

# BRUXISMO Y SU ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Fga. Silvia L. BERMUDEZ

Fga. María del Pilar TOURN

Fga. Cristina CARDULLI

Prof. Adriana ROVELLA (Eutonista)

## ORIGEN

Desde siempre la historia de la Humanidad ha hecho referencia al acto conocido hoy como Bruxismo o Bruxomanía. La primera referencia se encuentra en la Biblia, cuyo "Antiguo Testamento" habla del crujiir y rechinar de dientes con relación a los castigos eternos.

En la historia de la Odontología, Kasolyi (1902) es uno de los pioneros en la investigación en este campo. El mencionaba que prácticamente todos los seres humanos en algún período de su vida ejercían fuerzas anormales en su sistema masticatorio.

Fue en 1907 cuando apareció por primera vez en una publicación francesa el término de Bruxomanía por Marie y Ptieckevicz.

En 1928 cuando apareció por primera vez en una publicación francesa el término de "hábitos oclusales Neuróticos".

Posteriormente, Miller (1936) sugirió el uso del término Bruxomanía para aquellos episodios de apretamiento de dientes durante los períodos concientes del individuo; y *Bruxismo* cuando dicha patología transcurría durante el sueño.

Ramford y Ash (1971) sugieren en su texto la división entre *Bruxismo Céntrico* y *Bruxismo Excéntrico*, para distinguir en cuál posición mandibular se está produciendo el problema. El primero se refiere al acto de apretamiento, mientras que la segunda denominación será para el rechinar de dientes.

## DEFINICION

El término bruxismo deriva del griego *brychein* que significa apretar y rechinar los dientes vigorosamente.

En sentido global, este hábito es una perturbación en la dinámica bucal. Diversos autores la definen desde distintos enfoques pero coinciden en el significado del mismo:

- I. Según el Dr. Eduardo Michael, el bruxismo puede definirse como la hiperactividad no fisiológica de la musculatura masticatoria, que se traduce clínicamente por el contacto oclusal repetido, constante o intermitente y que se manifiesta por apretamiento, rechinar, frotamiento o

golpeteo dentarios.

- II. En opinión del doctor inglés Eschler, el bruxismo es el apretamiento o rechinar de los dientes cuando el individuo no está masticando o deglutiendo; pueden suceder como movimientos rítmicos de lado a lado a través de una presión sostenida. El apretamiento es el continuo o intermitente cerramiento de las mandíbulas bajo presión vertical. También se expresan como golpeteos y montadura del diente en una manera repetitiva y aislada de contactos localizados.
- III. En el libro "Neurofisiología de la oclusión" de los odontólogos Echeverri Guzmán y Sencherman Kovalski (1990), se define al bruxismo como el acto compulsivo de apretar y/o rechinar los dientes, ya sea en forma consciente o inconsciente, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen psicossomático que llegan a desencadenar toda la gama de patología observable en la boca de los pacientes.
- IV. Otros autores coinciden en definir como nombre genérico de bruxismo a todo contacto dentario con presión y/o deslizamiento de los dientes entre sí, fuera de los actos fisiológicos de la masticación y deglución.

## ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

Algunos autores consideran que existe una cierta predisposición al bruxismo; chicos de padres bruxistas son más aptos a serlo que aquellos de padres no bruxistas.

Olkimova (1972) divide a los bruxistas en dos categorías:

1. Aquellos en los cuales el bruxismo está asociado con hechos de tensión nerviosa.
2. Aquellos cuyo bruxismo no tiene asociación semejante. Concluye que el bruxismo hereditario es



mucho más común en el grupo de los no tensionales.

Hoy en día, en razón de la presencia del bruxismo sin relación con desórdenes o defectos neurológicos se considera que estas actividades parafuncionales se pueden dar en sujetos normales siempre y cuando existan:

- a) Factores psíquicos
- b) Factores externos
- c) Factores internos

### a) Factores psíquicos:

Thisler en 1928 fue el que usó el término de "hábito oral neurótico".

Muchos estudios realizados en niños bruxistas relacionan este hábito con problemas emocionales, tomando como base el hecho de que la boca es un lugar de descarga de tendencias agresivas.

Generalmente son pacientes con un alto grado de ansiedad y frustración, que manifiestan este hábito más frecuentemente durante el sueño.

La relación entre estados emocionales y tensión muscular parece ser mejor entendida. Los diferentes estudios realizados demostraron que el incremento de la tensión del músculo masetero está directamente relacionada con la situación de sobrefatiga durante el día.

Esta experiencia ha mostrado consistentemente una fuerte interrelación entre la actividad del músculo masetero (bruxismo) y la sobrefatiga (stress).

Otro aspecto a tener en cuenta es lo que concierne a la percepción de stress por pacientes bruxistas. Un estudio sugiere que pacientes experimentando el mayor aumento de bruxismo tienen a su vez poca habilidad para reconocer cuando ellos están bajo stress. Esto puede suceder porque sujetos con bruxismo crónico están constantemente sobre-reaccionando al stress y por consiguiente no pueden determinar cuándo éste aumenta. Alternativamente puede ser que los sujetos con bruxismo simple nunca aprendieron a reconocer o atender los cambios fisiológicos que ocurren durante situaciones stressantes.

Trazados electromiográficos muestran la relación de estos factores mencionados, pero se podría concluir por sobre todo que el stress emocional y la predisposición de factores orales pueden actuar juntos para producir bruxismo.

### b) Factores externos:

Aquí se pueden mencionar todos aquellos aspectos negativos dentro de los parámetros normales de oclusión:

- Contactos prematuros en los movimientos de cierre.
- Interferencias oclusales en movimientos excéntricos.
- Restauraciones defectuosas que de alguna forma sean responsables de la disarmonía en las relaciones oclusales normales.

### c) Factores internos:

Muchos investigadores como Miller (1943), Hufschmid-Kerin (1952), daban como parte muy importante en la etiología del bruxismo las deficiencias nutricionales, índices deficitarios de calcio, hipoavitaminosis, disturbios gastrointestinales, parásitos y alteraciones de la presión sanguínea.

Actualmente se consideran causas primarias desencadenantes del problema la presencia de factores oclusales negativos, más la tensión nerviosa o sobrecarga emocional.

El bruxismo también se presenta en personalidades perturbadas y en sujetos con discapacidades mentales, donde la presencia del mismo ocupa un alto porcentaje.

## CLINICA DEL BRUXISMO

El bruxismo se presenta en toda la población siendo más elocuente su presencia en el sexo femenino, donde el 67% se contraponen con el 33% en los hombres. Este porcentaje tan elevado tiene su explicación en la mayor inestabilidad psíquica de la mujer, comprobado por pruebas psicológicas específicas.

Su existencia en número en la población infantil se iguala a la del adulto. No se puede asegurar que el número que padece este hábito lo acentuará en la adultez, pero sí se puede afirmar que el mismo decrece en los últimos decenios de vida.

El infante está orientado oralmente, pues la boca constituye el centro de manipulación autosatisfacción. Si observamos su conducta vemos que lleva cualquier elemento a la boca para su reconocimiento, dada la discriminación táctil de los labios y lengua. La cavidad oral, además, es un sitio importante de relación interpersonal del niño, especialmente con la madre en el amamantamiento. Durante el desarrollo esta sensación oral continúa siendo en el adulto una región importante de expresión sexual.

Esta riqueza de sensibilidad oral está a cargo de la gran representación y diversificación de receptores. Estos -ubicados en diferentes zonas del cuerpo- transforman el estímulo por un mecanismo de transducción en "potenciales de acción" que, a través de vías aferentes o sensitivas, llegan al Sistema Nervioso Central, pudiendo evocar por sus conexiones corticales una senso-percepción.

Todos los receptores tienen umbral de excitación frente al cual se produce la descarga, dependiendo, además, del tipo de energía excitadora. Se pueden mencionar receptores del dolor, del frío, del calor, etc.

Un rasgo fisiológico importante es que los receptores presentan el proceso llamado *adaptación*, que se refiere a la disminución o cese de la descarga a pesar de que la estimulación sea mantenida constante.

Este fenómeno -que se puede producir por una adaptación del mecanismo generador de impulsos de los receptores que desencadenan una elevación gradual del umbral de excitación del receptor- tiene una gran importancia en el trauma



oclusal y el bruxismo.

El bruxismo se presenta durante el sueño preferentemente. Llamado también "fenómeno de Karolji", no se diferencia del diurno en cuanto a la forma de manifestarse.

Estudios del bruxismo en el sueño, demostraron que puede ocurrir en cualquier momento de éste, pero puede aparecer más en el paso de sueño profundo a liviano. En horas de vigilia se puede observar en momentos de mucha concentración, distracción y sobrefatiga.

La intensidad con que se produce el rechinar de dientes noche a noche, varía de acuerdo a las vivencias y el stress acumulado durante el día.

El bruxismo se presenta como contracciones musculares bilaterales o unilaterales. Datos de Rugh indican que el 83% de un grupo de bruxistas cuando fueron monitoreados mostraban contracciones bilaterales, mientras que el 17% presentaban contracciones unilaterales. La primera posibilidad ocurre con frecuencia en una posición excéntrica, la cual es particularmente nociva para el sistema estomatognático.

Si bien los bruxistas tienen patrones o modelos similares, la observación de la atrición del diente no indica necesariamente si la actividad del bruxismo es corriente. Cuando ocurre un activo rechinar dental, los prismas del esmalte son rotos y se tornan altamente reflectivos a la luz. De este modo, el brillo de las facetas luminosas son usualmente el mejor indicador para el diagnóstico de bruxismo activo.

### SINTOMATOLOGIA

En opinión de distintos autores que tomaron como población 100 pacientes -33 hombres y 67 mujeres- con bruxismo, que a su vez padecían de enfermedad periodontal común y/o síndrome traumático temporomandibular, y cuyas edades oscilaban entre los 16 y 76 años, con un promedio de 40 años, los signos y síntomas que denotan bruxismo son:

- a. atrición dentaria en diversos grados (abrasión)
- b. sensación de dientes flojos al despertar
- c. movilidad dentaria a la inspección
- d. hipertonismo muscular
- e. dolor de la musculatura masticatoria
- f. dolor en la A.T.M.
- g. ruidos audibles
- h. hipersensibilidad pulpar
- i. periodontitis
- j. lilitación moderada de la apertura bucal, sobre todo a la mañana

k. ligera hipertrofia maseterina bilateral

Secundario a estos síntomas específicos pueden tener alteraciones a nivel auditivo, como por ejemplo, hipoacusia de transmisión, que suele presentarse con acúfenos de tonalidad aguda no permanentes; sensación de oído tapado en el momento de la deglución, atribuido a una disfunción tubaria mecánica que da una deficiente aireación en el oído medio, o como dice Sichu, por la rémora de la circulación linfovenosa o edema concomitante.

Se detallarán a continuación cada uno de los signos y síntomas:

a) Existen cuatro grados de atrición de acuerdo con el diente más afectado, considerando que esa pieza dentaria es la que entra en contacto con más frecuencia con su antagonista; característica fundamental del paciente bruxista.

Ellos son:

Grado I: atrición de esmalte

Grado II: atrición de esmalte y dentina

Grado III: atrición de esmalte y dentina secundaria

Grado IV: atrición de esmalte y dentina con exposición pulpar

b) Según Mulhemann es un hecho comprobado que la movilidad dentaria es mayor al despertar que al final del día. Utilizó para esto el periodontómetro, más el interrogatorio al paciente, lo cual subjetivizó la prueba.

c) Este es un signo característico del enfermo periodontal, pero se ve incrementado en el paciente bruxista por lo que resulta muy importante su evaluación.

d) Se evalúa a través de la palpación de la musculatura masticatoria, especialmente el masetero y el temporal. Es difícil evaluar el correcto tonismo muscular, pero se cree que el hipertonismo se da frecuentemente en los bruxistas.

e) Es de primordial importancia la evaluación del estado muscular en el diagnóstico del hábito ya que por su sola existencia puede afirmarse la presencia del bruxismo.

f) El dolor se evalúa por la palpación manual de las zonas: masternia, temporal, pterigideo externo e interno, suproioidea, cervicales y post cervicales, y por el informe del paciente.

g) Su evaluación se corrobora con el informe del paciente, o de un familiar que aporta datos sobre su comportamiento durante las horas de sueño o mediante la colocación de un grabador. Se cree que el rechinar que se produce es un signo presuntivo de la existencia del hábito.

h) Este signo se explica por las alteraciones que sufre la pulpa ante la reacción de ésta a los cambios térmicos: frío o calor. Es menos frecuente que la periodontitis.

i) No es muy frecuente tampoco este signo. Se produce por la descompensación del ligamento periodontal ante las



fuertes presiones soportadas por la pieza dentaria (no tolerada). Se evalúa mediante la percusión vertical y horizontal con un instrumento odontológico, y por el informe suministrado por el paciente.

j) Dada la intensa actividad bruxística nocturna, el paciente se encuentra al despertar con poca movilidad mandibular.

k) Aumento del tamaño del músculo por hiperfunción que produce asimetría facial en algunos casos.

De los pacientes estudiados se concluyó que un alto porcentaje (96%) presentaba aumento de la tonicidad muscular, un 92% dolor a la palpación y sólo un 26% hipertrofia muscular.

### TRATAMIENTO

Atacar el problema integral supone un trabajo de interrelación entre las diferentes especialidades para que el hábito del bruxismo no sea encuadrado en una faz puramente odontológica.

Esto debe hacerse a través de un equipo interdisciplinario, coordinado y adecuado a cada caso, para la recuperación anátomo-funcional y psicológica del sujeto.

Este equipo interdisciplinario, luego del diagnóstico clínico realizado por el odontólogo, tratará al paciente bruxista en tres aspectos fundamentales:

- 1) Odontológico
- 2) Psicológico
- 3) Fonoaudiológico
- 4) Corporal consciente

#### 1) Tratamiento odontológico:

Se le brinda al paciente toda la explicación de su problema y sus efectos negativos.

Pueden utilizarse tratamientos con drogas tales como tranquilizantes y relajantes musculares.

Ware y asociados propusieron el uso de bajas dosis de antidepressivos tricíclicos para lograr la inhibición del bruxismo nocturno, ya que esta droga tiene un efecto rápido en la estructura del sueño.

Según el Dr. Echeverri Guzmán, sigue siendo el más universal y efectivo a largo plazo el aparato nocturno o placas desprogramadoras, ya que éstas protegen la superficie dental y disipan las fuerzas incrementadas en el sistema músculo-esquelético. Esta técnica es más práctica para corregir el hábito nocturno que el diurno.

Se le indica al paciente el uso de la placa en forma periódica durante el bruxismo. Esta debe ser reajustada a las 2 ó 3 semanas. El odontólogo debe usar su propio criterio para determinar el uso indefinido de las placas o bien el tratamiento discontinuo hasta que desaparezcan los síntomas.

#### 2) Tratamiento psicológico:

El psicólogo se basa para el mismo en los datos otorgados por el odontólogo y el paciente, y es así como ubica la historia del hábito, las situaciones traumáticas con que se relaciona, conflictos emocionales subyacentes y asociados con la tensión emocional, para enfrentar adecuadamente los pasos a seguir y encausar al paciente desde el punto de vista emocional y psicológico.

#### 3) Tratamiento fonoaudiológico:

Está orientado fundamentalmente al entrenamiento en relajación, control neuromuscular y respiración.

El primer objetivo terapéutico debe ser alcanzar un buen rapport entre fonoaudiólogo y paciente que se traduce en una sólida relación afectiva.

Debemos otorgar especial importancia a la obtención y mantenimiento de la relajación en función de un equilibrio neuromuscular general, haciendo que el paciente sepa diferenciar las zonas tensas de su cuerpo y las distendidas.

Las partes que se trabajan son:

- ✓ Cara, en especial, la musculatura que interviene con los órganos que sirven a la masticación y articulación.
- ✓ Cuello, musculatura perilaríngea y cervical, como esternocleidomastoideo, trapecios y hombros.

El paciente deberá participar con interés de la tarea reeducativa; con niños, el núcleo familiar cumple un rol fundamental.

Tenemos que tener en cuenta que estamos frente a una individualidad a la que se debe respetar con sus estados emocionales, gustos y características personales.

No todos los pacientes poseen las mismas tensiones y en muchos, éstas son difíciles de percibir, por ello es importante una exhaustiva observación e investigación para evitar los malos hábitos que a posteriori se convertirán en un obstáculo difícil de salvar para superar los síntomas del bruxismo.

#### 4) Tratamiento corporal:

Hay variados métodos, técnicas y recursos basados en una amplia realidad de disciplinas: kinesiología, yoga, métodos corporales concientes: eutonía, gimnasia conciente, senso-percepción, etc.

Abordando desde las últimas propuestas mencionadas cuando una persona se acerca con las molestias y la preocupación de su tensión en la articulación temporomandibular, o el apriete sistemático de los dientes, aún en el dormir (signos descritos anteriormente como bruxismo), se desarrolla la entrevista, con un interrogatorio o una invitación al relato de la situación, procurando un estado de máxima atención y observación, porque la persona no sólo se cuenta en la palabra, sino que su cuerpo es también su expresión. (Generalmente estos estados tienen que ver con situaciones de máxima tensión y de gran contención).



La propuesta, según los casos, será la inclusión en un pequeño grupo y/o tratamiento individual.

El propósito es que la persona, progresivamente, pueda tomar conciencia de sí a través de su cuerpo; que encuentre la posibilidad de distenderse, de descomprimirse, de recuperar o encontrar el espacio de su cuerpo y los espacios en su cuerpo: entre los tejidos, articulaciones, conectándose con la piel a través de apoyos, de toques, en la quietud y en movimiento, integrando el espacio más tenso y dolorido a la totalidad. Llegando progresivamente (según los casos, la urgencia y el transcurrir del tratamiento) a la conexión más directa de hombros, cuello, cabeza, cavidad bucal (recorrida con la lengua o con los dedos), la articulación tempo mandibular, moviendo desde el mentón en distintas direcciones, usando objetos (pelotas de tenis, castañas, caña de bambú).

A través de la toma de conciencia, de la sensibilización y aproximación a la zona, de otra manera que no sea la agresiva y dolorosa del "apriete y la gran tensión", se puede regular el tono (que es, desde la eutonía, la búsqueda de la desaparición de las fijaciones existentes en grupos aislados de músculos, reintegrándolos al tono global) y recuperar progresivamente la movilidad.

### CONCLUSIONES

1 - La importancia de llegar precozmente a un correcto diagnóstico para evitar los efectos perjudiciales en los dientes, los tejidos de soporte dentario, hueso alveolar, cemento y ligamento periodontal.

2 - La realización de una correcta evaluación permitirá una mejor rehabilitación.

3 - Destacar los beneficios del comportamiento del equipo interdisciplinario, fomentando el intercambio y la cooperación profesional y la investigación en conjunto.

4 - La regulación del tono es fundamental en la totalidad de los pacientes bruxistas y debe ser considerada a lo largo de

todo el tratamiento e incorporada desde el punto de vista de la disociación muscular.

5 - La sugerencia para aquellas personas que con profesionalismo y responsabilidad incluyen en sus tratamientos experiencias corporales (ejercicios, relajación) propuestas en la bibliografía, es que las desarrollen con cautela y respeto, porque las personas-pacientes se manifiestan en su cuerpo, son su cuerpo, con sensaciones, emociones, tensiones. Básicamente, quienes promuevan estas propuestas corporales deberían incluir dentro de su formación como personas y profesionales experiencias corporales vivenciales, porque mejor se transmite aquello que ha pasado por la experiencia.

### BIBLIOGRAFIA

- Dr. Blas Barletta. "Bruxismo. Frecuencia de sus principales características diagnósticas". Apartado de la Revista de la Asociación Odontológica Argentina. Vol 56 Nro. 4. 1968.

- Mario Figun, Ricardo Garino, "Anatomía odontológica funcional y aplicada". Ed. El Ateneo, 1988.

- Echeverri Guzmán, Seucherman, Kowelski, "Neurofisiología de la oclusión". Ediciones Monserrate, 1986.

- G. Alexander, "La eutonía: un camino hacia la experiencia total del cuerpo". Ed. Paidós, 1983. III edición.

- Renato Segre, "La comunicación oral". Ed. Toray Argentina, 1973.

- S. Ramford, M. Asch, "Occlusion". Ed. W. B. Saunders Company, 1966.

**OSCAR H. PUEL**  
**ARTICULOS DENTALES**

Calle 13 N° 344 - Tel. 30784 y 48030  
La Plata