. doi:10.14219/jada.archive.1993.0200
18. Horst OV, Cunha-Cruz J, Zhou L, Manning W, Mancl L, DeRouen TA. Prevalence of pain in the orofacial regions in patients visiting general dentists in the Northwest Practice-based REsearch Collaborative in Evidence-based DENTistry research network. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(10):721–728.e3. doi:10.1016/j.adaj.2015.04.001
19. Díaz-Guzmán LM, Flores ACH, Suárez JLC. Prevalence of craniofacial pain in patients seeking dental attention. *Rev Asoc Dent Mex.* 2008;65(6):285–90.
20. Ravaghi V, Quiñonez C, Allison PJ. Oral pain and its covariates: findings of a Canadian population-based study. *J Can Dent Assoc.* 2013;
21. Bastos J, Gigante D, Peres K. Toothache prevalence and associated factors: a population-based study in southern Brazil. *Oral Dis.* 2008;14(4):320–6. doi:10.1111/j.1601-0825.2007.01379.x
22. Chung JW, Kim JH, Kim HD, Kho HS, Kim YK, Chung SC. Chronic orofacial pain among Korean elders: prevalence, and impact using the graded chronic pain scale. *Pain.* 2004;112(1):164–70. doi:10.1016/j.pain.2004.08.014
23. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Craven R, Zakrzewska JM, Atkin P, Escudier MP, et al. Can one predict the likely specific orofacial pain syndrome from a self-completed questionnaire? *Pain.* 2004;111(3):270–7. doi:10.1016/j.pain.2004.07.002
24. Montero J, Bravo M, Vicente M-P, Galindo M-P, López-Valverde A, Casals E, et al. Oral Pain and Eating Problems in Spanish Adults and Elderly in the Spanish National Survey Performed in 2005. 2011;
25. Bender SD. Assessment of the Orofacial Pain Patient. *Dent Clin North Am.* 2018;62(4):525–32. doi:10.1016/j.cden.2018.05.002
26. Ayoub LJ, Seminowicz DA, Moayed M. A meta-analytic study of experimental and chronic orofacial pain excluding headache disorders. *NeuroImage Clin.* 2018;20:901–12. doi:10.1016/j.nicl.2018.09.018
27. Shueb SS, Nixdorf DR, John MT, Alonso BF, Durham J. What is the impact of acute and chronic orofacial pain on quality of life? *J Dent.* 2015;43(10):1203–10. doi:10.1016/j.jdent.2015.06.001
28. Lovette BC, Bannon SM, Spyropoulos DC, Vranceanu A-M, Greenberg J. “I Still Suffer Every Second of Every Day”: A Qualitative Analysis of the Challenges of Living with Chronic Orofacial Pain. *J Pain Res.* 2022;15:2139–48. doi:10.2147/JPR.S372469