

294
Zij

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BRUXISMO EN ODONTOPEDIATRIA

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

PORFIRIA ARACELI OLVERA LARRONDO.

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1989.



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 está 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

CAPITULO I

INTRODUCCION

CAPITULO II

GENERALIDADES DE HABITOS

- A) DEFINICION DE HABITO.
- B) CLASIFICACION.
- C) CARACTERISTICAS.

CAPITULO III

BRUXISMO

- A) DEFINICION DE BRUXISMO
- B) ETIOLOGIA.
- C) CLASIFICACION.
- D) PREVENCION.
- E) DIAGNOSTICO.
- F) TRATAMIENTO.

C A P I T U L O I

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

INTRODUCCION

En la actualidad se considera que la prevención es el aspecto más importante, relevante y coadyuvante en la reducción, e incluso en la erradicación de padecimientos y problemas a cualquier nivel desde el médico, físico, social, económico hasta el ecológico y mundial.

Así mismo en la Odontopediatría y dadas las características de los pacientes específicos, el tratamiento se vuelve preventivo en su función de su futuro como adulto, sin embargo dentro de su desarrollo constante y asimilación de las condiciones ambientales (alimentación, desarrollo y crecimiento, psicodinamia, etc.) se van presentando alteraciones, malformaciones, modificaciones y quizás la existencia de hábitos específicos, que van deteriorando la salud física y mental del ser humano. Tal es el caso del Bruxismo cuya manifestación frecuente lo ha hecho objeto de estudio no solo dentro de la Odontología específicamente y circunscritamente la Odontopediatría, sino también dentro de la Psicología, enfocando cada cual, evidentemente, su objeto de estudio.

Concretando, el presente trabajo es un esfuerzo por plantear al Bruxismo no sólo descriptivamente, sino acompañado de alternativas de prevención, con la finalidad de fortalecer los conceptos actuales de la Odontología que plantean la importancia de darle su valor a lo natural, de prever el uso de lo artificial y rescatar en la medida de posible la funcionalidad de la cavidad bucal con sus elementos originales.

De lo anterior se desprende que tengamos que hacer una revisión al concepto de hábitos bucales, su clasificación y características generales, para poseer los antecedentes necesarios, así como el marco de referencias adecuado para establecer no tanto lo correcto o incorrecto sino lo que propicia la funcionalidad o disfuncionalidad tanto nivel orgánico como psicológico, ya que a través del texto se verá que éste último se vincula de manera muy estrecha al primero en la manifestación del Bruxismo.

Por último el capítulo III lo dedicaremos ya concretamente al Bruxismo, cómo se define, cuál es su etiología, cómo ha sido diferenciado o mejor dicho clasificado, cuál es su diagnóstico, su tratamiento y sobre todo, lo más impor-

-tante y que viene a dar el sentido real a este escrito su prevención, no solo en cuanto a sus medidas odontológicas (pero sí fundamentalmente) sino también en cuanto a la esfera psicológica.

C A P I T U L O I I

GENERALIDADES DE HABITOS BUCALES

HABITOS BUCALES

Una respuesta por parte del niño a la tensión nerviosa es el Hábito.

HABITO.-

Se define como las acciones del ser humano las cuales se ratifican conciente o inconcientemente hasta continuar por sí mismas, convirtiendose así en actos automatizados.

Los Hábitos Bucales se clasifican en:

COMPULSIVOS Y NO COMPULSIVOS.

HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.

Son aquellas acciones que se vuelven habituales en la conducta del niño y que se manifiestan ante una situación en la que el infante se ve amenazado o inseguro. Así mismo su nivel de ansiedad aumenta en la medida que quiere reprimir o modificar dichos actos.

La modificación de los patrones alimenticios - del niño así como la falta de amor e inseguridad son considerados por los Odontólogos como agentes etiológicos de los Hábitos Compulsivos.

HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS.

Los podemos definir como aquellos hábitos adquiridos y abandonados por el niño con facilidad, generalmente éstos no presentan consecuencias anormales. Ya que el niño continuamente experimenta modificaciones de conducta, que les permite desechar ciertos hábitos indeseables y a su vez establecer nuevos hábitos que pueden ser aceptados socialmente.

S U C C I O N D I G I T A L .

Uno de los hábitos más comunes que se presentan en el infante es la Succión Digital.

Esta es con frecuencia una respuesta a la inseguridad del niño.

Cuando en el niño aumenta su tensión nerviosa ya sea por represión, regaños o falta de adaptabilidad al medio que lo rodea, busca consuelo en él mismo; esto es colocando el pulgar u otro dedo dentro de la boca.

La piel del dedo puede presentar una maceración o mostrar una hiperqueratoris, es decir los llamados " Nódulos

de los ordeñadores.

Los efectos nocivos de hábitos de Succión Digital varían ampliamente. Si el niño abandona el hábito antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe mayor probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión. De lo contrario, si el hábito persiste durante el período de dentición mixta (de los 6 a 12 años) pueden producirse con secuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de los dientes y la inhibición de su erupción normal esta condicionada por la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión; independientemente de la posición del dedo en la boca y de la acción de palanca que ejerza el niño contra los otros dientes.

La succión del pulgar es capaz de movilizar los dientes anteriores, provocar la posición protrusiva, diastemas, mordida abierta, sobre mordida horizontal y vertical, mordida cruzada posterior, problemas de A. T. M. , retrusión de la mandíbula y cambios en el tono y postura del labio.

S U C C I O N D E L L A B I O .

La succión del labio produce una lesión semicir

cular en el labio inferior; causando así grietas e infecciones.

Constantemente es observado en niños con resalte de mordida pronunciada, al succionar el niño el labio entre los incisivos superiores e inferiores provoca la retrusión del segmento incisivo correspondiente, afectando también a los incisivos opuestos que los vestibulariza. En muchos casos este hábito es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios concretamente durante la deglución.

Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, al igual que el apiñamiento del segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protusiva con una sobremordida profunda y un resalte exagerado.

S U C C I O N D E C A R R I L L O S

Es difícil saber la etiología de este hábito con precisión. Algunos autores describen el origen de este

como un impulso para restituir una necesidad oral o alimenticia la cual no fue debidamente satisfecha.

La succión del carrillo ocasiona un aplastamiento de las arcadas dando como resultado una mordida abierta posterior.

P R O T U S I O N L I N G U A L

Este hábito ocasiona protusión e inclinación e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque puede presentarse depresión de los incisivos inferiores como mordida abierta pronunciada y ceceo.

Como una de las causas de la proyección lingual se considera a la succión dígital, independientemente problemas estructurales (macroglosia), amígdalas grandes, adenoides, incorrecta alimentación de mamila, prematura pérdida de incisivos, desarrollo neurológico de la lengua y musculatura oral.

R E S P I R A D O R B U C A L

Los niños que respiran por la boca pueden dividirse en tres categorías:

A) Por obstrucción.- Son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal.

B) Por hábito.- Es aquel en el cual la obstrucción que lo obliga a respirar por la boca ha sido eliminada y por costumbre sigue efectuando dicha acción.

C) Por anatomía.- Son aquellos cuyo labio superior corto; no les permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Los infantes con éste hábito se caracterizan:

- 1) Abatimiento largo vertical del primer tercio de la cara.
- 2) Bases angostas de alas pterigoideas.
- 3) Labio incapacitado.
- 4) Una arcada maxilar larga y estrecha.
- 5) Mayor tamaño de la mandíbula normal según el plano de Angle.

Además manifiestan signos de orden general como son: peso y estado general disminuído, alteraciones del aparato respiratorio (tos, insuficiencia de expansión torácica), trastornos digestivos y nerviosos como: psiquis subnormal, retardo escolar y disminución auditiva.

Los respiradores bucales, con frecuencia presentan problemas de tejido gingival inflamado e irritado en la arcada antero-superior.

M O R D E D O R D E U Ñ A S

(ONICOFAGIA)

Por lo general, el origen de morder las uñas se da en el período de la primera infancia, que corresponde a la erupción dental; este hábito puede llegar a producir pequeñas ulceraciones cutáneas; sin embargo éste no es pernicioso y no ocasiona maloclusión.

En el momento de roer las uñas, el diente resba la sobre la superficie lisa hasta conseguir romperla; al caer

este fragmento de uña se considera haber obtenido una victoria, inmediatamente se repite el ataque hasta lograr aliviar la tensión existente.

Este sentimiento de éxito es sumamente paradójico, tiende a la destrucción de una parte de sí mismo y es satisfactorio en el primer momento, pero en el fondo no alivia las necesidades, ya que por la reciente destrucción se originará una nueva fuente de ansiedad.

M A S O Q U I S T A

Este hábito se dá cuando se establece la predisposición del niño para obtener satisfacción ante un conflicto, es decir cuando la figura materna demuestra una exagerada atención al infante que ha sufrido una experiencia levemente dolorosa. Generalmente los niños se lesionan los tejidos bucales con el fin de llamar la atención dentro del seno familiar.

El profesionalista debe tener conocimiento de la incidencia de esta situación y buscar la causa que lleva al niño a realizar estas acciones. Sí se descubre que se debe a

factores dentales, puede ser corregido, sin embargo en la mayoría de los niños se encuentra involucrado un problema emocional.

A U T O M U T I L A C I O N

Con frecuencia, el exámen de los dientes y tejidos de sostén revela patósis que afecta a uno o más dientes, esto sólo puede atribuirse a un origen traumático; en algunas ocasiones es el resultado de un hábito dígital; es decir usándose la uña del pulgar u otro dedo para desprender los tejidos de sostén del diente aunque el niño también puede valerse de objetos puntiagudos para continuar haciéndose daño.

Este hábito se caracteriza por pérdida vestibular de tejido gingival y algunas veces hueso alveolar.

A menudo todo lo necesario para romper con la automutilación será hacerle notar al niño el daño que se está ocasionando, explicar el riesgo de ésta práctica y finalmente motivarlo por medio de premios.

C A P I T U L O I I I

B R U X I S M O

B R U X I S M O

Numerosos hábitos bucales son los que ocasionan anomalías menores en la dentición; ya sea en el alineamiento o en la oclusión. Algunos sin embargo son muy perjudiciales, poniendo así en peligro la conservación de uno o más dientes; entre éstos se halla el Bruxismo.

Se define comúnmente como el frotamiento con fuerza de los dientes sin propósitos funcionales, o bien la contracción tetánica de los músculos masticadores y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño. Algunas veces es nombrado "rechinar nocturno" porque frecuentemente se realiza durante la noche. Si se mantiene por un período prolongado, puede provocar la abrasión de los dientes primarios y los permanentes.

Cuando la práctica continua en la adultez, el resultado varía desde enfermedad periodontal hasta trastornos de la articulación temporomandibular.

ETIOLOGIA DEL BRUXISMO

Son dos los factores principales que se encuentran íntimamente relacionados con el mecanismo del bruxismo: el factor emocional o psicológico y el factor oclusal. Los factores emocionales implicados varían desde la tensión emocional hasta la agresión reprimida, el temor, la ansiedad, inseguridad y cólera. Los factores oclusales incluyen puntos de contacto prematuros céntricos e interferencias cuspidas dentro de los movimientos excursivos de la mandíbula.

El Bruxismo se encuentra relacionado con el aumento de tono en los músculos masticatorios, que son afectados en forma interdependiente o independiente por la oclusión (emoción, dolor o molestia). Los daños son el resultado de la fuerza excesivas del Bruxismo, como el origen de la fuerza se encuentra en los músculos de los maxilares, los transtornos neuromusculares que provocan hipertonicidad son considerados como causas importantes, ya sea en la iniciación de la compulsión o como una secuela de la misma.

CLASIFICACION

El Bruxismo de acuerdo a su movimientos se divi
de en: Céntrico y Excéntrico.

BRUXISMO CENTRICO

El apretamiento de los maxilares, puede ser una manifestación normal de aumento general del tono muscular en la tensión emocional y psíquica, o parte de una acción fijado-ra asociado con esfuerzo físico o urgencia. En ocasiones re--sulta imposible marcar una separación definida entre el apreta--miento normal de los dientes y el patológico.

Se define Bruxismo Céntrico al contacto prolon--gado y repetitivo de los dientes sin movimientos mandíbulares, o con movimientos mínimos. Debido a la falta de movimientos el apretamiento da como resultado contracción muscular isomé--trica. Dicha contracción habitual de los músculos de maxilar puede perdurar durante largos períodos en las horas de vigilia

z

siendo más común durante el día que durante la noche, como éste apretamiento es subconciente y silencioso, el paciente muchas veces no se da cuenta del hábito.

Los resultados más graves del bruxismo céntrico son: cambios patológicos primarios de las estructuras periodontales de soporte y transtornos secundarios de la articulación temporomandibular.

BRUXISMO EXCÉNTRICO

Es el rechinamiento y movimientos de trituración de los dientes en excursiones excéntricas.

Este hábito tiene un doble fondo etiológico de sobrecarga psíquica e interferencia oclusal.

Debido a los movimientos mandibulares la contracción muscular es isotónica. Las manifestaciones del Bruxismo céntrico son: atricción de las superficies oclusales, lesión al periodonto y transtornos en la articulación temporomandibular y musculatura asociada.

Este hábito puede estar limitado a un sólo par de dientes o afectar segmentos enteros de la dentición, siendo las secuelas patológicas; un desgaste aislado o irregular, cierta movilidad o dolor, muerte pulpar y formación de absceso apical o periodontal.

P R E V E N C I O N D E L B R U X I S M O

Los factores psicológicos considerados en la etiología pueden ser tratados oportunamente a través del especialista, en colaboración con el Odontopediatra, sin embargo si no se logrará tal interrelación se sugiere seguir los siguientes lineamientos :

- A) Investigar la dinámica familiar.
- B) Definir si es funcional o no.
- C) Si es funcional, se considerará el trastorno debido al deficiente establecimiento de hábitos alimenticios; si es disfuncional el bruxismo es el reflejo en el niño de su estado psíquico patológico.
- D) Elaborar un plan de modificación de conductas tendiente a disminuir o eliminar la fuente de tensión o desequilibrio que esté afectando al niño.
- E) Hacer labor de conciencia con la familia de los aspectos Odontológicos y Psicológicos que inciden

para propiciar el bruxismo y en consecuencia su afectación dentaria, así como las consecuencias no solo orgánicas, sino estéticas y sociales que repercutirán en su desarrollo posterior.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DIAGNOSTICO

El dentista tiene la oportunidad de establecer al diagnóstico de Bruxismo por medio de la observación directa.

El bruxismo es frecuente en niños pequeños, en la primera o mixta dentición y a veces en dentición permanente.

El signo dental más importante de bruxismo son los patrones de desgaste oclusal o incisivo, que no se adaptan o no coinciden con los patrones de desgaste normal masticatorio o de deglución. En severos casos de bruxismo en niños con dentición primaria (cuando todos los dientes están presentes) se observa un desgaste casi cerca de la línea gingival.

En niños que son bruxistas en la dentición mixta y a veces en la dentición permanente se presenta el desgaste oclusal y una moderada manifestación de gingivitis. Generalmente ocurre en niños muy nerviosos e irritables y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o morder

se las uñas.

En la mayoría de los casos se observará en los dientes: las coronas de molares aplanadas, desgaste lingual de los dientes anteriores y atrofas alveolares, que traen una disminución de la distancia vertical.

El Bruxismo combinado con regurgitación nerviosa del contenido ácido del estómago, puede dar lugar a erosión del esmalte y desgaste lingual incisivo sumamente rápido, puesto que tanto el bruxismo como la regurgitación habitual pueden ser resultado de tensión nerviosa. Puede observarse en ocasiones la aparición concomitante de éstos dos transtornos.

El patrón de desgaste del bruxismo de larga duración, es con frecuencia muy irregular y generalmente más intenso sobre los dientes anteriores que en los posteriores.

Otro signo de el astillamiento o fractura. Estos pueden presentarse en dientes intactos, pero ocurren principalmente en asociación con desgaste oclusal de la fosa central de restauraciones, dejando puntas cuspídeas duras en la

interferencia oclusal.

El aumento de movilidad de los dientes también se encuentra frecuentemente asociado con bruxismo, resultando de especial importancia cuando se presenta en dientes con pocos síntomas de enfermedad periodontal o en ausencia de la misma. Generalmente los dientes de pacientes con bruxismo nocturno tienen un grado de movilidad más elevado que durante el transcurso del día. Estos dientes presentan con frecuencia un sonido sordo a la percusión, puede doler cuando el paciente muerde con ellos especialmente por la mañana.

Puede existir hiperemia pulpar con hipersensibilidad, especialmente al frío. En algunas ocasiones el bruxismo grave puede también ocasionar necrosis pulpar.

Con frecuencia existe también hipertrofia unilateral ó bilateral de los músculos masticadores, especialmente de los maseteros. La hipertrofia e hipertensión de los músculos maseteros puede influenciar el desarrollo del maxilar inferior durante el crecimiento y dar lugar a marcada asimetría facial.

En ocasiones los músculos masticadores son sensibles a la palpación; éstos por lo general son a lo largo del borde anterior e interior del masetero y el pterigoideo interno, pero pueden también encontrarse en la región temporal.

T R A T A M I E N T O

Dado que el bruxismo tiene una doble etiología que incluye factores oclusales locales y factores psíquicos, el tratamiento ideal debe incluir la eliminación de ambos factores.

La provisión de férulas de goma blanda puede brindar alivio al niño en la dentición mixta o en etapas permanentes del desarrollo. Para el niño que tiene sólo la dentición primaria o quien apenas están erupcionando los primeros molares permanentes y tienen totalmente abrasionadas, los dientes, se demostró que el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la disminución vertical. La restauración de las coronas primarias a su altura original permite la erupción total de los primeros molares permanentes (en este tratamiento intervienen el: médico familiar, psicólogo y el odontopediatra) .

A P A R A T O L O G I A

El aditamento para romper este hábito es la construcción de una férula de caucho blando para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando forma una superficie dura y resistente al tratamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria. La construcción de una férula de caucho blando es la misma que la de un protector bucal.

Dicho protector se lleva durante la noche, evitando que choquen los dientes superiores con los anteriores y se produzca el rechinar de dientes.

C O N S T R U C C I O N D E U N P R O T E C T O R

B U C A L

Se fabrica de un material llamado plexiglar el cual se ajusta al vestíbulo de la boca y hace presión muscular

en los labios. El protector ya terminado deberá tocar solo las piezas molares anteriores y deberá estar alejado de la encía bucal, en inferior y en superior.

El paciente lleva el protector durante la noche, un requisito indispensable, es que el paciente no sufra obstrucciones nasales que impidan la respiración normal.

Incluso ciertos niños que respiran por la boca pueden didificarse con éste instrumento, ya que muchas de ellas pueden respirar por la nariz, pero encuentran más cómodamente tener la boca abierta la mayor parte del tiempo. Se deberá examinar el paciente cada tres semanas o mensualmente.

El uso del protector bucal favorece el hábito de postura labial y de respiración. En algunos casos influyen en las piezas posteriores para que esta se mueva distalmente.

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

- M^C_{II} DONAL RALPH. E.
" ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE"
EDITORIAL MUNDI, 1987
PAGINAS: 573 al 582.

- BRAHAM L. RAYMOND.
"ODONTOLOGIA PEDIATRICA"
EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA , 1984
PAGINAS: 420 al 424.

- FINN B. SIDNEY
" ODONTOLOGIA PEDIATRICA"
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1985
PAGINAS; 306 al 308.

- SHLUGER SAUL, PAGE C. ROY , YOUDELIS LIS A. RALPH.
" ENFERMEDAD PERIODONTAL "
EDITORIAL CONTINENTAL , 1982
PAGINAS: 144 al 147

- RAMFJORD ASH.
" OCLUSION "
EDITORIAL INTERAMERICANA , 1983
PAGINAS: 107 al 155
218 al 239.

- GRABER T. M.
" ORTODONCIA"
EDITORIAL INTERAMERICANA , 1978
PAGINAS: 306 al 309.

- FANCONI G.: Y WALLGREN A .
" TRATADO DE PEDIATRIA " (TOMO I)
EDITORIAL MORATA, 1985
PAGINAS ; 86 al 93.

- SATIR VIRGINIA
"RELACIONES HUMANAS EN EL NUCLEO FAMILIAR"
EDITORIAL PAX-MEXICO ,1980
PAGINAS: 9 al 19.

- WOLFF SULA
" TRANSTORNOS PSIQUICOS DEL NIÑO: CAUSAS
Y TRATAMIENTO "
EDITORIAL SIGLO XXI ,1984
PAGINAS: 39 al 45 Y 191 al 196.