

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TITULO:

“FRECUENCIA DE BRUXISMO EN 120 PACIENTES DE CLINICA DE LA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA”

TESIS DE INVESTIGACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE DOCTOR EN ODONTOLOGIA

DIRECTOR:

DR. MANUEL GUEVARA.

AUTORAS:

MARIA ISABEL BUENO BAYLON
VERONICA DURAN ALVARADO

CUENCA-ECUADOR

2005

La presente investigación es de exclusiva
responsabilidad de sus autoras.

María Isabel Bueno B.
Verónica Durán A.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis Padres y Hermanos quienes me han apoyado a lo largo de mi carrera y de mi vida con su cariño incondicional; y dedico especialmente a Dios por darme la fuerza y entusiasmo para seguir adelante en todo momento.

Verónica Durán A.

Dedico todos estos años de estudio a mi Padre el Dr. Reynel Bueno por ser mi guía y mi fuerza cuando necesité, a mi Madre y Hermano por su apoyo y estar siempre a mi lado y sobretodo a Dios por haberme dado tantas bendiciones durante toda mi vida.

M. Isabel Bueno B.

AGRADECIMIENTO:

Nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que nos apoyaron en nuestra carrera, sobretodo a nuestro director y buen amigo Dr. Manuel Guevara y Dr. Fabricio Lafebre asesor y guía, por todo el empeño, esfuerzo y dedicación que pusieron para hacer posible este proyecto.

INDICE DE CONTENIDOS

Capítulo I

Introducción	1
--------------------	---

Capítulo II

Bruxismo	2
----------------	---

Nomenclatura.....	3
-------------------	---

Etiología.....	4
----------------	---

Capítulo III

Clasificación	9
---------------------	---

Signos y Síntomas.....	10
------------------------	----

Capítulo IV

Diagnóstico.....	18
------------------	----

Prevención.....	19
-----------------	----

Tratamiento.....	19
------------------	----

Capítulo V

Diseño Metodológico.....	28
--------------------------	----

Materiales y Métodos.....	29
---------------------------	----

Capítulo VI

Resultados.....	31
-----------------	----

Capítulo VII

Análisis y Discusión.....	39
---------------------------	----

Capítulo VIII

Conclusiones.....42

Capítulo IX

Recomendaciones.....43

Bibliografía.....44

Anexos.....47

CAPITULO I

INTRODUCCION

El avance de la investigación, las ciencias y la tecnología ha permitido descubrir la naturaleza o etiología de múltiples entidades patológicas bucales. Se ha establecido en salud odontológica la relación existente entre desarmonías oclusales con stress a tal punto que han transformado y se tendrán que transformar aún más las prácticas odontológicas y las normas de prevención de salud bucal.

El stress es una patología omnipresente en la ajetreada sociedad industrial de nuestros días, los sujetos somatizan la tensión psíquica que conduce a dolencias distintas dependiendo del órgano que afecte, el cuerpo sufre con frecuencia los impactos nocivos de la vida moderna: el bruxómano es la versión o representación de stress en nuestra especialidad, el paciente bruxómano es el reflejo de la tensión nerviosa en odontología.

Por lo tanto esta investigación realizó un análisis y estudio de frecuencia de bruxismo en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología en vista de la ausencia de datos estadísticos de porcentaje de bruxismo, se realizó estudios necesarios con el objetivo de presentar mayor atención en el diagnóstico, prevención y tratamiento con el objetivo de evitar posibles secuelas posteriores por el tratamiento inadecuado.

CAPITULO II

EL BRUXISMO

El bruxismo es el hábito de apretar o rechinar los dientes en forma inconsciente, aunque puede ser realizado en forma consciente fuera de los movimientos funcionales de la deglución, la fonación y la masticación; se presenta con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, dando como resultado el desgaste de los dientes y destrucción del sistema estomatognático.

El apretamiento se define como un cierre fuerte de los dientes superiores e inferiores en posición estática de ambos maxilares, en máxima intercuspidad o en una posición excéntrica.

Rechinar los dientes significa juntarlos y deslizarlos, generalmente se realizan movimientos oblicuos hacia delante y hacia atrás; se refiere al cierre fuerte de los dientes en una relación dinámica, como son los movimientos a través de varias posiciones excursivas durante episodios rítmicos y repetidos.

El bruxismo es un trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que de forma progresiva destruye los tejidos dentarios. Es una parafunción que carece de sentido útil y a menudo es desconocida por la propia persona.

El bruxismo es uno de los más complejos desórdenes faciales, afecta a un tercio de la población mundial, una de cada cinco personas con bruxismo presenta dolor orofacial. La prevalencia más alta se encuentra en asiáticos, intermedia en euroamericanos e hispanos y la más baja en afroamericanos.¹

¹ Dra. Marcela V. Valenzuela
<http://escuela.med.puc.el/paginas/publicaciones/Neurología/cuadernos/2001/16.html>

La intensidad de los contactos dentarios durante la masticación se presenta de 20 a 26 kgf/mm² (kilogramos fuerza por milímetro cuadrado) durante la deglución 25 a 30 Kgf/mm²; mientras que cuando se manifiesta el bruxismo la intensidad de los contactos dentarios es de 42 Kgf/mm²; la frecuencia de contactos dentarios durante la normofunción es de 17 a 20 minutos (durante 24 horas); mientras que durante la parafunción la frecuencia de contactos dentarios es de 30 minutos a 2,5 horas (durante 8 horas). El tipo de contracción muscular durante la normofunción es isotónica e isométrica siendo esta fisiológica; mientras que en la parafunción es isotónica e isométrica pero no son funcionales. La posición mandibular durante la normofunción es una posición de máxima intercuspidad estable; mientras que en la parafunción es inestable. La dirección de las fuerzas oclusales son verticales siendo bien toleradas durante la normofunción; en la parafunción éstas se presentan horizontales y son mal toleradas por los tejidos. La influencia de reflejos de protección del organismo en la normofunción están presentes, a diferencia de la parafunción en la cual están ausentes.²

NOMECLATURA

Con el transcurso de los años algunos investigadores han utilizado diferentes términos para denominar este hábito.

- 1901 Karoliy, uno de los pioneros de la investigación en el campo de la Odontología mencionaba que prácticamente todos los seres humanos en algún período de su vida ejercían fuerzas anormales en su sistema masticatorio, denominándola como “Neuralgia Traumática.”
- 1907 Marie y Ptiet Klevez en una publicación francesa lo denominan por primera vez “Bruxomanía”.

² Dr. Vega Espinosa Mario <http://occlusion.umayor.cl/Taller%20Dra%20Amar%20texto.pdf>

- En 1947, Fröhman fue el primero en introducir el término bruxismo en la literatura para describir los movimientos mandibulares disfuncionales.
- 1962 Drum utilizó el término de “Parafunción”
- 1971 Ramfjord y Ash “Bruxismo Céntrico Y excéntrico”³

Otras denominaciones que se le han dado a este hábito son: Efecto de Karolyi y Neurosis del Hábito Oclusal.

ETIOLOGIA

La etiología del bruxismo es controversial e incierta; los factores desencadenantes son una combinación de causas, entre ellas: desarmonía oclusal y stress que etimológicamente significa tensión, fuerza, presión o esfuerzo puesto en práctica por la propia persona, tanto por su cuerpo como por su mente.

El stress provoca reacciones fisiológicas en el cuerpo; las extremidades (manos y pies) tienen la tendencia de sudar y enfriar; la aceleración cardiaca y la presión arterial empiezan a subir y el nivel de la tensión muscular igualmente empieza a aumentar.

Clark, en 1970 en un trabajo experimental con monos y creando ansiedad con el uso de drogas demostró que ni la droga ni las interferencias oclusales por separado eran capaces de ser factores desencadenantes de la parafunción en estos animales, al contrario, cuando concurrían los dos factores si era posible desencadenar el bruxismo experimentalmente.⁴

³Dr. Bascones Antonio <http://www.Odontocat.com/bruxismoca.htm>

⁴ Dra. Marcela V. Valenzuela

<http://escuela.med.puc.el/paginas/publicaciones/Neurología/cuadernos/2001/16.html>

El origen de este hábito es multifactorial, lo cual dificulta al odontólogo su comprensión y la aplicación de un plan de tratamiento adecuado. La combinación de estos factores son los responsables de inducir al hábito de apretar o rechinar los dientes; sin embargo no existe un único factor responsable.

Entre los factores que se destacan están:

Factores Locales.- El bruxismo se establece como hábito que resulta de un intento inconsciente del paciente de lograr un mayor número de contactos interdentes o de contrarrestar una situación local irritante. Son las interferencias oclusales (contactos anómalos entre dientes de arcadas opuestas ya sea en céntrica, lado de trabajo o balanceo) que provocan un mal engranaje de los dientes lo que obliga al organismo desgastar todas esas interferencias para lograr mejoría en la oclusión y una buena adaptación.

Cuando la alteración supera el estado de adaptación o tolerancia fisiológica se habla de disfunción en la cual empiezan a evidenciarse manifestaciones patológicas y éstas responderán a la ley del eslabón más débil que consiste en que el componente que agote primero su capacidad adaptiva y presente menor resistencia tisular caerá en la disfunción.

La capacidad de adaptación del organismo es extremadamente grande, pero en ningún caso es infinita; por lo tanto la presencia de estímulos repetidos en el tiempo terminará por agotarla y una vez agotada caerá gradualmente en la disfunción.

En los niños, el hábito está con frecuencia asociado a la transición entre la dentición primaria y la permanente, puede así generar una tentativa inconsciente de ubicar los planos dentarios de modo que la musculatura esté en reposo; en este caso no se considera patológico sino una forma natural de desarrollo de la dentición y un estímulo de desarrollo muscular y óseo de los

huesos de la cara, tendiendo a la desaparición con la dentición permanente completa.

Factores Sistémicos.- Muchos factores son etiológicamente significativos, pero es difícil determinar el papel de la mayoría. Se habla de alergias, deficiencias nutritivas subclínicas, alteraciones endócrinas y herencia.

El papel de las alergias se debe considerar, la producción de histamina o sustancias como la histamina actúan como productores de períodos de stress, lo cual podría estar relacionado con el bruxismo. Sin embargo, se ha demostrado una pequeña relación entre las situaciones de stress crónico y las alteraciones bioquímicas, no pareciera extraño que los hábitos bucales pudieran estar relacionados con problemas psíquicos como una respuesta de hipersensibilidad corporal. En un estudio realizado en pacientes que presentaban alergias se encontró que el 59% de estos pacientes rechinaban sus dientes.

Otros estudios reportan que la deficiencia de magnesio en el sujeto juega un rol preponderante en la expresión patológica de apretar los dientes sin un propósito funcional, también afirman que hay una correlación relevante entre los pacientes que sufren de dolor de cabeza crónico y el bruxismo.

Factores Psicológicos.- Son los más comunes entre las causas del bruxismo; así cuando una persona experimenta miedo, ira, rechazo o una diversidad de emociones que no puede expresar, permanecen ocultas en su subconsciente, pero se expresan periódicamente por diversos medios.

Los factores psicológicos relacionados con el bruxismo son:

- Agresión reprimida
- Estados de ansiedad conciente o inconciente
- El sueño
- Stress

Se ha observado el hábito del bruxismo en individuos con trastornos del sistema nervioso central. El patrón generador central, el sistema límbico y el sistema dopaminérgico central juegan un papel importante en la fisiopatología del bruxismo. Los movimientos del bruxismo son debidos a la estimulación del núcleo amigdaloides. El complejo nuclear amigdaloides participa en algunas reacciones emocionales, esta vía, desde el complejo amigdaloides hasta los músculos de la masticación, podría ser la causa del apretamiento de los dientes en algunos estados de tensión emocional.

Ante las situaciones parafuncionales como el hábito del bruxismo se produce una mayor estimulación del sistema gammaeferente, el cual se relaciona con una actividad muscular incrementada. El sistema límbico y el hipotálamo pueden crear una actividad muscular adicional no relacionada con la realización de una tarea específica. Con frecuencia, estas actividades adoptan la forma de hábito y como consecuencia se producen efectos importantes en la función del sistema masticatorio.

Igualmente, la actividad parafuncional durante el sueño es frecuente y los episodios de bruxismo se asocian con un paso de un sueño más profundo a uno menos profundo, considerándose así un factor etiológico importante en el bruxismo.

Existe controversia respecto a las fases del sueño durante las cuales ocurre el bruxismo. Algunos estudios sugieren que principalmente tiene lugar durante la fase de movimiento rápido de los ojos llamada REM (rapid eye movement), mientras que otros sugieren que el bruxismo nunca aparece durante el sueño REM. Sin embargo, otras investigaciones sugieren que los episodios de bruxismo pueden ocurrir tanto en la fase REM como en la NO-REM (no rapid eye movement).

La asociación de desórdenes de sueño y despertar lo considera al bruxismo como la tercera parasomnia, que son eventos físicos indeseables que ocurren exclusivamente durante el sueño, éstos generalmente son motores o autonómicos.

Se ha descrito que los episodios de bruxismo se dan en un término medio de tan solo cinco veces en un período de sueño con una duración media de unos ocho segundos por episodio. Algunos estudios indican que se dan más episodios de bruxismo al dormir tendidos de espalda y no de lado, mientras que otros afirman que no existen diferencias entre ambas posiciones.

Los individuos con bruxismo tienen más movimientos corporales durante el sueño de quienes no tienen bruxismo.

Factores Ocupacionales.- Ciertas ocupaciones favorecen el desarrollo de este hábito. Las ocupaciones en las cuales el trabajo debe ser usualmente preciso o las que requieren de una gran concentración o esfuerzo, ya sea físico o mental son propensas al bruxismo.

CAPITULO III

CLASIFICACION DEL BRUXISMO

Ramfjord y Ash (1971) clasificaron el bruxismo en dos tipos:

Bruxismo Céntrico: Es preferentemente diurno, son apretadores, presentan áreas de desgaste limitadas a la cara oclusal, tiene menor desgaste dentario, presenta mayor afectación muscular. Los pacientes que padecen de este tipo de bruxismo se los denomina bruxómanos. El apriete (clenching) consiste en contracciones isométricas, es decir las arcadas dentales se mantienen en una posición de intercuspidadación que no es necesariamente en máxima intercuspidadación, que deja como signos clínicos facetas de desgaste en céntrica.

Bruxismo Excéntrico: Es preferentemente nocturno, son frotadores, tienen áreas de desgaste que sobrepasan la cara oclusal, tiene gran desgaste dentario, posee menor afectación muscular. El rechinar (grinding) consiste en contracciones musculares isotónicas rítmicas, es decir la presencia de movimientos mandibulares rítmicos que se desarrollan en las trayectorias excursivas mayormente en protrusiones determinando bruxofacetos excéntricos.

El bruxismo nocturno es más grave debido a que durante el sueño se inactivan muchos reflejos espinales protectores y esto permite la generación de fuerzas más lesivas sobre los dientes y demás estructuras del sistema estomatognático.

Las bruxómanos suelen presentar los dientes desgastados en mayor o menor grado según el tiempo que ha pasado desde que se estableció el hábito y la intensidad del mismo. A su vez, y producido por el mismo desgaste que hace perder la capa de esmalte que recubre la superficie del diente, las personas afectadas se quejan de dientes sensibles al frío o a sabores ácidos.⁵

Según la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño, el bruxismo se divide en varios grupos, en función de su gravedad.

Bruxismo leve: no se realiza todas las noches y no hay evidencia de daño dental.

Bruxismo moderado: se realiza todas las noches y puede existir un problema psicológico leve.

Bruxismo grave: se produce todas las noches, si existe evidencia de lesión dental y puede estar relacionada con problemas psicológicos más graves⁶.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas del bruxismo son múltiples y variados; lo más habitual es que la sintomatología sea general y se afecten todos los componentes del aparato estomatognático en mayor o menor medida, no obstante, las manifestaciones clínicas de este fenómeno de la vida moderna no sólo van a causar dolor, desgaste y disfunción a nivel dentoperiodontal o neuromuscular, sino también en regiones distantes como pueden ser la cabeza, oídos, articulación temporomandibular, cuello y espalda.

⁵ Antonio Bascones <http://www.Odontocat.com/bruxismoca.htm>

⁶ Dr. Boveda Z. Carlos <http://carlosboveda.com>

El sistema estomatognático está constantemente sometido y generalmente adaptado a fuerzas de diversa magnitud, dirección y frecuencia, éstas son controladas, transmitidas y disipadas por diferentes mecanismos protectores, esto se denomina carga. Se postula que cuando estas fuerzas adquieren el carácter de parafuncionales (movimientos fisiológicos de la musculatura que se hacen crónicos y repetitivos), mientras más intensas, frecuentes y prolongadas son ellas, más pueden dañar los dientes, periodonto y estructuras orofaciales por la presencia de sobrecarga.

Los signos y síntomas más comunes son:

- **Desgastes Dentarios:** El bruxismo conduce al desgaste de los dientes presentándose más cortos, dando como resultado pérdida de la dimensión vertical, se puede producir la exposición de dentina debido a un desgaste dentario excesivo, en estos casos la pulpa reacciona a través de los odontoblastos cuyas prolongaciones ocupan los canalículos dentinarios; formando dentina terciaria como reacción a estímulos nocivos.

Este hábito genera abrasiones mayores al desgaste normal dentario que corresponde a 30 micrones por año (0,3 mm en 10 años).

Si la situación del bruxismo continúa en el tiempo, las consecuencias son mayores, de este modo a los 40 o 50 años de edad, la mayoría de los bruxómanos han gastado sus dientes en grado tal que se necesitan extensas restauraciones sobre ellos.

- **Facetas de Desgaste Parafuncionales:** Se diferencian de las facetas producidas por la masticación o funcionales porque se encuentran en zonas no oclusales o no funcionales tales como bordes incisales de caninos e incisivos superiores, cúspides vestibulares de premolares superiores.

Los bruxómanos pueden llevar la mandíbula a posiciones de contacto imposibles de lograr en forma voluntaria y esto justifica la presencia de facetas de desgaste parafuncionales. Todas estas fuerzas oclusales traumáticas generan presiones en los prismas del esmalte y son responsables de ciertas lesiones no cariosas en áreas no funcionales como son las caras vestibulares y a nivel cervical de los dientes.

Estas facetas son generalmente pequeñas, lisas, brillantes y bien definidas en las etapas iniciales y toman la forma de copa con cambio de coloración por la dentina en etapas avanzadas.

- **Abfracción:** Sprangue describió la génesis de estos defectos como proceso multifactorial con la siguiente dinámica:

1.- La capa de esmalte se adelgaza hacia el cuello, los cristales de esmalte son cortos y quebradizos, rompiéndose debido a la dinámica de la deformación por stress.

2.- La capa del esmalte del diente se encuentra sometida a afección constante y a sobrecargas por la oclusión, en la región cervical se produce la deformación flexural (expansiva y compresiva) especialmente en condiciones de parafunción (bruxismo), esto hace que se rompa la sustancia dura del diente y a su vez permite permeabilidad para alcanzar a la dentina.

3.- La dentina resultante expuesta queda predispuesta a la erosión producida por abrasión del cepillo dental y pasta dental que permite un elevado pulido de la lesión.⁷

- **Movilidad Dentaria:** Está relacionada directamente con la pérdida de soporte óseo-periodontal, con la oclusión traumática y fuerzas oclusales anómalas e intensas, adquiere real significado en los pacientes bruxómanos, cuando se presenta en dientes con pocos síntomas de enfermedad periodontal y aún en ausencia total de los mismos.

⁷ Dr. Barveda Paredes Roger http://maxilis.webcindario.com/subpage_76.html

- **Periodontitis:** El daño periodontal es considerado como consecuencia de una cronicidad del proceso de bruxismo, al apretar o rechinar los dientes se producen contracciones musculares que llegan a ejercer una presión de hasta 180 gramos por milímetro cuadrado sobre los tejidos periodontales, esto significa que aumenta hasta diez veces la presión normal porque esos tejidos solo resisten la fuerza de la masticación; el periodonto se ve afectado ya que éste está diseñado para soportar fuerzas verticales que son menos dañinas porque proveen de una simulación axial del diente y del hueso, y no soportan fuerzas horizontales que son dañinas ya que predisponen al diente y al hueso a torquearse y a disminuir fuerza.

Generalmente el bruxismo por sí mismo no es capaz de comenzar la lesión periodontal y producir la migración apical de la adherencia epitelial, aún así el fenómeno contribuye en las complicaciones mediatas y en la progresión de la enfermedad periodontal establecida, pero en ocasiones puede presentar recesión como un sistema defensivo al recibir la fuerza, produciendo exposición de los cuellos dentarios.

- **Hipersensibilidad Dentinaria:** La hipersensibilidad se relaciona con dentina expuesta al medio bucal, la pérdida de esmalte se podría vincular con la función oclusal y los hábitos parafuncionales como el bruxismo.

Las fuerzas oclusales que son generadas durante los episodios de bruxismo pueden ser tales que causen efectos a nivel del complejo dentino-pulpar actuando como un irritante crónico. Bajo estas condiciones el tejido pulpar responde de diversas formas, por ejemplo, mediante los odontoblastos para la deposición de dentina terciaria como medida de protección, hipersensibilidad ante los cambios térmicos, dolor a la percusión e inclusive pudiera estar asociado a necrosis pulpar.

- **Hiperemia Pulpar:** La Asociación Americana de Endodoncistas define la hiperemia como un incremento en el volumen sanguíneo por dilatación de los vasos en un órgano o tejido. La hiperemia pulpar es un término histopatológico que describe un aumento del flujo sanguíneo en la pulpa.

Desde el punto de vista histológico, la hiperemia se clasifica en hiperemia funcional o reactiva: aumento del riego sanguíneo local debido a un aumento de la función, que exige un mayor intercambio de metabolitos en los tejidos fisiológicamente normales e hiperemia pasiva: en la cual se presenta una congestión venosa después del desarrollo de un trombo venoso por aplicación de fuerzas excesivas, el resultado es una limitación en la salida de sangre sin afectar la entrada, por lo que los vasos quedan repletos de sangre.

La hiperemia es un término que suele ser mal empleado por los odontólogos para señalar un diente que en realidad es hipersensible, no existe correlación entre la hipersensibilidad y la hiperemia pulpar.

En relación a la hiperemia, la interferencia de la circulación pulpar ocasionada por las fuerzas que actúan sobre el diente provocadas por el bruxismo, pueden causar compresión de los vasos sanguíneos que pasan a través del foramen apical produciendo hiperemia pulpar e hipersensibilidad a los cambios térmicos. Luego de la compresión se produce vasodilatación, se liberan diversas sustancias químicas conocidas como mediadores químicos de la inflamación como la histamina, serotonina, prostaglandina y leucotrienos.

El aumento en la presión contra las terminaciones nerviosas sensoriales pulpares pueden producir la hiperemia. La presencia de una hiperemia pulpar no es un estado patológico, sino una señal de trastorno y advertencia sobre un daño en particular. La pulpa parece estar bien capacitada para aceptar el daño constante. La hiperemia no se convertirá en inflamación pulpar ni necrosis pulpar, a menos que exista una inflamación o infección que puedan llevar a dichos estados.

- **Ruidos Oclusales:** Presentes en el tipo excéntrico de bruxismo por frotamiento de los dientes durante el sueño, cuando está presente es un signo patognomónico.

- **Hipertonicidad:** la hipertonicidad muscular es una característica de los bruxómanos, se manifiesta con una resistencia incontrolable a los intentos del operador para tratar de posicionar la mandíbula, cuando existe hipertonicidad muscular las fibras musculares se contraen en gran número sin dar tiempo a que otras se relajen, existe una pobre irrigación sanguínea con aumento de los productos de desecho del metabolismo anaeróbico como el ácido láctico, el potasio, las histaminas y las bradisininas, los cuales se acumulan y estimulan a los quimiorreceptores apareciendo la fatiga y espasmo muscular.

- **Miositis:** Llamada también inflamación muscular se caracteriza por el dolor a la palpación de los músculos involucrados, según el tipo de bruxismo y según la localización de las interferencias oclusales se puede determinar los músculos afectados, es la forma en que reaccionan los músculos como mecanismo de defensa ante estímulos locales.

- **Limitación del Movimiento:** Como resultado de la miositis se produce la limitación del movimiento actuando como freno defensivo que queda instalado y por ende el movimiento limitado.

- **Mialgia:** Son dolores musculares espontáneos, no provocados, cuando existe espasmo muscular los productos tóxicos resultantes se acumulan en el interior del tejido muscular, reaccionan con inflamación y se produce reacción a la palpación, pero cuando el acúmulo de estos productos se vuelve crónico produce una verdadera agresión química a las estructuras tisulares provocando dolores espontáneos, mialgia.

- **Hipertrofia:** En los casos de bruxismo crónico se observa fácilmente las hipertrofias funcionales especialmente de los músculos elevadores y principalmente de los maseteros. Quienes bruxan tienen 4 veces más contracciones del masetero que los pacientes que no bruxan, en estos pacientes se produce un aumento en el volumen de la fibra muscular debido al aumento de la actividad (contracciones) de dichos músculos por lo que los bruxómanos de larga data presentan como característica una cara de apariencia más cuadrada, algunos pacientes recurren a la remoción del músculo masetero por cirugía o a la inyección de sustancia tóxicas para reducir el tamaño muscular, recuperar parcialmente su forma y una apariencia más estética.

La hipertrofia es bilateral cuando es bruxismo en céntrica y unilateral en excéntrica.

- **Fracturas Dentarias:** Las fracturas de los dientes anteriores, generalmente, están asociadas con accidentes en pacientes jóvenes, pero las fracturas de los dientes posteriores, especialmente las fracturas verticales ocurren por un trauma de oclusión. Se han reportado casos de fracturas verticales o transversales en dientes aparentemente sanos cuando el paciente es bruxómano.

Las fracturas son el resultado de fuerzas excesivas a largo plazo; y a medida que se produce el desgaste, los dientes son más susceptibles a las descargas de fuerzas durante el bruxismo. Se presentan en dos áreas, la corona y la raíz. Cada área puede ser el sitio de origen así como la región del daño principal. En la corona estas lesiones toman forma de una línea de fractura, cúspide o borde fracturado, diente fracturado o diente dividido; las últimas tres por lo general, se extienden hasta la raíz, donde se muestran como una fractura radicular vertical.

Los dientes fracturados se encuentran en pacientes que poseen hábitos parafuncionales como el bruxismo.

Estos pacientes pueden tener músculos masticatorios prominentes y mostrar desgaste oclusal excesivo como resultado de las fuerzas oclusales exageradas.

El bruxismo ocasionalmente presenta inflamación y obstrucción de algunas glándulas salivales, lo más común es que los músculos maseteros comiencen a desarrollarse en forma desproporcionada y produzcan un bloqueo en la salida de las glándulas parótidas. Esta situación interfiere con el flujo de saliva en la boca, causando acumulación de saliva en las glándulas. La acumulación de saliva en las glándulas puede conducir a edemas periódicos, dolor, inflamación y sequedad anormal de la boca, también puede presentarse daño en las articulaciones temporomandibulares, por lo tanto el bruxismo está considerado por la mayoría de los investigadores como una de las causas que conducen a los desórdenes de las articulaciones temporomandibulares.⁸

Entre otros síntomas encontramos que los bruxómanos de larga data pueden presentar dolor en los maxilares, fatiga de los músculos faciales, dolor de cabeza, de cuello y pérdida de audición.

⁸ Yustin D; Neff P; Rieger M. Journal o Orofacial .
<http://www.geocities.com/anaodontologica/BRUXISMO.COIA.doc>

CAPITULO IV

DIAGNOSTICO

Ya que el bruxismo por lo general es inconsciente y nocturno la manera de diagnosticarlo sería durante el sueño, bien de forma directa mediante la visualización del hábito, o bien midiendo la actividad de los músculos masticadores durante la noche por medio de una electro miografía, estos procedimientos raramente se utilizan para diagnosticar el bruxismo ya que son caros. Puesto que el bruxismo provoca efectos en diferentes partes del sistema masticatorio el diagnóstico se realiza de forma indirecta observando los signos y síntomas por ejemplo el desgaste de los dientes y la tensión de los músculos masticatorios; también es importante el interrogatorio al paciente.

“ No se sabe con certeza el porcentaje de personas que se ven afectadas por este trastorno, porque si bien lo normal es que se presenta con signos muy característicos, también puede mantenerse mucho tiempo en una condición sub-clínica. De hecho, aproximadamente 4 ó 5 de cada 10 pacientes que consultan por alguna otra causa, son bruxómanos”.⁹

El paciente con desordenes temporomandibulares producidos por el bruxismo es visto por lo menos por médicos, dentistas, psicólogos y otros profesionales de la salud, de estos pacientes 7 de cada 10 han sido incompletamente diagnosticados o mal diagnosticados.¹⁰

La persona que padece bruxismo suele darse cuenta de su trastorno cuando un familiar o persona reclama por el molesto ruido del rechinar dentario cuando duerme; o cuando al levantarse siente sensación de fatiga y molestias

⁹ Dr.Carlos Pozo, Rehabilitador oral e Implantólogo, Jefe de la Universidad de Odontología de Clínica Alemana. <http://pcs.adam.com/ency/article/001413.html>

¹⁰ Yustin D; Neff P; Rieger M. Journal o Orofacial .
<http://www.geocities.com/anaodontologica/BRUXISMO.COIA.doc>

en los músculos de la cara, frecuentemente despierta con dolor de cabeza, cuello, oído.

En algunos casos, el bruxismo puede ser leve y sólo presentarse de vez en cuando; en otros casos puede ser tan frecuente y/o violento que ocasiona daños a las superficies dentales. Esta condición suele estar presente en la primera etapa del sueño.¹¹

PREVENCIÓN DEL BRUXISMO

A diferencia de la caries dental y enfermedades de la encía, en las que la prevención juega un papel importante, el bruxismo es un hábito involuntario de difícil prevención, que se desarrolla en un nivel subconsciente en forma de arco reflejo aprendido y patogénico, sin la intervención del cerebro.

Las acciones preventivas irán encaminadas principalmente a detectarlo a tiempo mediante el diagnóstico apropiado para evitar o reducir las posibles consecuencias que trae este hábito.

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento son reducir el dolor, prevenir el daño dental permanente y disminuir la acción de rechinar los dientes.

Lo ideal es tratar la afección cuanto antes, porque el bruxismo genera daños en la articulación temporomandibular, dado que sus componentes: músculos, ligamentos y disco interarticular se ven sobrecargados.

¹¹ Hugo Romanelli, Universidad de Maimonides, Buenos Aires-Argentina.
<http://pcs.adam.com/ency/article/001413.htm>

En casos avanzados puede incluso verificarse una destrucción de las superficies articulares, con presencia de dolor e impotencia funcional; esto quiere decir que se dificulta la apertura y cierre de la boca, generando problemas para masticar y alimentarse.

Para el tratamiento es esencial tener la boca completamente sana, sin infecciones ni caries sin tratar. Dependiendo de cada caso el tratamiento en sí puede basarse en uno o una combinación de lo siguiente:

TERAPIA PSICOLOGICA

Si la causa subyacente del bruxismo es emocional, el factor nervioso debe ser corregido para curar el hábito. Se debe realizar una terapia psicológica que consiste en:

Educación:

Para pacientes que no sabían que apretaban o rechinaban sus dientes al explicarles el daño que conlleva este hábito inconsciente pueden cooperar eficazmente en la disminución y control de los estímulos diurnos haciéndoles hincapié en:

- Usted tiene una patología bruxómana que va a terminar con sus dientes.
- La ausencia de dientes trae problemas para la estética facial, deglución, problemas en el aparato digestivo y problemas psicológicos.
- El bruxismo produce riesgos para cualquier prótesis dental; afectando de esta manera su economía.
- La hiperactividad de los músculos conduce a la hipertensión de los mismos, consecuencia de esto es el dolor facial, ATM, cuello y espalda, dando como; consecuencias mediatas: mareos y vértigos.
- El bruxismo acorta la longitud de las facies, cara de viejo.

Autosugestión:

Consiste en hacerles repetir constantemente: no debo apretar mis dientes; para que esto se grave en su subconsciente y pueda reducir los estímulos tanto diurnos como nocturnos.

TERAPIA OCLUSAL

Este tratamiento se utiliza sobre los arcos dentales para organizar la oclusión, para evitar el bruxismo y sus secuelas. Para eliminar el bruxismo se debe eliminar las interferencias oclusales, se debe tener una oclusión estable, para esto es preciso que no falten piezas dentarias y que éstas encajen perfectamente por tanto será necesario reponer las piezas que se hayan perdido, si ya existe mucho desgaste de los dientes es muy importante repararlos para que tengan la forma correcta ya que de otro modo será muy difícil conseguir la oclusión adecuada.

En estos casos se debe realizar un tratamiento integral que consiste en conseguir fieles reproducciones de las arcadas dentales denominadas modelos de estudio para que éstos sean aprovechados debemos montarlos en el articulador consiguiendo una reproducción aceptable de los movimientos mandibulares, se realiza el montaje del modelo superior en el articulador y tomando los registros de relación céntrica y de lateralidad en el paciente procedemos a hacer el montaje del modelo inferior; se debe contar con una serie completa de radiografías, lo cual se puede completar con radiografías panorámicas y en casos necesarios de la ATM.

Previo al tallado se debe valorar los dientes pilares, lo ideal es que los dientes sean vitales y en caso de que no lo sean se realiza el tratamiento de endodoncia.

Antes de proceder con el tallado se anestesia el diente a tratarse puesto que éste durante la preparación va a presentar alto grado de sensibilidad, se retrae la encía con hilo de retracción. El tallado se debe realizar con alta velocidad y refrigeración y debe presentar principios mecánicos: retención, resistencia, estabilidad e integridad marginal; principios biológicos: protección del órgano pulpar y tejido periodontal; principios estéticos: tamaño y forma del muñ. De acuerdo al material que se va a utilizar el hombro del diente pilar puede ser chanfer, bisel o filo de cuchillo, recto y redondeado con bisel, una vez terminado el tallado y luego de las pruebas correspondientes se colocan las coronas.

En la terapia oclusal realizamos el ajuste oclusal que es un método para conseguir la armonía y equilibrio de las piezas dentarias y estructuras adyacentes, logrando el bienestar del sistema estomatognático. El ajuste oclusal está destinado a: eliminar la discrepancia entre posición de relación céntrica y oclusión dentaria; distribución de las fuerzas en todas las piezas dentarias; lograr que la relación entre las piezas dentarias superiores e inferiores sean de punto y no planas para evitar el deslizamiento; conseguir el tripodismo mínimo funcional; reestablecer la dimensión vertical.

El tallado selectivo consiste en eliminar el tejido dentario o el material de obturación que está produciendo el contacto prematuro o la interferencia; se debe tomar en cuenta: un correcto diagnóstico; montaje adecuado de los modelos de estudio en el articulador; tratar todas las emergencias como operatoria, endodoncia y exodoncias.

La terapia oclusal también se realiza utilizando férulas oclusales o placas de oclusión llamadas también placas neuromiorelajantes; no solo modifican la forma de la oclusión sino todo un patrón funcional del sistema estomatognático.

Las férulas de descarga son placas de plástico hechas a medida, para que cubran los dientes de las dos arcadas evitando las interferencias oclusales y el desgaste dentario; éstas férulas son el tratamiento reversible de una amplia patología odontoestomatológica, desde una disfunción temporomandibular en cualquiera de sus manifestaciones hasta el bruxismo, pretenden una relajación muscular con el consiguiente reposicionamiento condíleo; éstas en ocasiones presentan ciertos problemas como por ejemplo: dificultad para la fonación. Una férula mal articulada transforma la prematuridad que quiere curar en múltiples prematuridades, con lo que la patología se agrava en lugar de ceder, de ahí la importancia de elaborar férulas adecuadas.

Las férulas a más de disminuir el desgaste dentario también producen alivio de dolores de cabeza, oído y cuello.

Otra opción son las férulas de descarga semirígidas que no producen ninguna molestia, se utilizan durante la noche, resultan más estéticas y no interfieren en otras acciones orales ya que son fabricadas con una resina especial que se hacen a medida del paciente y se adaptan a los dientes superiores. Lo más importante es que se ajuste perfectamente y se realiza un seguimiento continuo.

TERAPIA FARMACOLOGICA

De igual manera es importante realizar terapia Farmacológica; se utilizan relajantes musculares que reducen la actividad muscular, analgésicos y antiinflamatorios; esta medicación es útil en las primeras etapas de tratamiento como auxiliar en la lucha contra la hiperactividad muscular.

En casos muy agudos de dolor y en áreas bien definidas de miositis se coloca anestesia directa por infiltración en los músculos espásticos.

Algunos fármacos utilizados son:

- Benzodiazepinas, ciclobenzaprina, relajantes musculares (cloromezanona), disminuyen la actividad motora desarrollada por el bruxismo en relación al sueño, pero se contraindican a largo plazo por la somnolencia diurna.

La acción hipnótica de las benzodiazepinas alarga el tiempo total de sueño, especialmente la etapa 2 del sueño NO REM, sin embargo acortan la etapa de sueño REM, así se altera el reposo psíquico y el bruxismo puede continuar en las etapas de sueño NO REM.

- Antidepresivos tricíclicos, disminuyen la duración del sueño REM, aumentan el sueño NO REM.
- Fármacos relacionados con la dopamina. Está descrito el bruxismo iatrogénico, secundario al uso de antidopaminérgicos crónicos. Aún así tienen muchas reacciones adversas y requieren de confirmación, se recomienda su uso muy cuidadosamente.
- Toxina botulínica (BTX A), fármaco efectivo en el tratamiento de varios desórdenes motores, y en bruxismo, en casos refractarios a todo otro tratamiento médico – dental.

FISIOTERAPIA

La fisioterapia también es aplicable para el tratamiento de bruxismo para conseguir la relajación de los músculos espásticos y también entrenar músculos con la idea de recuperar la elasticidad y potencia disminuidas por el desuso por medio de ejercicios musculares.

Existen tratamientos alternativos para el bruxismo como es el uso del obturador nasal transitorio; se trata de un dispositivo que se presenta en diferentes tamaños, que modifica en un corto espacio de tiempo la conducta bruxómana y una reeducación a la normalidad oclusal.

Los respiradores bucales u orales no desarrollan conductas patológicas de apretamiento o rechinar debido a que precisan de la vía oral para oxigenar el organismo, función vital y primaria. Una afectación obstructiva crónica de las vías respiratorias nasales lleva a la respiración bucal. La respiración bucal concluye en distintas patologías como las de tipo ortodóncico (mordidas abiertas, síndrome de cara larga) o la sequedad de mucosas oral o faríngea.

La obstrucción de las vías nasales como estímulo provoca una respuesta, la respiración bucal, y ésta anula la parafunción. Se modifica la conducta patológica bruxómana mediante un entrenamiento, constante y orientado a la normalidad.

Para la elaboración de este obturador nasal primeramente se toma una impresión del pabellón nasal y áreas adyacentes de la que será obtenido un modelo. Sobre éste se fabrica el obturador nasal con hilo de cobre de 1.3mm; refuerzos de látex de los extremos mantienen en su lugar el obturador, silicona engloba el hilo de cobre; teniendo en conjunto una extensión tal que recorrerá transversalmente todo el pabellón nasal, por debajo de los huesos propios de la nariz, cabalgando sobre el cartílago.

Se instruye al paciente para el uso ambulatorio, indicándole el manejo del mismo: con los extremos del látex del obturador presionar ligeramente las aletas nasales sin llegar a provocar obstrucción total de las vías, ejerciendo una presión suficiente, no molesta, que dificulte la respiración nasal provocando la apertura de la boca para respirar. Los extremos forrados de látex evitan que el dispositivo resbale, manteniéndolo en posición con facilidad.

El obturador será utilizado en períodos máximos de diez minutos por el paciente cuando esté viendo televisión, leyendo o escribiendo. Igualmente se emplea por las noches en la inducción al sueño. Los movimientos corporales nocturnos harán que el obturador se desprenda del pabellón cuando ya haya cumplido su función: modificación de conducta. El paciente no utiliza el obturador en periodos de relación social con otras personas. El paciente, usando el obturador, lo retirará de la nariz en períodos sucesivos cuando note sequedad bucal, para humedecer de nuevo lengua y carrillos.

Una vez retirado el obturador el paciente notará cómo progresivamente adopta la respiración nasal de nuevo, a la vez que mantiene la relajación mandibular (modificación de conducta).

Volverá a colocar el obturador cuando note regresión a la conducta patológica: respiración nasal con apretamiento o rechinamiento.

El obturador reposicionará de nuevo la mandíbula y músculos masticatorios, relajando los mismos, llevando a respiración oral al individuo.

Al entregar en clínica el obturador para su primer uso, marcamos con lápiz tinta dos puntos labiales fijos, fácilmente reproducibles en posteriores visitas, para tomar mediciones de la distancia intermaxilar en máxima intercuspidadación (dimensión vertical de oclusión), que anotaremos en su ficha.

En posteriores consultas de revisión semanalmente, recogeremos de nuevo medidas con el fin de objetivar el valor de relajación intermaxilar como signo de progreso o mejora conductual. Consideramos que ha habido curación cuando el paciente sea capaz de mantener una respiración nasal con boca cerrada y sin apretamiento, es decir: respiración nasal, boca cerrada y espacio interoclusal libre (posición de reposo mandibular).

Objetivaremos la curación mediante la medida sucesiva, en dos o tres visitas, de distancia intermaxilar idónea. Es decir, mantenimiento regular de la posición de reposo mandibular sin tendencia a la regresión.

El obturador tiene un efecto psicológico de recuerdo de modo que los pacientes toman conciencia de su parafunción.¹²

Algunos profesionales recomiendan la acupuntura como terapia en pacientes que presentan cefaleas crónicas e intolerancias a las placas.

TRATAMIENTOS CONDUCTUALES

Para ayudar a aliviar el dolor se pueden realizar medidas de cuidado personales en casa:

- Relajar los músculos faciales y mandibular todo el día para que se vuelva un hábito.
- Descansar 60 a 90 minutos antes de dormir.
- Masajear los músculos del cuello, los hombros y la cara.
- No pensar o discutir intensamente, separarse de las actividades diurnas antes de dormir.
- Aprender ejercicios de estiramiento de fisioterapia para ayudar a recuperar el equilibrio normal de la acción muscular y articular a cada lado de la cabeza.
- No fumar después de las diecinueve horas pues la nicotina aumenta el tono muscular, de hecho fumar se considera un factor de riesgo.
- Biofeedback sonoro (suena una alarma al aumentar el tono muscular).
- Aplicar hielo en las primeras horas seguido por calor húmedo en el lado de los músculos inflamados.
- Dormir suficiente.

¹² Ilzabe Luis María <http://icqmed.com/ilz.htm>

- Se debe evitar hacer ejercicios una hora antes de ir a la cama, de igual manera evitar cenas copiosas y discusiones.

El clínico debe escoger las terapias que no solo parezcan ser efectivas, sino que además sean menos invasivas y más reversibles

CAPITULO V

DISEÑO METODOLOGICO

5.1 Objetivos

General

El presente estudio está dirigido a:

Determinar la frecuencia de bruxismo en pacientes mayores de 15 años, dentados; que acuden a las diferentes Areas Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

Específicos

- Diagnosticar bruxismo a través de signos y síntomas característicos, incluyendo factores dentarios, neuromusculares y articulares. El diagnóstico también será realizado a través de un cuestionario realizado y validado por el Dr. Eduardo Cairo Valcárcel, Psicólogo de la Universidad de La Habana-Cuba.
- Clasificar los diagnósticos de acuerdo a la presencia o ausencia de bruxismo y analizar la información recolectada.
- Establecer la frecuencia de Bruxismo en los pacientes examinados de acuerdo al resultado de las fichas de diagnóstico.

5.2 MATERIALES Y METODOS

El tipo de método que se ha utilizado para el desarrollo de esta investigación es descriptivo, de corte transversal.

Para el desarrollo de la presente investigación se escogió como grupo de estudio a 120 pacientes tomando en cuenta el número de estudiantes de la facultad y la cantidad de pacientes asignados a cada estudiante en las diferentes Areas Clínicas. El grupo de estudio debía presentar características específicas como son: ser mayores de 15 años, dentados, pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

Para determinar la frecuencia de Bruxismo en los sujetos seleccionados utilizamos dos métodos para el diagnóstico.

1.- Historia Clínica con datos generales como: edad, sexo, ocupación; los cuales utilizamos posteriormente para la elaboración de cuadros estadísticos. Y un examen clínico en cual constan los signos y síntomas (dentarios, neuromusculares y articulares) más característicos y esenciales para el diagnóstico de bruxismo seleccionados de diferentes autores que coincidían en sus conceptos e investigaciones acerca del diagnóstico de este hábito.

2.- Se aplicó un cuestionario referido del Dr. Eduardo Cairo Valcárcel de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana - Cuba; el cual realizó un estudio por la necesidad de establecer ciertos parámetros metodológicos para lograr obtener una relación entre el bruxismo y los trastornos del dormir como consecuencia del stress ya que los pacientes bruxómanos en la etiología de su padecimiento presentan un significativo componente emocional, donde la presencia de factores stressantes son patognomónicos.

La información y los resultados se recolectaron a través de las 120 fichas de investigación, se procedió a diagnosticar bruxismo mediante el examen clínico, los pacientes que presentaban la mitad o más de los signos y síntomas referidos en la ficha clínica se los clasificó como predisponentes a presentar bruxismo.

Posteriormente analizamos y clasificamos las respuestas del cuestionario resolviendo que si la mitad o más de las repuestas eran positivas el paciente padecía stress.

Si la Ficha de Examen Clínico y el Cuestionario de bruxismo en relación con los trastornos del sueño eran positivos el paciente era diagnosticado como bruxómano.

Tanto el Exámen Clínico como el cuestionario fueron realizados directamente por las investigadoras.

Los datos fueron ingresados y procesados (programa excel) realizando el análisis correspondiente.

CAPITULO VI

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

6.1 CARACTERÍSTICAS ESPECIFICAS

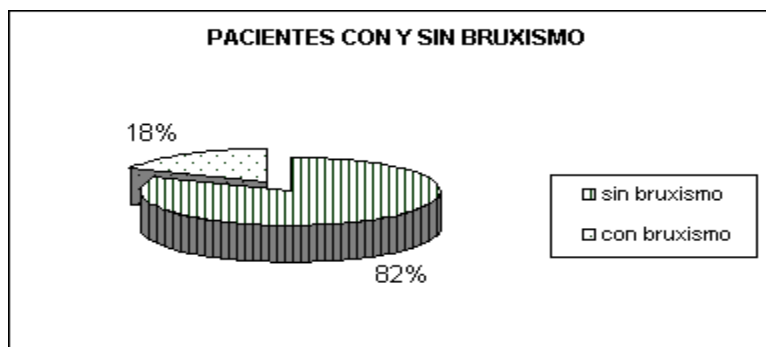
6.1.1 Frecuencia de Bruxismo en Pacientes que Acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca.

Al analizar la presencia de bruxismo en los pacientes examinados y entrevistados se encontró que un número apreciable de los mismos presentan bruxismo al momento de su diagnóstico y tratamiento lo que quiere decir que se presentaron 22 casos de bruxismo en 120 pacientes lo cual representa una frecuencia del 18% de bruxismo en los pacientes que acuden a la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca. (cuadro N. 1)

Cuadro N.1

FRECUENCIA DE BRUXISMO EN 120 PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA

Pacientes	Numero	Porcentaje
Con Bruxismo	22	18%
Sin Bruxismo	98	82%
Total	120	100%



Fuente: Fichas de diagnóstico para bruxismo
Elaboración: Investigadoras

6.2 CARACTERISTICAS GENERALES

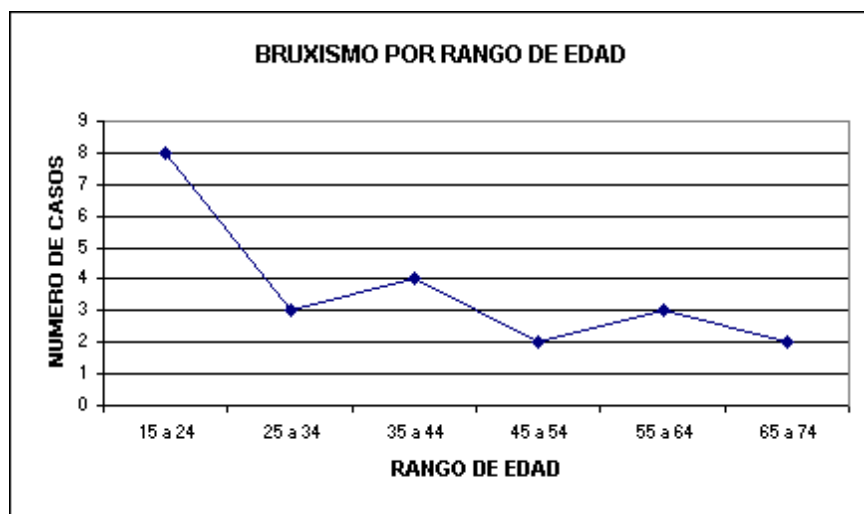
6.2.1 Edad

Para nuestra investigación estudiamos pacientes comprendidos entre la edad de 15 a 74 años dando como resultado que el porcentaje mayor se encuentra en el grupo etáreo de 15 – 24 años con un 36%; seguido por el grupo de 35 – 44 años con un 18%. (cuadro N°2)

Cuadro N.2

BRUXISMO POR RANGO DE EDAD

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
15 a 24	8	36%
25 a 34	3	14%
35 a 44	4	18%
45 a 54	2	9%
55 a 64	3	14%
65 a 74	2	9%
	22	100%



Fuente: Fichas de diagnóstico para bruxismo
Elaboración: Investigadoras

6.2.2 Sexo

Se realizó un estudio comparativo de frecuencia de bruxismo entre el sexo femenino y el masculino; nuestro estudio reporta que existe preponderancia de bruxismo femenino con un porcentaje de 59% en relación con el sexo masculino que presenta un 41%. (cuadro N°3)

Cuadro N.3

FRECUENCIA DE BRUXISMO DE ACUERDO AL SEXO

SEXO	CASOS	PORCENT
MACULINO	9	41%
FEMENINO	13	59%
	22	100%



Fuente: Fichas de diagnóstico para bruxismo

Elaboración: Investigadoras

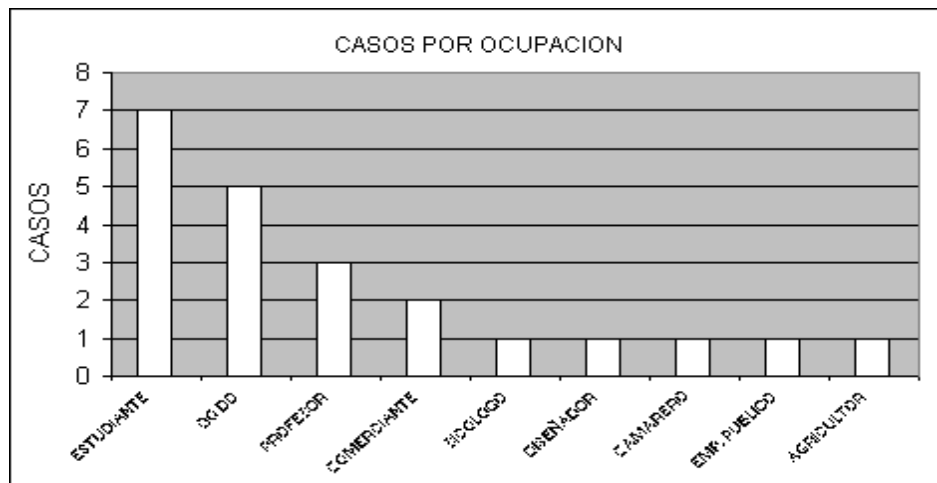
6.2.3 OCUPACION

El análisis de las ocupaciones y profesiones de las personas que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología, nos indica que la ocupación que predomina significativamente es la de estudiante en relación con otras ocupaciones presentando un porcentaje de 32%. (cuadro N°4)

Cuadro N.4

OCUPACIÓN DE PACIENTES CON BRUXISMO

OCUPACION	CASOS	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	7	32%
QQ DD	5	23%
PROFESOR	3	14%
COMERCIANTE	2	9%
PSICOLOGO	1	5%
DISEÑADOR	1	5%
CAMARERO	1	5%
EMP. PUBLICO	1	5%
AGRICULTOR	1	5%
	22	100%



Fuente: Fichas de diagnóstico para bruxismo
Elaboración: Investigadoras

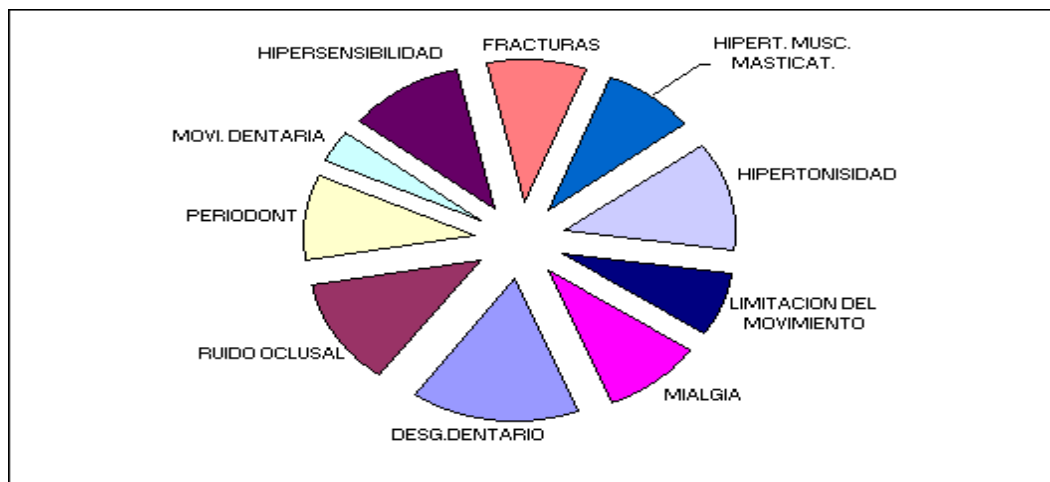
6.2.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS

En cuanto a los signos y síntomas, las personas que padecen este trastorno presenta desgaste dentario con un porcentaje de 100%, seguido de ruido oclusal o apretamiento dentario en un 77% conjuntamente con la hipertonicidad.(cuadro 5)

Cuadro N.5

SIGNOS Y SÍNTOMAS FRECUENTES DE BRUXISMO DIAGNOSTICO DE BRUXISMO

EXAMEN CLINICO	CASOS	PORCENTAJE
DESG.DENTARIO	22	100%
RUIDO OCLUSAL	17	77%
PERIODONTITIS	13	59%
MOVI. DENTARIA	5	23%
HIPERSENSIBILIDAD	15	68%
FRACTURAS	13	59%
HIPERT. MUSC. MASTICAT.	12	55%
HIPERTONISIDAD	17	77%
LIMITACION DEL MOVIMIENTO	10	45%
MIALGIA	13	59%



Fuente: Fichas de diagnóstico para bruxismo

Elaboración : Investigadoras

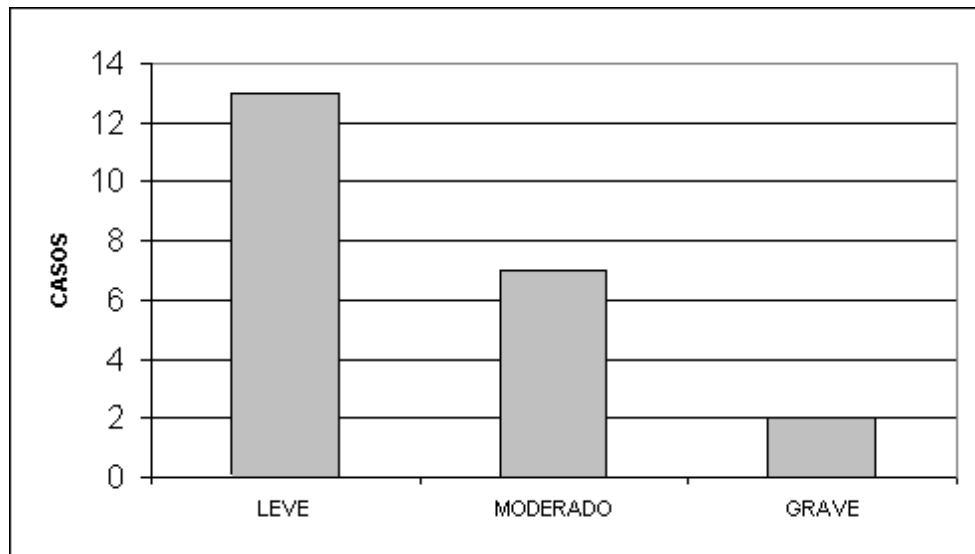
6.2.4.1 DESGASTE DENTARIO

Los resultados de nuestro análisis demostraron que el 100% de los pacientes presentan desgaste dentario, pudiendo ser este leve moderado o grave, el que predomina es el leve con el 59%. (cuadro N.6)

Cuadro N.6

DESGASTE DENTARIO

GRADO	CASOS	PORCENTAJE
LEVE	13	59%
MODERADO	7	32%
GRAVE	2	9%
	22	100%



FUENTE: Fichas de diagnóstico para bruxismo

ELABORACIÓN: Investigadoras.

6.2.5 CUESTIONARIO

Se realizó el cuestionario del Dr. Eduardo Cairo Valcárcel (Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana- Cuba de la relación del bruxismo con los trastornos del sueño) a los pacientes examinados, dando como resultado que el 77% de los paciente que presentan bruxismo se despiertan durante la noche y tienen dificultades para dormir nuevamente. (cuadro 7)

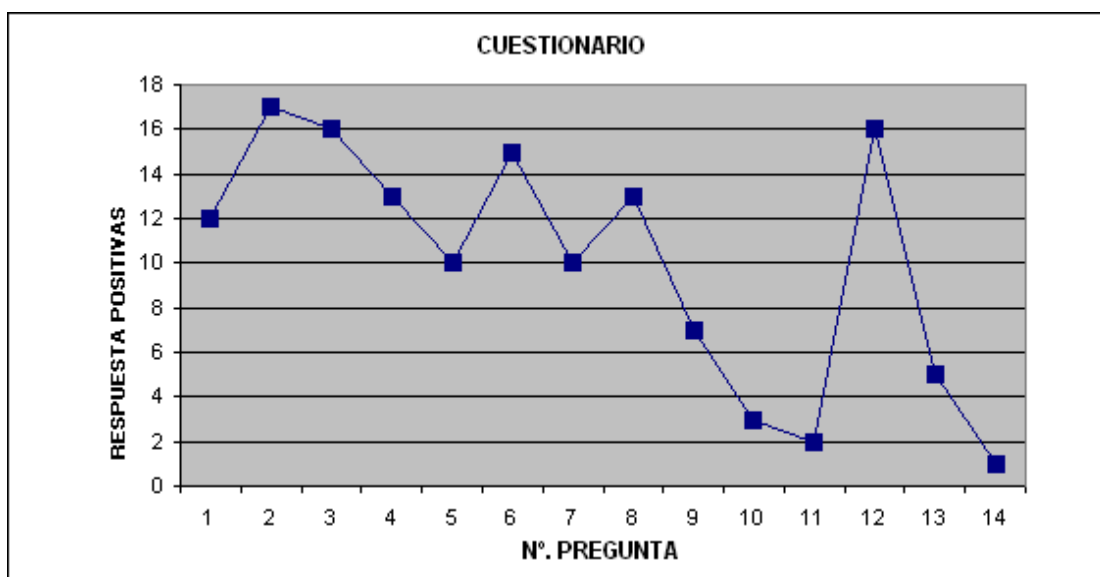
Cuadro N.7

CUESTIONARIO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN RELACION CON EL BRUXISMO

(Dr. Eduardo Cairo Varcácel)

PREGUNTAS	REF	SI	%
tiene dificultad quedarse dormido?	1	12	55%
se despierta durante la noche y luego tiene dificultad para dormirse?	2	17	77%
considera que duerme menos horas de las que realmente necesita?	3	16	73%
pierde horas de sueño a causa de sus preocupaciones?	4	13	59%
tiene pesadillas?	5	10	45%
ronca?	6	15	68%
su sueño es intranquilo?	7	10	45%
se levanta cansado?	8	13	59%
habla dormido?	9	7	32%
es sonámbulo?	10	3	14%
padece con frecuencia de enuresis?	11	2	9%
siente ganas de dormir durante el día?	12	16	73%
siente con frecuencia que al momento de levantarse o al comenzar a quedarse dormido no puede moverse?	13	5	23%
ingiere medicamentos para dormir mejor o para mantenerse despierto?	14	1	5%

** NOTA: RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE PACIENTES CON BRUXISMO



FUENTE: Fichas de diagnóstico para bruxismo

ELABORACIÓN: Investigadoras

CAPITULO VII

ANALISIS Y DISCUSION

Luego de realizar la presente investigación determinamos que el bruxismo esta directamente relacionado con factores stressantes es decir que existe un estado psíquico predisponente en la persona de tal manera que sin este factor no se daría de manifiesto este hábito, esta afirmación apoya la teoria de varios autores como son Walsh (1965), Rugh y Solberg (1975), Funch y Cale (1980).

Como puede apreciarse en nuestros resultados el bruxismo se encuentra en nuestro medio en un 18% lo que está ampliamente relacionado con el porcentaje de bruxismo reportado en México por el Dr. Gustavo Castillo (15%)⁸. Otros países como Panamá y Argentina reportan frecuencia del 30%⁹ y 10%¹⁰ respectivamente.

Nuestro estudio reporta que el bruxismo se encuentra en una mayor frecuencia en el sexo femenino (59%) esto es compatible con los resultados encontrados en Nicaragua que afirma que afecta más a las mujeres con una relación de tres a uno en comparación con los hombres¹¹, Panamá reporta un 22% mas frecuente en mujeres¹² y Argentina que apoya los dos últimos reportes. En Cuba Sánchez Báez (1990) encontró, en su estudio una predominancia significativa del sexo femenino (67%) con relación al masculino (33%).

⁸ Dr. Gustavo Carrillo R. <http://www.entornomedico.org/saludyenfermedades/alfa-omega/bruxismo.html>

⁹ Gross AJ,Rivera Morales. <http://www.doctorian.com/art/17.html>

¹⁰ Clarin Melania Gonzales. <http://www.saludine.com.art/articulos>

¹¹ Dra. Angela Osorno. <http://www-ni.elnuevodiario.com.ni/2001/junio/01-junio-2001/sexualidad/sexualidad6html>.

¹² Gross AJ,Rivera Morales. <http://www/doctorian.com/art/17.html>

En cuanto a otros autores, Díaz Lazo y Vázquez López (1991) en su trabajo no reportan diferencias significativas entre hombres (9,3%) y mujeres (7,8%).

Estudios realizados por Perez Roque (1983) reporta mayor porcentaje de bruxismo en el sexo masculino (62%) en comparación con el sexo femenino (56%); Céspedes Concepción (1990) encontró una predominancia no significativa masculina en un 55% con relación a la femenina (45%).

Creemos que debemos comentar que la interpretación de los resultados expresados pudiera estar dirigida, a mas bien, establecer una diferencia significativa entre el numero de varones y mujeres asistentes al consultorio más que a la aparición de la patología. En el caso de nuestro estudio examinamos igual numero de pacientes tanto masculinos como femeninos.

Planteamos que el grupo etáreo con mayor frecuencia de bruxismo es de 15 a 24 años el cual alcanzó el 36%, coincidiendo con los resultados expuestos por Santo Solana (1985) que reporta que el grupo etáreo con mayor frecuencia fue el de 15 a 24 años con un 20%.

Sánchez Báez (1990) plantea que el grupo etáreo de mayor frecuencia en su estudio fue el de 45 a 54 años; Robaina (1984) reporta que el grupo investigado de mayor frecuencia fue el comprendido entre los 33 y 44 años. Mahowadd y Etinger (1990) consideran que el bruxismo puede ocurrir a cualquier edad entre el 15 y 22% en la población general.¹³

Podemos afirmar que no hay realmente un vínculo evidente entre la edad y el bruxismo pues los resultados son muy fluctuantes y dependen más, a nuestro parecer de las características de la población estudiada que al propio hábito.

¹³ Dr. Eduardo Cairo Valcarcel, <http://www.facest.sld.cu/articulos/bruxismo.html>

El porcentaje de bruxismo reportado en México por el Dr. Gustavo Castillo es del 15%¹⁴; en Panamá se estima que hasta el 30% de la población tiene bruxismo del cual el 22% lo padecen las mujeres¹⁵; en Argentina uno de cada diez adultos entre veinte a cincuenta años padecen de este hábito , las mujeres son las más afectadas¹⁶; en Nicaragua afecta más a las mujeres con una relación de tres a uno en relación con los hombres, entre los veinte a cuarenta años¹⁷

¹⁴ Dr. Gustavo Carrillo R. <http://www.entornomedico.org/saludyenfermedades/alfa-omega/bruxismo.html>

¹⁵ Gross AJ,Rivera Morales. <http://www.doctorian.com/art/17.html>

¹⁶ Clarin Melania Gonzales. <http://www.saludine.com.art/articulos>

¹⁷ Dra. Angela Osorno. <http://www-ni.elnuevodiario.com.ni/2001/junio/01-junio-2001/sexualidad/sexualidad6html>

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos propuestos en el presente estudio descriptivo y luego de analizar los resultados obtenidos, las investigadoras llegamos a las siguientes conclusiones:

-Por los resultados obtenidos podemos notar que en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, del total de pacientes que se atienden el 18% presenta bruxismo.

-Existe cierto grado de preponderancia en el sexo femenino en relación al masculino en cuanto al padecimiento de este hábito como pudo demostrar nuestra investigación.

-A si mismo se observó que existe una mayor frecuencia de bruxismo entre los 15 a 24 años a pesar de que se examinaron pacientes de todo grupo etáreo.

-Los pacientes que se dedican a los quehaceres domésticos o que son estudiantes presentan mayor frecuencia de bruxismo

-Nuestras investigación nos permite considerar como factor desencadenante para el bruxismo al stress el cual conjuntamente con otros factores predisponentes producen este hábito.

-El bruxismo ocasiona una patología alarmante por conducta anómala ya sea por apretamiento, rechinar o ambos, dando como consecuencia que sus resultado en función y estética dental sean temidas por los clínicos.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos luego de haber realizado un estudio minucioso y detallado se recomienda prestar mayor atención al momento de realizar el exámen clínico, el cual debe ser detallado y preciso en los pacientes que acuden a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca; en vista de las terribles secuelas que presenta el bruxismo al no ser diagnosticado correctamente.

Lo ideal es tratar esta afección lo más pronto posible una vez que se ha diagnosticado, porque el bruxismo genera daños severos tanto en la estructura dentaria, periodonto, músculos, ATM, de ahí que este trastorno debe ser tratado precozmente.

Es recomendable tratar al bruxismo tanto desde el punto vista clínico como psíquico, ya que esta afección se desarrolla por intervención de condiciones emocionales de la persona a más de factores locales.

Se recomienda tratar el bruxismo conjuntamente con otras patologías para conservar los resultados estéticos y funcionales conseguidos por otros tratamientos en las diferentes áreas clínicas de la Facultad.

BIBLIOGRAFÍA

- SHAFER W; HINE M; LEVY B; “*Patología Bucal*”, primera edición, 1959.
- CAMPOS A; “*Rehabilitación Oral y Oclusal*”, volumen 1, Pg: 27,28.
- MARTÍN H; “*Factores Patogénicos que influyen la disfunción de la articulación temporomandibular*” Septiembre 1987.
- GONZALES C. Coordinadora del departamento de Educación para la Salud de la Confederación Odontológica; ROMANELLI H. Profesor titular de periodoncia de la Universidad Maimonides, Buenos Aires, Argentina.
“Consecuencias del bruxismo”
<http://pcs.ada.com/ency/article/001413.htm>
- DR. CAIRO VALCARCEL, Facultad de Psicología. Universidad de La Habana , Cuba. **“¿Rechina usted los dientes?”**
<http://www.facest.sld.cu/articulos/bruxismo.htm>
- DRA. COLLAZO CASTELLO. Doctora en Ciencias Médicas, profesora consultante de Patología Bucal de la Facultad estomatológica de La Habana, Cuba.
<http://consultas.cuba.cu/consultas.php?ini=b&ord=9>
- GROSS A, RIVERA-MORALES, Gale enaprevalence study of symptoms associated with tm disortes. *Caniomandib Disord Facial Oral Pain* 1988; 2: 191 – 195 . Panama. **“bruxismo”**
<http://www.doctorian.com/art17.html>

- DR. CASTILLO. Ced. Prof. 1256736. México.
<http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/alfaomega/bruxismo.html>
- DRA. OSORNO, Cirujana dentista, Clínica metrópolis, Nicaragua.
<http://www-ni.elnuevodiario.com.ni/archivo/2001/junio/01-junio-2001/sexualidad/sexualidad6.html>
- DR. RODRÍGUEZ A. Presidente de la Sociedad Española de Estomatología y Odontología.
<http://www.consumer.es/web/es/especiales/2004/05/04/00562.php>
- BÓVEDA Z. CARLOS, odontólogo, Universidad Central de Venezuela; especialista en endodoncia;2000, ***Efectos del bruxismo obre el complejo dentino – pulpar***.
<http://carlosboveda.com>
- ILZARBE LUIS MARIA, Médico Estogmatólogo; RIPOLL AMPARO, Licenciada. en Psicología; Valencia, España.
<http://icqmed.com/ilz.html>
- VALENZUELA MARCELA, departamento de neurología, Escuela medicina P. Universidad Católica de Chile.
<http://escuela.med.puc.el/paginas/publicaciones/Neurología/cuadernos/2001/16.html>
- BASCONES A; ***“Tratado de odontología”***, trigo 1998
<http://www.odontocat.com/bruxismoca.htm>

- BARVEDA PAREDES ROGER, Dr. En odontología, **“Abfracciones: Lesiones cervicales no cariosa, prevalencia y distribución”**
[Http://maxilis.webcindario.com/subpage_76.html](http://maxilis.webcindario.com/subpage_76.html)

- LORETO AMAR LORETO DONOSO, VEGA ESPINOSA MARIO EUGENIO, Universidad Mayor Facultad de Odontología, **“Análisis de hábitos Parafuncionales predisponentes a estados de disfunción del sistema craneo-cervico-mandibular”**
[Http://occlusion.umayor.cl/Taller%20Dra%20Amar%20texto.pdf](http://occlusion.umayor.cl/Taller%20Dra%20Amar%20texto.pdf)

- YUSTIN D; NEFF P; RIEGER M; HURT.Characterization of 86 bruxing patients and long-term study of their mangement with oclusal devices and other forms of therapy. **“Journal of Orofacial”** Pain 54-60.
<http://www.geocities.com/anaodontologica/BRUXISMO.COIA.doc>

ANEXOS

FICHA PARA EL DIAGNOSTICO DE BRUXISMO

Nº FICHA

TELEFONO:

EDAD:

OCUPACION:

SEXO:

EXAMEN CLINICO:

FACTORES DENTARIOS:

			leve
1. Desgastes dentarios	Si	No	moderado
			grave
2. Ruido oclusal	Si	No	
3. Periodontitis	Si	No	
4. Movilidad dentaria	Si	No	
5. Hipersensibilidad	Si	No	
6. Fracturas	Si	No	

FACTORES NEUROMUSCULARES:

1. Hipertrofia de músculos masticatorios	Si	No
2. Hipertonicidad muscular	Si	No
3. Limitación del movimiento	Si	No
4. Mialgia	Si	No

CUESTIONARIO DE RELACIÓN DE BRUXISMO CON LOS TRANSTORNOS DEL SUEÑO COMO RESULTADO DEL STRESS

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Tiene dificultades para quedarse dormido? | Si | No |
| 2. ¿Se despierta durante la noche y luego tiene dificultades para quedarse dormido? | Si | No |
| 3. ¿Considera que duerme menos horas que las que realmente necesita? | Si | No |
| 4. ¿Pierde horas de sueño a causa de sus preocupaciones? | Si | No |
| 5. ¿Tiene pesadillas? | Si | No |
| 6. ¿Ronca? | Si | No |
| 7. ¿Su sueño es intranquilo? | Si | No |
| 8. ¿Se levanta cansado? | Si | No |
| 9. ¿Habla dormido? | Si | No |
| 10. ¿Presenta conductas sonambúlicas? | Si | No |
| 11. ¿Padece con frecuencia de enuresis (orinar inconscientemente)? | Si | No |
| 12. ¿Siente ganas de dormir durante el día? | Si | No |
| 13. ¿Siente con frecuencia que al momento de levantarse o al comenzar quedarse dormido no puede moverse? | Si | No |
| 14. ¿Ingiere medicamentos para dormir o para mantenerse despierto? | Si | No |

INSTRUCTIVO

Ficha General

Número de Ficha: Indica el número de Historia Clínica que tiene el paciente.

Ocupación: Indica la actividad que realiza el paciente.

Edad: Indica cuantos años tiene el paciente.

Sexo: Indica si el paciente es de sexo femenino y masculino.

Examen Clínico

Desgastes Dentarios: Es la pérdida de la dimensión de los dientes produciendo por lo tanto pérdida de sus componentes esmalte y dentina.

Ruido Oclusal: Se presenta en el momento en que los dientes superiores entran contacto con sus antagonistas y se produce un frotamiento entre los mismos.

Periodontitis: Es la pérdida de inserción del periodonto a la raíz del diente.

Movilidad dentaria: Se presenta cuando el diente ha perdido su soporte periodontal y por lo tanto pierde estabilidad produciéndose movilidad del mismo.

Hipersensibilidad: Es la sensibilidad que presenta el diente cuando es sometido a diferentes estímulos como el frío, calor, etc.

Fracturas: Se presenta cuando el diente ha sido sometido a grandes fuerzas produciéndose la ruptura del mismo.

Hipertrofia de los Músculos Masticadores: Es el aumento de volumen de los músculos producida por una hiperfunción de estos.

Hipertonicidad: Es la contracción de los músculos, los cuales se vuelven duros y rígidos.

Limitación de los Movimientos: Se presenta como consecuencia de la hipertrofia e hipertonicidad de los músculos.

Mialgia: Es el dolor espontáneo de los músculos.

FOTOGRAFIAS

DESGASTE LEVE



DESGASTE MODERADO

HIPERTROFIA



DESGASTE AVANZADO



Frecuencia de Bruxismo en la Facultad de Odontología



