

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE LA
BRUXOMANIA Y SUS MEDIOS DE DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

RICARDO CABRERA BARRIENTOS

ASESOR: DRA. ENRIQUETA TORRES VIRAMONTES

GUADALAJARA, JAL., 1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	I
I.- ETIOLOGIA DEL BRUXISMO.....	3
Manifestaciones del bruxismo.....	7
Hábitos bucales diversos.....	9
Importancia del bruxismo.....	II
Bruxismo en Odontopediatría.....	I3
II.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	I4
Signos y sintomas clínicos de la bruxomanía.....	I4
Movilidad inesperada de los dientes.....	I8
Aumento de tono e hipertrofia de los músculos masti- cadores.....	I8
Tratamiento del bruxismo.....	I9
III.- INDICACIONES, CLASIFICACION Y ELABORACION DE GUAR- DAS OCLUSALES.....	22
Placas para mordida.....	24
Elaboración de la placa oclusal.....	26
A) Primera visita del paciente.....	26
B) Procedimiento del laboratorio.....	27
C) Segunda visita.....	27

D) Desarrollo de la pantalla oclusal.....	28
IV.- CASUISTICA.....	29
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39

I N T R O D U C C I O N

Muchos pacientes ignoran que rechinan los dientes, o si lo hacen, no saben que es algo patológico. El paciente generalmente nos dirá que siente cansancio en los músculos de la mandíbula cuando se despierta. Al hacer la historia clínica del paciente, hay que interrogarlo minuciosamente sobre el rechinar nocturno o diurno y se le pedirá que verifique sus afirmaciones con miembros de su familia. Por lo común, algún miembro de la familia o varios de ellos, tendrán conocimiento de la existencia del hábito.

El paciente literalmente trata de "desgastar" los contactos interferentes moviendo constantemente la mandíbula. En los hábitos de apretamiento y rechinar, las fuerzas ejercidas por los dientes son constantes y no intermitentes.

El factor emocional del paciente es un agente predisponente al apretamiento y el rechinar durante el tiempo que el paciente está despierto o dormido.

Generalmente, el bruxismo ocurre de manera inconsciente y espontánea, pudiendo repetirse a intervalos variables. Se observa prácticamente en todas partes del mundo, sobre todo durante el sueño, ya sea de manera isométrica (contacto dental apretado) o isotónica (rechinar de los dientes). Debido a su ineludible relación con la oclusión, es posible causa de más trastornos dentales que cualquier otro hábito bucal.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de -
mordida profunda. Pero también sabemos que existe un compo-
nente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental
. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratifica-
ción en el rechinar y bruxismo. Los individuos nervi-
osos son mas propensos a desgastarse, rechinar y fracturar
se los dientes con movimientos de bruxismo.

Es posible que exista maloclusión o mal funcionami-
ento de la oclusión en la mayor parte de los casos como --
"eslabón débil", que deberá ser explotado por las exigenci-
as psicogénicas. Generalmente, existe una sobremordida más
profunda que lo normal, una restauración "alta", una uni--
dad dental mal puesta, etc. El proceso se convierte en un-
círculo vicioso al agravarse algunas de las característi--
cas oclusales bajo los ataques traumáticos del bruxismo y-
el rechinar. Es necesario hacer muchas investigacio--
nes sobre la naturaleza exacta del fenómeno de rechinamien-
to de los dientes, que provoca miositis y que es tan frecu-
ente en personas de todas las edades en nuestra sociedad -
compleja y nerviosa.

CAPITULO I
ETIOLOGIA DEL BRUXISMO

El término bruxismo deriva del francés "la bruxomanie", sugerido en 1907 por Marie y Pietkiewicz.(13) Frohman fué posiblemente el primero que usó la palabra "bruxismo".(5) Aunque Karolyi no empleó el término bruxismo, introdujo la mayoría de los actuales conceptos sobre este padecimiento en -- 1901.(10) El bruxismo se define comunmente como "el rechinamiento y movimiento de trituración de los dientes sin propositos funcionales".(16).

Muchos pacientes ignoran que rechinan los dientes, o si lo hacen, no saben que es algo patológico. El paciente generalmente nos dirá que siente cansancio en los músculos de la mandíbula cuando se despierta.(21)

El paciente literalmente trata de desgastar los contactos interferentes moviendo constantemente la mandíbula. En los hábitos de apretamiento y rechinamiento, las fuerzas ejercidas por los dientes son constantes y no intermitentes. (21)

Glickman, define el bruxismo como el apretamiento o rechinamiento agresivo, repetido o continuo de los dientes durante el día o la noche, o durante ámbos, es más frecuente - en adultos, pero también en niños.(8)

Los siguientes son algunos de los términos que han sido usados frecuentemente: "neuralgia traumática" (Karolyi)(10), "efecto de Karolyi" (Weski), "neurosis del hábito oclusal"-- (Thisler)(22) y más resientemente, "parafunción" (Drum)(3).

Miller, propuso la diferenciación entre el rechinamien-

to nocturno de los dientes, al cual llamó bruxismo, y el hábito de rechinar los dientes en el día, al cual denominó -- bruxomanía.(14)(16)

El bruxismo es un hábito común de apretamiento o rechiamiento continuo de los dientes durante el sueño o la vigilia. Se trata de un hábito oclusal anormal que se observa -- con mayor frecuencia en adultos, y en grado mucho menor en niños. El bruxismo ha sido clasificado como una de las diversas formas de neurosis oclusales, de las cuales el individuo toma conciencia.

El bruxismo es un reflejo, que tiene lugar sobre todo -- durante el sueño y cuyo objeto es eliminar los contactos prematuros. Por desgracia no es selectivo y por lo general la -- maloclusión empeora en vez de mejorar.(23)

En los pacientes con bruxismo, la protección neuromuscular normal contra el daño periodontal producido por las fuerzas oclusales está inactivado y la injuria traumática asociada, con la oclusión defectuosa puede aparecer en cualquier -- parte del sistema masticatorio.(17)

Parece ser que la tensión nerviosa es una causa común -- para la aparición del hábito, en presencia de una oclusión -- patológica. En muchas ocasiones es una manifestación local -- de una condición general de psiconeurosis. La bruxomanía puede ser la expresión de una tensión nerviosa y de tendencias -- conscientes o inconscientes de agresividad. O de manifestaciones de angustia somatizadas en la boca.(12)

Es, sin embargo, una alteración de la oclusión y puede -- causar un daño irreparable a los tejidos periodontales, afectando también los músculos de la masticación y la articulaci-

ón temporomandibular.(6)

La bruxomanía ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres.

Por lo general, los pacientes no están conscientes del hábito, pero se quejan de dolor o de sensación de cansancio en máxilares y músculos, en particular al levantarse por la mañana, que se irradia a la cabeza y cuello, una sensación de ardor en los músculos o dolor de cabeza.(8)

El factor casual más frecuente para la iniciación de la bruxomanía, es la discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica; invariablemente ésta va acompañada de contracciones asincrónicas o sostenidas en los músculos temporal y masetero, o durante la deglución.(12)

Dos factores principales se encuentran íntimamente relacionados con el bruxismo: el factor emocional o psicológico y el factor oclusal.(19) Los factores emocionales implicados varían desde la agresión reprimida, tensión emocional, ansiedad, cólera y temor a la dependencia oral como problema central de la vida. Los factores oclusales incluyen puntos de contactos prematuros céntricos e interferencias cúspideas -- dentro de los movimientos excursivos de la mandíbula.(19)

El bruxismo se encuentra relacionado con un estado de hipertonicidad de los músculos masticatorios, que son afectados en forma interdependiente o independiente por la oclusión, emoción, dolor o molestia.(19)

El apretamiento es el cierre continuo o intermitente de los maxilares bajo presión, y el golpeteo son diferentes hábitos oclusales que deberían ser considerados juntos, porque su etiología es la misma y producen síntomas comparables jun

tos, porque su etiología es la misma y producen síntomas com
parables.

Como el origen de las fuerzas se encuentra en los múscu
los de los maxilares, los trastornos neuromusculares que --
provocan hipertonicidad son considerados factores importan--
tes, ya sea en la iniciación de la compulsión o como una se--
cuela de la misma.

Aún no ha sido posible valorar el significado relativo-
de los factores emocionales y oclusales en el apretamiento -
electromiográficos y clínicos han sido revelado que suele --
existir una relación entre ellos.

El bruxismo que provoca traumatismo oclusal puede surgir
de la tensión física mínima, o de la falta de armonía funcion
al marcada, así como de la grave tensión física y factores-
funcionales insignificantes. (19) Aquí nuevamente no es clara
la forma en que opera la interrelación. Según una teoría, el
factor oclusal es importante, actuando como un organismo de -
gatillo para desencadenar tensión nerviosa. Los factores --
occlusales más comunes son discrepancias entre la oclusión en
relación céntrica y la oclusión céntrica e interferencias en
el lado de balance. Esta aceveración está basada en observa-
ciones electromiográficas clínicas de bruxismo severo donde -
el desequilibrio en la actividad muscular puede ser elimina-
do por un ajuste oclusal adecuado.

Una teoría diferente señala a los factores emocionales -
como de mayor importancia debido al hecho de que la tensión-
emotional causa un aumento en la tensión del músculo esquelet
tico, iniciando el bruxismo. (19) En un estudio, la difu--
ción de la articulación temporomandibular asociada intima--

mente con el bruxismo, sólo puede ser tratada, en forma eficaz sin terapéutica oclusal, aliviado únicamente la angustia.

MANIFESTACIONES DEL BRUXISMO.

Las manifestaciones del bruxismo difieren con el tipo de hábito. El apretamiento denominado también bruxismo céntrico, es un contacto prolongado y repetitivo de los dientes sin movimientos mandibulares o con movimientos mínimos. Debido a la falta de movimiento, el apretamiento da como resultado contracción muscular isométrica (que es diferente a la contracción isotónica durante el frotamiento). Los resultados más graves del apretamiento son cambios patológicos - primarios de las estructuras periodontales de soporte y --- trastornos secundarios de la articulación temporomandibular . (19)

Las secuelas patológicas del apretamiento suelen ser - mayores, más generalizadas y más graves que las provocadas por el frotamiento. Se presentan datos histológicos de lesiones por apretamiento tales como hemorragias y necrosis. -- Clínicamente, la frecuencia de movilidad dentaria avanzada es mayor y más generalizada que los resultados observados - en el frotamiento; así, la movilidad contribuye a la retención de alimento. (19) Los apretadores rara vez muestran atricción oclusal excesiva a las facetas típicas de los frotadores, por lo que el desgaste dentario es muy leve y en - el área inmediata a las de descanso en céntrica.

Radiográficamente, los dientes muestran poco desgaste si la movilidad es generalizada; por el contrario presentan

un agrandamiento generalizado del espacio del ligamento, lo que suele estar acompañado por la destrucción selectiva del hueso alveolar. Puede observarse resorción radicular y en - casos más graves, zonas radiolúcidas apicales, lo que indica muerte pulpar. (19)

El frotamiento, también conocido como bruxismo escén-- trico, puede estar limitado a un sólo par de dientes o afectar segmentos enteros de la dentición. Debido al movimiento mandibular, la contracción muscular es isotónica. Las manifestaciones del frotamiento son (A) atricción de las superficies oclusales, (B) lesión al periodonto, y (C) trastornos de la articulación temporomandibular y musculatura asociada. (19)

Las secuelas patológicas dependen, en gran medida de - la habilidad del periodonto para compensar la tensión aumentada. Si esta tensión es compensada mediante un aumento en el patrón trabecular del hueso, exostosis alveolares o la formación de contrafuertes óseas, el daño sería mayor sobre las superficies oclusales, que en tales casos forman el eslabón más débil. Los daños a las estructuras de soporte pueden observarse si el periodonto no se acomoda al aumento de de la tensión o si ya existe destrucción ósea periodontal.- No es raro encontrar trastornos de diversos grados en las - tres zonas: dientes, periodonto y articulación temporomandi bular con su musculatura asociada.

Cuando el frotamiento afecta a uno o dos dientes, las secuelas patológicas pueden ser un desgaste aislado o irregular, movilidad, dolor, muerte pulpar y formación de absego apical o periodontal.

Radiográficamente y micrográficamente, los signos de lesión al aparato de inserción son agrandamientos del espacio del ligamento, rasgaduras del cemento, resorción radicular e hiper cementosis y, en casos más graves, fracturas radicular con zonas radiolúcidas apicales que señalan muerte-pulpar. (19)

Cuando son afectados grandes segmentos de la oclusión, las manifestaciones son iguales, pero en una escala mayor.-- Las superficies oclusales pueden mostrar patrones extensos-- no funcionales de atrición, sin movilidad dentaria patológica, en lugar de una exostosis nodular alveolar compensatoria a la atrición, puede provocar variaciones en las curvas oclusales, facetas altamente pulidas, bordes incisales agudos o irregulares, y pérdida de la altura de la corona. El desgaste y tensión excesivos pueden dar como resultado la fractura de dientes y restauraciones.

HABITOS BUCALES DIVERSOS.

Muchos hábitos bucales, algunos relacionados íntimamente con el bruxismo, pueden clasificarse como no específicos u ocupacionales.

El apretamiento habitual de los maxilares en mal posiciones bloqueadas, al morder abjetos colocados dentro de la boca o entre los labios, la mordedura de la lengua o carrillos, son todos vías de escape para la tensión psíquica y emocional. Sin embargo, estas condiciones no tienen asociación con la disarmonía oclusal, como es el caso del bruxismo. El único efecto indirecto de las interferencias oclusales sobre estas es posiblemente un aumento en la tonicidad-muscular; por el contrario, el tono muscular puede disminu-

ir mediante el tratamiento oclusal y la eliminación de los efectos irritantes de la boca. La supresión de las interferencias oclusales puede, por lo tanto, facilitar la desaparición de algunos de estos hábitos; pero, la mordedura del labio, lengua, mejilla o uñas puede constituir también una vía de escape de substitución cuando se ha eliminado el mecanismo de escape anterior através del bruxismo al suprimir los factores desencadenantes oclusales. Algunos de estos hábitos tienen una presentación cíclica típica similar al bruxismo. Los factores precipitantes pueden ser el exceso de trabajo, la preocupación, y la tensión premensual o tensiones de otro tipo, pero teniendo todas como fondo común un estado de frustración.

Otros hábitos oclusales pueden estar asociados con la ocupación de la persona; por ejemplo: el morder hilos por las costureras, el sostener clavos entre los dientes por los carpinteros o tapiceros, y el mantener vidrio entre los dientes por los sopladores de dicho material. En estos casos no existe necesariamente disarmonía psíquica u oclusal dentro del hábito oclusal.

El rechinamiento o apretamiento de los dientes puede ser precipitado por desórdenes espásticos de naturaleza local o general. Se ha visto que la supresión de las interferencias oclusales sirve para disminuir tanto la frecuencia como la importancia del apretamiento espástico y del rechinamiento, y la ayuda en el control de los movimientos espásticos del maxilar.

La postura lingual anormal o los hábitos linguales anormales al deglutir, ofrecen un problema complicado tanto-

para el paciente como para el dentista que deberá tratarlo. Este tipo de hábito puede ser endógeno o adquirido y provocar mal oclusión tanto morfológica como funcional. Debido a que las posturas o excursiones anormales de la lengua se realizan en forma inconsciente, son difíciles de vencer. Si el hábito es la proyección lateral de la lengua, se desarrollará una mordida posterior. Una mordida anterior generalizada, con una mala relación oclusal de los dientes posteriores, es el resultado de la proyección anterior de la lengua durante la deglución.

Los pacientes con mordida abierta anterior presentan dificultad para cortar los alimentos con los incisivos, masticar adecuadamente y deglutir los alimentos. En un esfuerzo para realizar estas funciones normales, se ejerce una gran tensión sobre los dientes posteriores que permanecieran en oclusión. Para proteger los dientes posteriores, es importante una relación normal de sobremordida horizontal y vertical de los dientes anteriores, ya que permite la desoclusión de los dientes posteriores durante los movimientos laterales y protusivos. Esto no es posible con una mordida abierta anterior, ya que cada movimiento mandibular es objeto de interferencias oclusales de deflexión durante la masticación. Para poder cerrar este espacio durante la deglución, se ejerce una gran presión por la lengua por los músculos mentoniano, orbicular y macetero y sobre los dientes anteriores.

IMPORTANCIA DEL BRUXISMO.

El bruxismo puede tener gran influencia sobre los teji

dos periodontales, los músculos masticadores y adyacentes,-- la artículación temporomandibular, la iniciación de jaqueca , y la irritación del sistema nervioso central. (6)

Karolyi fue el primero en postular que las contraccio-nes nocturnas de los músculos maseteros podrían ser un fac-tor principal en la etiología de la piorrea. Dicho autor recalcó también el papel lesivo de las contracciones espásticas de los músculos labiales y de la lengua para el periodonto y el efecto molesto de tales contracciones sobre la comodidad bucal del paciente. (11)

Los daños de importancia resultan con frecuencia mayores en la corona del diente en que el periodonto. (6) El desgaste de los dientes ocasionada por el bruxismo puede dedar por resultado reducción inestética de la longitud de la corona, trastornos de las relaciones de contacto interproximal, y ocasionar pulpitis, exposición y muerte de la pulpa. (16) Otras posibles secuelas del bruxismo son borde de esmalte afilados e irritantes, dientes y restauraciones fracturados, e incluso estrangulación apical de la pulpa. El debruxismo puede dar lugar a cefalea crónica. (16)

El bruxismo se encuentra íntimamente relacionado con el aumento de tono en los músculos maxilares. El tono múscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por dolor o molestias, y por interferencias oclusales. La interacción de estos tres mecanismos proporciona las bases neuromusculares del bruxismo. (16)

Las molestias por interferencias oclusales o dolor pueden afectar también el sistema nervioso central. En ocasiones se oye decir al paciente: "esta nueva obturación me es-

ta volviendo loco". Dicha irritación del sistema nervioso -- central disminuirá el umbral de irritabilidad de los compo-- nentes nerviosos asociados con los movimientos reflejos del-- maxilar, así como aumentará el tono muscular directamente -- por intermedio del sistema fusomotor.(16) La fatiga y el do-- lor subsecuente ocasionados por la contracción sostenida de-- los músculos del maxilar disminuirán también el umbral de -- irritabilidad y entrarán dentro del mecanismo desfavorable -- de retroalimentación.

Pueden existir también factores locales diferentes a -- las interfeerencias oclusales que contribuyen a la hipertonici-- dad de los músculos maxilares y a la iniciación de movimien-- tos maxilares anormales. Dichos factores son: colgajos gingi-- vales de terceros molares; hiperplasia gingival o cualquier-- tipo de enfermedad periodontal, especialmente si hay dolor, -- irregularidades de la superficie del labio, mejilla y lengua y dolor o malestar en la articulación temporomandibular y -- músculos maxilares.(16)

BRUXISMO EN ODONTOPEDIATRIA.

Es observado también en niños el hábito de bruxismo, o -- frotarse los dientes entre sí. Este es generalmente un hábi-- to nocturno, producido duente el sueño, aunque puede obser-- varse también cuando el niño esta despierto. El frotamiento-- puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozadu-- ras a distancia. El niño puede producir atricción considera-- bles de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias ma-- tutinas en la articulación temporomandibular.(4)

CAPITULO II

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

En la mayoría de los casos, los signos y síntomas de -- bruxismo no son evidentes; sin embargo, algunos de ellos son indicativos, aunque de ninguna manera patognomónico o diag-- nostico.(16)

Por lo general se pueden descubrir los casos graves me-- diante la observación cuidadosa en busca de tales signos y - síntomas. Puesto que la mayoría de los casos de pacientes -- con bruxismo no se dan cuenta del hábito, el interrogatorio-- carece generalmente de valor. Si se informa al paciente so-- bre la posibilidad de este padecimiento y se pide que pregun-- te a su familia y amigos, puede llegar a tener una historia-- positiva.

Es probable que todos hemos llegado a rechinar alguna - vez los dientes al encontrarnos en estado de tensión o de es-- fuerzos. Sin embargo, el hecho carece de importancia si no - aparecen manifestaciones de traumatismo.(16) El bruxismo pue-- de llevar al truma por oclusión con manifestaciones en cual-- quiera de los numerosos componentes del sistema masticador. Así son posibles los traumatismos a las coronas y a las raí-- ces de los dientes, a la pulpa, al periodonto, al complejo - masticatorio neuromuscular; pero el bruxismo se vuelve pro-- blema oclusal importante sólo cuando hay signos y síntomas - (o ambos) de truma en el sistema masticatorio.(16)

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS DE LA BRUXOMANIA.

La bruxomanía presenta alguno o algunos de los siguien-- tes signos y síntomas clínicos:

- 1.- Facetas sobre los dientes, que indican un desgaste-oclusal.
- 2.- Desgaste oclusal excesivo y desigual.
- 3.- Tono muscular aumentado y resistencia no controlada a la manipulación de la mandíbula. (12)
- 4.- Hipertrofia compensadora de los músculos de la oclu
sión, especialmente el masetero.
- 5.- Movilidad aumentada de los dientes.
- 6.- Sonido apagado a la percusión de los dientes. (12)
- 7.- Sensación de cansancio en los músculos de la oclu--
sión, al despertar en las mañanas.
- 8.- "Traba" de la mandíbula y una tendencia a morderse-
los labios, carrillos y lengua.
- 9.- Músculos de la oclusión adoloridos y a la palpación
. (9)
- 10.- Dolor o molestias en las articulaciones temporomaxi-
lares.
- 11.- Sensibilidad de los dientes al estrés masticatorio.
- 12.- Sensibilidad pulpar al frío.
- 13.- Sonidos perceptibles de la bruxomanía. (12)

Las fuerzas excesivas producidas por el bruxismo -- pueden causar mayor movilidad dental. Quienes sufren de bruxismo durante la noche, con frecuencia se despierta en las mañanas con los dientes algo flojos, pero al llegar el me--
diodía regresan a un estado casi normal. (20) La presión ex
cesiva aplicada al periodonto durante el bruxismo, pueden - actuar también como factor codestructor en la enfermedad pe
riodontal, formando bolsas infraóseas. (20) El bruxismo se-
asocia con frecuencia a contactos oclusales prematuros, los

cuales a su vez podrían actuar como factores codestructores en la formación de bolsas infraóseas. (20)

Los movimientos mandibulares en la bruxomanía son el resultado de la búsqueda inconsciente de la relación céntrica del paciente y la eliminación de interferencias para lograrla.

Cualquier tipo de interferencia oclusal puede iniciar la bruxomanía, pero las interferencias en céntrica y del lado de balance, son más provocadoras; las interferencias del lado de trabajo y las protusivas lo son menos. (12)

El tono muscular en paciente con bruxomanía está influenciado por estímulos locales (oclusales) y sistemáticos -- (sistema nervioso central).

En algunos individuos la bruxomanía o el apretamiento produce un hueso más denso y altamente calcificado, mientras que en otros las fuerzas son tan severas que se puede ver la isquemia producida. (12)

Los efectos del bruxismo son dobles. Primero, produce un desgaste anormal fuera de las superficies no oclusales de los dientes y, segundo, ejerce fuerzas oblicuas sobre el periodonto, siendo esas fuerzas capaces de iniciar indirectamente la microsis del ligamento periodontal.

El hábito del bruxismo puede desgastar las superficies oclusales de los dientes hasta el punto de que los rebordes marginales desaparecen. (6)

En casos graves de bruxismo, las superficies oclusales se desgastan hasta tal grado que la dimensión vertical queda reducida.

Considerando los efectos del bruxismo sobre el perio--

donto, los tejidos de soporte pueden a veces desarrollar una resistencia menor, la cual puede dar como resultado un estado patológico. Un espacio periodontal ensanchado, por lo común asociado con movilidad resulta en general indicativo -- del bruxismo. Cuando se observa movilidad, pero la pérdida del hueso alveolar no se presenta o es mínima debe sospecharse que existe bruxismo. El rechinar de los dientes y la resultante atrición oclusal no afectan la destrucción del hueso alveolar. Más bien, se produce un ensanchamiento del ligamento periodontal junto con un aumento de la actividad osteoblástica, lo que provoca mayor densidad del hueso alveolar comprometido.

El patrón de desgaste del bruxismo de la larga duración es con frecuencia muy irregular y generalmente más intenso sobre los dientes anteriores que sobre los posteriores -- en la dentición natural. (16) En los pacientes con prótesis el desgaste puede ser más marcado sobre los dientes posteriores que sobre los anteriores, puesto que la estabilidad de la dentadura permite una mayor presión en las regiones posteriores. (16)

El estillamiento o fractura de los dientes constituye otro signo dental del bruxismo. Las fracturas pueden presentarse en los dientes intactos, pero ocurre principalmente -- en asociación con desgaste oclusal de la fosa central de -- restauraciones blandas, dejando puntas cuspidas duras en -- la interferencia oclusal. También se pueden presentar fracturas de dientes y restauraciones fuera del límite funcional de oclusión en pacientes con bruxismo durante episodios de malposición sumamente forzada de los maxilares. Por ejem

plo, el apósito quirúrgico, empleado después de la gingivec
tomía, con frecuencia se rompe durante la noche por los con
tactos oclusales en movimientos del bruxismo, debiendo exa
minarse dichas curaciones para ver si hay libertad de con
tacto, tanto en las relaciones masticatorias como extramas
ticatorias.

MOVILIDAD INESPERADA DE LOS DIENTES.

El aumento de movilidad de los dientes se encuentra --
frecuentemente asociado con bruxismo y resulta de especial-
importancia cuando se presenta en dientes con muy pocos sín
tomas de enfermedad periodontal o en ausencia del mismo. --
(16) Hirt MÜhlemann demostrarón que los dientes de pacien--
tes con bruxismo nocturno tiene un grado de movilidad apre-
siablemente más elevado por la mañana que durante el resto-
del día. Estos dientes presentan con frecuencia un sonido -
sordo a la percusión y puede doler cuando el paciente muer-
de con ellos, especialmente por la mañana.

Puede existir en el bruxismo hiperemia pulpar con hi--
persensibilidad, especialmente al frío. En algunas ocasio--
nes el bruxismo grave puede también ocasionar necrosis de -
la pulpa. (16)

AUMENTO DE TONO E HIPERTROFIA DE LOS MUSCULOS MASTICA- DORES.

El aumento de tono muscular que se manifiesta como una
resistencia incontrolable a los intentos que efectúa el den
tista para llevar, el maxilar del paciente hacia la relaci
ón céntrica es muy común en los pacientes con bruxismo.(16)
Con frecuencia existe hipertrofia unilateral o bilateral de

los músculos masticadores, especialmente de los maseteros. - La hipertrofia unilateral del masetero se confunde en ocasiones con tumor de la glándula parótida.(16) La hipertrofia e hiperfunción de los musculos maseteros puede influenciar el desarrollo del maxilar inferior durante el crecimiento y dar lugar a marcada asimetría facial.(16)

TRATAMIENTO DEL BRUXISMO.

La eliminación del hábito del bruxismo no puede llevarse acabo fácilmente, ya que éste puede ser una compulsión -- psicológica profundamente asentada. Los individuos que presentan tensiones emocionales preexistentes son más propensos a presentar el hábito del bruxismo.(6) Para el tratamiento - de este hábito se han propuesto muchos remedios, tales como tranquilizantes, protectores nocturnos, férulas oclusales, - psicoterapia y detección y corrección de desequilibrios -- oclusales.(6) Algunos autores son de opinión de que si a un individuo se le hace tomar conciencia de que el hábito existe, dicho individuo tratará de eliminarlo por sí mismo. Sin embargo, esto no resulta en general una terapia suficiente.- Algunos piensan que el hábito puede ser vencido si se enseña al individuo a mantener los labios juntos y los dientes separados, utilizando así el espacio libre interoclusal. En efecto, de este modo se estará reemplazando un hábito con otro.

También se ha sugerido que la bricomanía puede ser evitada o aliviada por autosugestión. Se puede instruir a los - pacientes para que piensen antes de acostarse que se levantarán o despertarán tan pronto como empiecen a apretar sus arcadas dentarias.

La corrección de los contactos prematuros es de gran im

portancia y se ha observado repetidamente que la bricomanía se ha eliminado después de remover las interferencias oclusales o después de la reconstrucción de la oclusión.

Las férulas de plástico están indicadas en la bricomanía, tales férulas pueden ser construídas para una o las -- dos arcadas, dejando el espacio libre, cubriendo todas las superficies oclusales y permitiendo que el paciente mueva -- la mandíbula en cualquier dirección.

De los tratamientos citados, el de la corrección de -- contactos prematuros es el mejor. El hábito se rompe de inmediato, las más de las veces, una vez terminado el ajuste. Deben revisarse con gran regularidad estos casos, pues es -- factible la reincidencia del hábito.

El tratamiento ideal, es la rehabilitación oclusal completa. Por regla general, la bruxomanía ocasiona un desgaste oclusal excesivo que amerita una restauración total de -- la dentición. (12)

La psicoterapia, se ha sugerido, y en ocasiones empleado con éxito, encaminada a disminuir la tensión psíquica o emocional del paciente. Sin embargo, varios pacientes con -- bruxismo han desarrollado trastornos psíquicos o emocionales de tal profundidad que el dentista no esta capacitado -- para evaluar o tratarlos. Por lo tanto, el dentista debe de ser muy cuidadoso para no emprender ningún tipo de psicoterapia más de lo que está generalmente aconsejado. La idea -- de que el bruxismo es una vía de escape para la tensión nerviosa generalmente es rechazada por el paciente, y nunca debe de contradecírsele. Sin embargo, cuando el paciente ha -- tenido tiempo y oportunidad de pensarlo, generalmente acep-

ta en las consultas posteriores que el dentista puede estar en lo correcto y que lo que se le dijo le ha ayudado a comprender mejor su problema. (16)

Los ejercicios relajantes, tanto locales como generales pueden servir para hacer disminuir la tensión muscular y el bruxismo. Ejercicios, masajes, calor y otras formas de fisioterapia proporcionarán el mismo alivio para el bruxismo que para las mialgias posturales o de otra naturaleza. pero dado que no cura el padecimiento deberán ser utilizados únicamente en apoyos de otras formas de terapéutica. (16)

La eliminación del dolor y de la incomodidad bucal asociados con la enfermedad periodontal o condiciones patológicas de labios, carrillos y lengua, así como el dolor o irritación en cualquier otra parte del aparato masticador, disminuirá el tono muscular y tendrá un favorable efecto sobre el bruxismo, tanto desde el punto de vista de los factores locales como el sistema nervioso central. (16)

CAPITULO III

INDICACIONES, CLASIFICACION Y ELABORACION DE GUARDAS --
OCLUSALES.

Diversos tipos de placa para mordida y férulas oclusa--
les han sido recomendadas para el tratamiento del bruxismo -
desde que Karolyi introdujo las férulas oclusales de vulcani--
ta. (16) Las indicaciones de dichas placas y férulas han si--
do: 1) frenar el bruxismo por la eliminación de las interfe--
rencias oclusales; 2) dejar que el paciente frote los dien--
tes contra el acrílico, o bién las dos férulas oclusales, y -
de esta manera evitar el desgaste oclusal, y 3) restringir -
los movimientos del maxilar y romper el hábito del bruxismo.
(16)

Los términos "placa para mordida" y "férulas oclusales"
con frecuencia se usan indistintamente, pero el término "pla--
ca para mordida" debe emplearse solamente para los dispositi--
vos de tipo Hawley y el de "férula oclusal" para los que su--
jetan y mantienen unidos varios dientes. (16)

Los principales requisitos para ambos tipos de dispositi--
tivos son que deben: 1) eliminar las interferencias oclusa--
les con un mínimo de abertura de la mordida, y 2) mantener -
una posición estable de los dientes mientras se está emplean--
do el dispositivo. (16)

Al utilizar el dispositivo permite el diagnostico de --
las interferencias por la relajación muscular que sigue al -
uso de la férula y posibilita su detección, la que puede ser
difícil por el hipertonicismo muscular. (1)

Las férulas deben eliminar los contactos prematuros, --
con un mínimo de interferencia en el espacio libre interoclu--

sal. (1)

El protector oclusal evita el contacto de las cúspides y anula así los patrones neuromusculares anormales. Este aparato permite los movimientos de frotación compulsiva de la mandíbula, pero evita el contacto de las superficies oclusales. Por lo tanto, no se producirá desgaste oclusal. (6)

Existen varias indicaciones para la utilización del guarda oclusal. Para la terapéutica periodontal, el guarda oclusal removible es el tratamiento de elección cuando exista un complemento normal de dientes que padecen hiper movilidad temporal. (19)

Este aparato establece una articulación estabilizada con los dientes de la arcada opuesta y protege uno o varios dientes y su periodonto contra las sobrecargas oclusales. (19)

Los guardas oclusales también pueden emplearse como aparatos retenedores después de ortodoncia menor o mayor. (4)

El guarda oclusal es un auxiliar importante en el tratamiento del bruxismo o en los efectos del mismo. (19) El bruxismo suele ser tratado por ajuste oclusal y/o reconstrucción oclusal. Sin embargo, después del tratamiento, los pacientes pueden continuar frotando o apretando los dientes, lo que da como resultado el desgaste y el fracaso subsecuente de las restauraciones. (19) Como se ha establecido, estos movimientos mandibulares parafuncionales se presentan principalmente durante el sueño ligero, los guardas oclusales empleados durante la noche pueden reducir considerablemente el traumatismo a la articulación temporomandibular y a otras estructuras de soporte. (19)

Los guardas oclusales también pueden emplearse para el tratamiento de disfunciones temporomandibulares mediante la corrección de la relación y la fosa y aliviar el espacio muscular y el dolor de la articulación. Mediante el estiramiento de los músculos, el guarda oclusal da alivio a las articulaciones y músculos adoloridos. (19)

PLACAS PARA MORDIDA.

Las placas para mordida en su forma simple consisten de una placa acrílica con un gancho retenedor a cada lado de la arcada en el área molar. El acrílico tiene una porción plana por detrás de los dientes anteriores contra la cual hacen -- contacto los incisivos inferiores; de esta manera la placa -- de acrílico eleva lo suficiente la mordida para que los dientes posteriores no puedan hacer contacto. (16) Otra modificación incorpora un arco labial de alambre tipo de retenedor -- de Hawley. Estos tipos de dispositivos pueden traumatizar -- los tejidos gingivales. (16) La tercera y la mejor modificación, el acrílico se extiende desde la porción plana y sobre el borde incisivo de los dientes anteriores del maxilar superior. (16)

Todas las placas para mordida son muy fáciles de fabricar con acrílico de fraguado en frío o en caliente, sobre un molde de maxilar superior. (16) La placa se ajusta directamente en la boca, pudiendo añadirse acrílico autopolimerizable al área de la placa palatina si se necesita que el contacto con los incisivos inferiores sea parejo. La mordida debe ser elevada sólo lo suficiente para evitar el contacto entre los dientes posteriores.

El protector oclusal se fábrica de acrílico duro o fle-

xible, de manera que cubra las porciones oclusal e incisal - de los dientes y las porciones vestibulares y lingual de estos hasta la altura del ecuador. (6)

Se puede hacer un sólo protector o se puede colocar uno para cada maxilar. La colocación de uno o de dos protectores está determinada por la tolerancia del paciente. Si sólo se puede utilizar un protector oclusal, debe de ser colocado so bre el maxilar que presenta movilidad de los dientes. (6) El aparato actuará redistribuyendo las fuerzas que resive através de los maxilares, mitigando así la destrucción del hueso alveolar. El protector oclusal también protegerá al periodon to de lesiones producidas por fuerzas laterales, por cuanto éste aparato convierte los movimientos mandibulares de bru- xismo en una acción de deslizamiento sobre la superficie li- sa de acrílico. (6)

Es interesante confeccionarla con el articulador indi- vidual adaptable; si no, muchas veces la corrección oclusal es larga, fastidiosa e imprecisa de colocar.

Por ningún motivo deberá la dimensión vertical establecida con los incisivos inferiores en contacto con la placa oclusal, exceder de la posición postural de descanso. Si se utiliza la placa oclusal como un auxiliar terapéutico, deberá ser llevada en todo momento, salvo a la hora de comer. -- Una vez lograda la dimensión vertical oclusal correcta medi- ante la erupción de los dientes posteriores, deberá reducirse el tiempo que se llevará la placa oclusal a la mitad pero su utilización como un aparato retenedor deberá extenderse - de seis o doce meses o más si es posible, dependiendo de la magnitud de la erupción lograda, edad del paciente, tipo de-

oclusión y tendencia individual a la residiva.

Si la placa oclusal es empleada a manera de "muleta" -- dental y no existe la posibilidad razonable de corrección -- permanente, deberá utilizarse indefinidamente. Para esto, en la mayor parte de los casos, es suficiente llevarla solamente de noche en casos de bruxismo, en los que se emplea para evitar que los estímulos sensoriales oclusales desencadene -- el fenómeno de la brucomanía, deberá ser utilizado indefinidamente. La mayoría de los pacientes aprenden a depender de la placa oclusal y en ocasiones no pueden dormir sin ella. -- (9) Si parece que el paciente utilizará la placa oclusal durante algún tiempo, especialmente en los casos de bruxismo o brucomanía, deberá reforzarse para resistir considerable tensión. Deberá agregarse un alambre labial restrictivo o una -- extensión labial de acrílico para evitar un desplazamiento -- labial de los incisivos superiores. Las placas oclusales ordinarias puede que no resistan los fuertes ataques de brucomanía en algunos pacientes. En cualquier caso la porción acrílica del plano deberá ser reconstruída a intervalos periódicos al desgaste. Un esqueleto metálico vaciado labial y -- lingual constituye una buena base para el uso a largo plazo en un adulto.

ELABORACION DE LA PLACA OCLUSAL.

A) PRIMERA VISITA DEL PACIENTE:

1 -Haga una impresión con hidrocoloide reversible o irreversibles. Otro material de impresión puede ser sustituido si se obtiene una duplicación exacta de las estructuras orales. Después que se ha tomado la impresión, el paciente puede ser despedido.

2.- Vaciar el molde en piedra artificial (9)

B) PROCEDIMIENTO DEL LABORATORIO.

1.- Recortar el molde para evitar exceso innecesario.

2.- Trazar la férula con lápiz en el molde. La férula - debe de cubrir toda la superficie oclusal y bordes incisales de los dientes y forman una cobertura palatina simulando la herradura de un caballo. El razonamiento para cubrir la superficie incisolabial y ocluso-bucal es para prevenir migración de estos dientes. La adición de resina acrílica sobre la porción vertical del paladar nos aumenta la estabilidad, retención y mayor fuerza la férula. (9)

3.- Bloquea las áreas que la resina acrílica autopolimerizante no cubrirá. Hay muchos materiales sugeridos para este propósito, pero el material base para la impresión funciona bien. Estos materiales de impresión adquiridos fácilmente convenientes en su uso, pueden ser recortados con una navaja filosa para el contorno deseado. (9)

4.- Se lubrica el molde con un medio de separador adecuado.

5.- Se agrega la resina sobre el área delineada. La resina acrílica debe cubrir todas las áreas oclusales y bordes incisales y debe de ser aproximadamente de 0.5 a 1 mm. de grosor. Cuando la aleación es completa, es mejor permitir la polimerización bajo presión para obtener una restauración muy dura y densa. La remoción prematura del molar puede resultar en deformidad de la moldura de la resina acrílica. (9)

C) SEGUNDA VISITA.

1.- Se remueve la moldura del modelo de yeso y se prueba en la boca del paciente para determinar el ajuste.

2.- Se ajustan la oclusión en éste tiempo para determinar que la férula fué hecha lo más delgada posible, idealmente 0.5 mm. a 1 mm. de resina acrílica es puesto interproximalmente en las superficies oclusales en los dientes molares . (9)

D) DESARROLLO DE LA PANTALLA OCLUSAL.

1.- Se mezcla el monómero y el polímero en un frasco y se permite que la polimerización continúe hasta que la resina acrílica tenga una consistencia de migajón. (9)

2.- Se agrega una sustancia blanda de resina acrílica a la superficie oclusal de la moldura, se lubrica con vaselina , y de guía al paciente a los movimientos deseados mandíbula res. El paciente es guiado a la posición terminal lateral de recho e izquierdo y movimientos protusivos para la anotación de las huellas oclusales opuestas. (9)

Después que las resinas acrílicas haya registrado la oclusión opuesta de las huellas, es puesta en agua mientras termina la polimerización para prevenir distorsión debido al calor. (9)

3.- Ajuste de la oclusión en la boca después de la resina acrílica sobresaliente haya terminado de polimerizar. Los contactos oclusales son marcados y tanto eliminados o refinados, desprendiendo de la pantalla oclusal seleccionada. Los ajustes son llevados acabo con piedras cortantes fresas. (9)

4.- Se suavisa y se pulc la férula después de que la oclusión haya sido ajustada con componentes para pulir resina acrílica. (9)

CAPITULO IV
" C A S U I S T I C A "

NOMBRE: ANTONIO SALAS SANTAMARIA

EDAD: 23 AÑOS

ANTECEDENTES PERSONALES Y EVALUACION PSICOLOGICA:

Estado Civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Hábitos de dormir: Bruxismo.

Medio ambiente: Tensión por sus estudios y exámenes.

Antecedentes gastrointestinales: Gastritis nerviosa.

Antecedentes neurológicos: Muy nervioso.

SINTOMATOLOGIA:

El paciente presentaba mucho dolor en las articulaciones temporomandibulares todo el día, presentaba desgastes en los bordes incisales, sobremordida vertical, nunca se le había practicado un tratamiento de la articulación, al cerrar había una desviación de la mandíbula hacia el lado izquierdo.

DIAGNOSTICO:

Bruxismo y disfunción craneomandibular.

TRATAMIENTO:

Se le construyó un guarda oclusal, se le indicó que la usará durante quince días todas las noches, se presentó a revisión al cual se revisó y se citó nuevamente dentro de un mes; - se valoró y se llegó a la conclusión que ya no había necesidad de que la siguiera usando.

RESULTADOS:

Como observamos en la primera cita que fué al término de los primeros quince días el paciente había mejorado pero no -- del todo por lo que hubo necesidad que volviera a usar el guarda oclusal por un mes más al término del cual desapareció el - problema completamente. El paciente ya no sentía ninguna moles tia.

NOMBRE: AUGUSTO REYNOSO SALINAS.

EDAD: 9 AÑOS

NOMBRE DE LOS PADRES: Sr. Augusto Reynoso A. y Sra. Alejandra Salinas G.

ANTECEDENTES PERSONALES Y EVALUACION PSICOLOGICA:

Hábitos de dormir: Bruxismo

Actitud mental: Receptivo, la personalidad denota timidez.

Antecedentes gastrointestinales: S.D.P.

Antecedentes neurológicos: Muy nervioso.

SINTOMATOLOGIA:

La madre refiere que el niño se queja de adolorimien
to en el área de las mejillas; nos relata que durante el sueño el niño rechina los dientes, produciendo sonidos más o menos - fuertes, además de que es muy inquieto.

DIAGNOSTICO:

Bruxismo.

TRATAMIENTO:

Plano de mordida y psicoterapia.- Se elaboró un plano de mordida no rígida que se colocó en la segunda sesión; se me
dicó Atarax tabletas de 25 mgs., una diaria, antes de acostarse. El niño refirió en la siguiente cita, que el aparato le mo
lestaba en uno de sus bordes; se rebajó y se pulió en la zona-retromolar.

El niño fue adquiriendo poco a poco una tranquilidad-durante el sueño. Finalmente después de citas periódicas duran
te tres meses desapareció el rechinamiento nocturno.

NOMBRE: Mercedes Hernández Hernández.

EDAD: 35 AÑOS.

ANTECEDENTES PERSONALES Y EVALUACION PSICOLOGICA:

Estado Civil: Casada con tres hijos.

Trabajo: Comerciante y ama de casa.

Hábitos de dormir: Bruxismo.

Medio Ambiente: Tensión emocional con el esposo.

Antecedentes gastrointestinales: Gastritis nerviosa.

Antecedentes neurológicos: Presentó amnesia hace dos años y con
gultó al psicólogo, estuvo internada en hospital; ataque de his
teria frecuente.

SINTOMATOLOGIA:

La paciente presentaba fatiga muscular en el músculo -
temporal y masetero, problemas de bruxismo, sobremordida verti-
cal de 7.5 mm., oclusión céntrica normal, dolor en la A.T.M., -
chasquido sagital de cierre y no presentaba dolor en ningún di-
ente en especial.

DIAGNOSTICO:

BRUXISMO Y DISFUNCION CRANEO-MANDIBULAR.

TRATAMIENTO:

Se le construyó un guarda oclusal, se le indicó que la
usara día y noche durante una semana y fuera al término de ese-
tiempo a revisión y se presentó en la fecha indicada y se le in
dicó que la usara por dos meses más día y noche, al concluirse-
la paciente volvió a presentarse y se le ordeno que la usara ya

únicamente por la noche por cuatro meses más, tiempo justo para que desapareciera el problema.

RESULTADO:

Cuando se presentó la paciente a revisión, la primera cita observamos muy poca mejoría, por lo que hubo la necesidad de -- que la usara más tiempo al paso del cual fué mejorando al paso del tiempo poco a poco hasta que se eliminó completamente la mo lestía.

NOMBRE: SANDRA RODRIGUEZ SALGADO

EDAD: 28 AÑOS

ANTECEDENTES PERSONALES Y EVALUACION PSICOLOGICA:

ESTADO CIVIL: Soltera.

Enfermedades en la familia: Su mamá presenta diabetes.

Trabajo: Contador Público.

Adaptación o falta a su trabajo: Está bien adaptada.

Hábito de dormir: Presenta bruxismo.

SINTOMATOLOGIA:

La paciente se presentó porque tenía dolor en las articulaciones temporomandibulares desde hacía dos meses y dicho dolor era de casi todo el día. La paciente es un poco nerviosa y nunca se le había realizado un tratamiento de la articulación temporomandibular. No se presentaba dolor en ningún diente específico, al cerrar su boca había desviación de la mandíbula hacia el lado derecho, el tipo de oclusión era de borde a borde, a la palpación, había mucho dolor en las articulaciones temporomandibulares a la auscultación había crepitación y chasquido sagital de cierre.

DIAGNOSTICO:

Disfunción crancomandibular aunado al bruxismo.

TRATAMIENTO:

Se le construyó un guarda oclusal superior y se le indicó que la usará durante dos semanas todas las noches y al término de ese tiempo se presentará a revisión y en esa cita se le dijo-

que la siguiera usando por un mes y medio más con revisiones pe-
riódicas cada quince días hasta eliminar el problema.

RESULTADOS:

Se observó que cuando citabamos al paciente a revisión en-
la primera quincena de usar la placa o guarda oclusal todavía --
persistía la molestia no en la misma intensidad desde luego, por
lo que se le indicó que la siguiera usando por un mes y medio --
más al término del cual ya hubo eliminación de la molestia.

NOMBRE: MARIA DE LOS ANGELES CARRERA ALANIS.

EDAD: 10 AÑOS

NOMBRE DE LOS PADRES: ALFONSO CARRERA Y MARIA ALANIS.

ANTECEDENTES PERSONALES Y EVALUACION PSICOLOGICA:

Actitud mental; Receptivo, la personalidad denota timides.

Antecedentes gastrointestinales: S.D.P.

Antecedentes neurológicos: Muy nerviosa.

Hábito de dormir: Bruxismo

SINTOMATOLOGIA:

Refiere apretamiento dentario durante el día, rechinamiento nocturno y dolor en los músculos masticatorios por las mañanas al levantarse.

DIAGNOSTICO:

Bruxismo.

TRATAMIENTO:

Plano de mordida no rígido, se colocó éste y se medicó- Atarax tabletas de 50 mgs. una diaria antes de acostarse, se le indicaron ejercicios relajantes de apertura y cierre por cinco minutos al levantarse.

RESULTADOS:

El dolor muscular fue cediendo, pero el rechinamiento - persistió aún por un período más prolongado de tiempo. Finalmente, éste desapareció a los 6 meses del inicio del tratamiento, - pero la medicación se continuó por un mes más.

C O N C L U S I O N E S

Las guardas oclusales han sido usadas satisfactoriamente en diagnóstico o tratamiento del bruxismo, la prevención de desgaste oclusal, y para mantener o proteger un diente flojo. Las guardas oclusales también son aceptadas como una ayuda en el diagnóstico diferencial de problemas de etiología dentaria.

Las férulas oclusales son favorables para el tratamiento de problemas oclusales y de articulaciones temporomandibular. La técnica usada en esta tesis para fabricar la guarda oclusal es rápida y efectiva en el consultorio dental.

La etiología del Síndrome de la A.T.M. es usualmente multifactorial. Las estructuras anatómicas que pueden estar involucradas son: la dentición, los músculos masticadores y la articulación temporomandibular misma.

La región etiológica es por lo regular la dentición y sus relaciones oclusales junto con el bruxismo. Los síntomas son usualmente minimizados durante el tratamiento, y un alto porcentaje son eliminados. Entre los síntomas de diagnóstico, la desviación de la mandíbula hacia el lado opuesto de las interferencias oclusales es el síntoma objetivo más frecuente. El músculo pterigoideo lateral está usualmente involucrado si el paciente tiene interferencias oclusales.

Es evidente que síntomas diferentes de articulación temporomandibular, tienen posibilidades similares para mejorar cuando una férula oclusal es usada en el tratamiento -- del Síndrome de A.T.M.

También se llegó a la conclusión que la sintomatología dolorosa es más difícil de llevar bajo control en pacientes que sufren de múltiple sintomatología de A.T.M. que cuando es instituida una terapia local. El chasquido fué el síntoma disfuncional más difícil de eliminar, no obstante -- fué mejorado cuando fué usada la terapia conservadora.

Se aconseja el uso de la placa oclusal por los resultados obtenidos personalmente vimos que la placa oclusal es un tratamiento muy bueno en pacientes con bruxismo y disfunción craneomandibular e invitamos a los colegas a que la lleven a cabo ya que muchas veces no quitamos la molestia -- en algún paciente que se presenta en nuestro consultorio -- por falta de conocimientos o por no conocer resultados de -- este tipo de tratamientos.

Insistimos una vez más que esperamos que nuestra tesis sirva para comprobar lo efectivo de las guardas oclusales.

B I B L I O G R A F I A

- (1) CARRANZA FERMIN ALBERTO
Compendio de Periodoncia.
Editorial Mundi.
2da. Edición.
Argentina, 1973.
p. pág. 230
- (2) DRUM, W.
Naue wage inder sozialen Prothetik.
Zahnatzt, Mitt.
48;10 y 44, 1960.
- (3) DRUM, W.
Paradentose als Autodestruktions vorang
and Hinweise für die Prophylaxe.
Berliner Artzbl.
71:300, 1958.
- (4) FINN SIDNEY B.
Odontologia Pediátrica
Editorial Interamericana.
4ta. Edición.
México, 1976
P. pág. 337, 321, 322.
- (5) FROHMAN, B.
The application of psychotherapy to dental Problems.
Dent. Cosmos
73:III7, 1931.
- (6) GRIEDER A. Y CINOTTI, W.
Prótesis Periodontal, Volumen I
Ira. Edición
Editorial Mundi
Argentina, 1973
P. pág. 74, 75, 76 y 77.
- (7) GRABER, T.M.
Ortodoncia Teoría y Práctica
EDITORIAL Interamericana
México, 1974
P. pág. 306, 307, 733 y 740.

- (8) GLICKMAN IRVING
Periodontología clínica
Editorial Interamericana
México, 1972
P. pág. 445,474, 475, 476,972.
- (9) Kass, CH. y Tregaskes J.
Oclusal Splint Fabricación
The journal of prosthetic dentistry
Vol. 40.
Milwaukee, Wis. 1978
Editorial Mosby
P. pág. 461- 463.
- (10) KAROLYI, M.
Zur therapie der Erkrankungen
der Mundschleimhaut
Oesterr- Ungar
Virtjschr. Zahnh
17:279, 1901
- (11) KAROLYI, M.
Beobachtungen u ber Pyorrhoe Alveolaris
Oestr- Ungar
Virtljschr, Zahnh.
17;279, 1901
- (12) MARTINEZ ROSS ERICK
Oclusión
Univ. Tecnológica Mexicana
2da. Edición
México, 1985
p. pág. 479-488
- (13) Marie M-Pietkiewicz M.
La bruxomanie
Rev. de Stomat.
14;107, 1907
- (14) MILLER, S.C.
Oral Diagnosis and tratment Planning.
Philadelphia
Blakiston Co. Inc.
1936.

- (15) PETIT, H.
Parodontología
Toray-Masson, S.A.
Barcelona España, 1971
P. pág. 233, 243, 244, 258, 301 y 303.
- (16) RAMFJORD S. Y ASH M.
Oclusión.
Editorial Interamericana
México, D.F. 1972
2da. Edición
P. pág. 218- 240
- (17) RAMFJORD S. Y ASH M.
Periodontología y Periodoncia
Editorial Medica Panamericana
Argentina, 1982.
Ira. Edición
P. pág. 406- 407
- (18) RAMFJORD S.
Bruxism a clinical and electromyographic study.
J. Amdent. A.
62;21, 1961
- (19) SCHLUGER S., YUDELIS R. Y PAGE R.
Enfermedad Periodontal
Compañía Editorial Continental
México, 1981
Ira. Edición
P. pág. 145.
- (21) SHORE NATHAN ALLEN
Disfunción Temporomandibular y Equilibrio Oclusal.
Editorial Mundi
Argentina 1983.
2da. Edición
P. pág. 185.
- (20) STONE S. Y KALIS P.
Periodontología
Nueva Editorial Interamericana
México, 1978
Ira. Edición
P. pág. 58 y 59.

- (22) Tishler, B.
Oclusal habit neuroses
Dent. Cosmos.
70:690, 1928
- (23) Walther D.P.
Ortodoncia Actualizada
Editorial Mundi.
Ira. Edición.
Argentina, 1972
P. pág. 166