

879522
26
eje.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

“BRUXISMO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

AIDA DEL CARMEN ORTEGA GONZALEZ

CHIHUAHUA, CHIH.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





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.

A DIOS:

GRACIAS SEÑOR POR LA
META LOGRADA Y TE PI
DO QUE SIEMPRE ESTÉS
A MI LADO.

A MIS PADRES:

POR SU APOYO Y POR CONFIAR
EN MÍ.

A MIS MAESTROS:
POR LOS CONOCIMIENTOS
QUE COMPARTIERON CON-
TODOS NOSOTROS.

A MIS COMPAÑEROS
POR TODOS LOS MOMENTOS
QUE DISFRUTAMOS CUANDO
ESTUDIANTES.

AL HONORABLE JURADO.

A LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	0
CAPÍTULO I	
ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO+++++	10
CAPÍTULO II	
FACTORES PSICOSOMÁTICOS+++++	39
CAPÍTULO III	
ARTICULACIÓN TEMPOROMAN	
DIBULAR+++++	48
CAPÍTULO IV	
ABERRACIONES FUNCIONALES	
PSICOGÉNICAS O IDIOPÁTI-	
CAS, BRUXISMO Y BRICOMA-	
NÍA.+++++	50
CAPÍTULO V	
DIAGNÓSTICO DEL	
BRUXISMO+++++	59
CAPÍTULO VI	
TRATAMIENTO+++++	71
CONCLUSIONES+++++	94
BIBLIOGRAFÍA+++++	95

I N T R O D U C C I Ó N

EL BRUXISMO CONSISTE EN ESCURSIONES INVOLUNTARIAS DE LA MANDÍBULA QUE PRODUCEN CHOQUE PERCEPTIBLE, RECHINAMIENTO, CHOQUE CUSPIDEO Y OTROS EFECTOS TRAUMÁTICOS. PARECE SER QUE LA TENSION NERVIOSA ES UNA CAUSA COMÚN PARA LA APARICIÓN DEL HÁBITO EN PRESENCIA DE UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA, ES UNA CONDICIÓN GENERAL DE PSICONEUROSIS. EL BRUXISMO OCURRE CON MÁS FRECUENCIA EN HOMBRES QUE EN MUJERES, ÉSTE SE INICIA DURANTE EL SUEÑO LIGERO O PERÍODOS DE ABSTRACCIÓN, ALGUNOS AUTORES COINCIDEN EN QUE EL FACTOR CAUSAL MÁS FRECUENTE PARA LA INICIACIÓN DEL BRUXISMO O BRUXOMANÍA ES LA DISCREPANCIA ENTRE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA, ÉSTA VA ACOMPAÑADA DE CONTRACCIONES ASINCRÓNICAS DE LOS MÚSCULOS TEMPORALES DURANTE LA DEGLUCIÓN. UN GRAN PORCENTAJE DE PACIENTES CON PARODONTOSIS TIENEN BRUXISMO. EL BRUXISMO NO LLEVA NECESARIAMENTE A LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, PERO SIEMPRE ES UNA CAUSA POTENCIAL DE INFLUENCIA PERJUDICIAL SOBRE LOS DIENTES, PARODONTO, MANDÍBULA, --

CARA, MÚSCULOS DEL CUELLO, LENGUA, CARRILLOS Y ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, FACTOR IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DEL TRAUMA POR LA OCLUSIÓN Y DE LOS ARREGLOS TEMPOROMANDIBULARES.

H I S T O R I A .

EL TÉRMINO BRUXISMO DERIVA DEL FRANCÉS "LA BRUXOMANIE", SUGERIDO EN 1907 POR MARIE Y PIETKIEWICZ. FROHMAN FUÉ POSIBLEMENTE EL PRIMERO QUE REALMENTE USÓ LA PALABRA "BRUXISMO" EN 1931. AUNQUE KAROLYI NO EMPLEÓ EL TÉRMINO "BRUXISMO", INTRODUJO LA MAYORÍA DE -- LOS ACTUALES CONCEPTOS SOBRE ESTE PADECIMIENTO EN 1901 EL BRUXISMO SE DEFINE COMUNMENTE COMO "EL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTO DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES SIN PROPOSITOS FUNCIONALES", Y HA SIDO DISCUTIDO EN LA LITERA TURA DENTAL BAJO MUCHOS OTROS NOMBRES. LOS SIGUIENTES SON ALGUNOS DE LOS TÉRMINOS QUE HAN SIDO USADOS FRECUENTEMENTE: "NEURALGIA TRAUMATICA" (KAROLYI), "EFECTO DE KAROLYI" (WESKI), "NEUROSIS DEL HABITO OCLUSAL" --- (TISHLER), Y, MÁS RECIENTEMENTE, "PARAFUNCIÓN" (DRUM), MILLER PROPUSO LA DIFERENCIACIÓN ENTRE EL RECHINAMIENTO NOCTURNO DE LOS DIENTES, AL CUAL LLAMÓ BRUXISMO, Y EL HÁBITO DE RECHINAR LOS DIENTES EN EL DÍA AL CUAL LLAMÓ BRUXOMANÍA.

LA TENDENCIA DE APRETAR LOS MAXILARES Y RECHINARLOS DIENTES ASOCIADA CON ANGUSTIA O AGRESIVIDAD, HA SI

DO OBSERVADA Y DESCRITA TANTO EN ANIMALES COMO EN EL --
HOMBRE. EL RECHINAMIENTO DE LOS DIENTES FUÉ ASOCIADO-
CON TENSIÓN O CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS DESDE LOS PRIME--
ROS RELATOS HISTÓRICOS, LO CUAL INDICA QUE FUÉ RECONOCI
DO HACE CIENTOS DE AÑOS.

CAPÍTULO I

ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO

ES MUY COMÚN, Y PROBABLEMENTE PUEDE CONSIDERARSE NORMAL, LA TENDENCIA TRANSITORIA A APRETAR FIRMEMENTE LOS MAXILARES Y LOS DIENTES AL EFECTUAR UN ESFUERZO PARA HACER CESAR UNA MANIFESTACIÓN EMOCIONAL COMO EL LLANTO, O BIEN PARA EXPRESAR DETERMINACIÓN. POR LO TANTO, LA TENSIÓN NERVIOSA AGUDA NO ESPECÍFICA, E INCLUSO LA TENSIÓN FÍSICA MUY PRONUNCIADA (LEVANTAR O EMPUJAR OBJETOS PESADOS, O REALIZAR ALGUN TRABAJO DIFÍCIL) SUELEN ESTAR ASOCIADOS CON UN APRETAR DE MAXILARES Y DIENTES. ESTE APRETAMIENTO Y FIJACIÓN DE LOS MAXILARES Y DE LOS DIENTES DURANTE LA SOBRECARGA EMOCIONAL Y EL EJERCICIO FÍSICO NO DEBE CONSIDERARSE COMO BRUXISMO; SIN EMBARGO, SI DEBE CONSIDERARSE TAL EL APRETAMIENTO NO FUNCIONAL, HABITUAL Y PERSISTENTE EN OCLUSIÓN CÉNTRICA SIN TENSIÓN EMOCIONAL OBVIA O NECESIDAD PARA TAL FIJACIÓN. EL RECHINAMIENTO, APRETAMIENTO Y MOVIMIENTOS DE TRITURACIÓN NO FUNCIONALES EN OCLUSIÓN CÉNTRICA PUE-

DEN SER DE DIFERENTE IMPORTANCIA TANTO PARA LOS DIENTES--
COMO PARA EL PERIODONTO QUE LA TRITURACIÓN EXCÉNTRICA, Y
TANTO LA ETIOLOGÍA COMO EL TRATAMIENTO PUEDEN VARIAR EN-
OCASIONES. SIN EMBARGO, ESTOS DOS PADECIMIENTOS SE EN-
CUESTRAN TAN INTIMAMENTE RELACIONADOS QUE ES PREFERIBLE--
DESIGNAR AMBOS COMO BRUXISMO, O SEA DENOMINAR BRUXISMO--
EXCÉNTRICO AL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTOS DE TRITURACIÓN
DE LOS DIENTES EN ESCURSIONES EXCÉNTRICAS, Y BRUXISMO --
CENTRICO AL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES EN CÉNTRICA.

TANTO EL BRUXISMO CÉNTRICO COMO EL EXCÉNTRICO SON--
EXPRESIÓN DE UN AUMENTO DEL TONO MUSCULAR. EL QUE DOMI
NE EL BRUXISMO CÉNTRICO O EL EXCÉNTRICO DEPENDE DE LA --
UBICACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE ACTÚAN CO-
MO FACTORES DESENCADENANTES DE LOS MOVIMIENTOS NO FUNCIO
NALES DEL MAXILAR. EL BRUXISMO EXCÉNTRICO TIENE POR LO
GENERAL INTERFERENCIAS EXCÉNTRICAS COMO FACTORES DESENC
DENANTES, MIENTRAS QUE EL BRUXISMO CÉNTRICO SE ENCUENTRA
MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADO CON INESTABILIDAD OCLUSAL EN
LA INMEDIATA VECINDAD DE LA CÉNTRICA.

SE DICE CON FRECUENCIA QUE EN EL BRUXISMO EN ESCUR-
SIONES EXCÉNTRICAS INTERVIENEN CONTRACCIONES MUSCULARES-
ISOTÓNICAS, MIENTRAS QUE EL APRETAMIENTO MÁS ESTÁTICO EN
OCCLUSIÓN CÉNTRICA REPRESENTA ACTIVIDAD MUSCULAR ISOMÉTRI
CA.

ESTA DIFERENCIACIÓN NO ES CIENTÍFICA DEBIDO A QUE EL APRETAMIENTO COMUNMENTE CONSTA DE PEQUEÑOS MOVIMIENTOS MAXILAR Y CAMBIOS SUBSECUENTES EN LA LONGITUD DE LOS MÚSCULOS AFECTADOS.

POR LO TANTO, EL APRETAMIENTO IMPLICA TANTO LA ACTIVIDAD MUSCULAR ISOMÉTRICA COMO LA ISOTÓNICA.

OTRO GRUPO DE SITUACIONES, ESTRECHAMENTE RELACIONADAS CON EL BRUXISMO, SON GENERALMENTE CLASIFICADOS COMO HÁBITOS OCLUSALES Y COMO BRUXISMO. ESTAS SITUACIONES SON: EL MORDER FUERTEMENTE CON MAXILARES EN POSICIÓN BLOQUEADA;-- MORDEDURA DE LOS CARRILLOS, LENGUA O LABIO; EL MORDER OBJETOS COMO UÑAS, LÁPICES, TUBO DE PIPA Y PASADORES PARA EL PELO; EL EJERCER PRESIÓN CON LOS DEDOS SOBRE LOS DIENTES, Y MUCHOS OTROS HÁBITOS. AUNQUE TODOS ESTOS HÁBITOS O SITUACIONES TIENEN UN FONDO PSICOGÉNICO BIEN DEFINIDO Y SIRVEN COMO DESAHOGO A LA TENSIÓN EMOCIONAL, NO SUELEN CLASIFICARSE COMO BRUXISMO Y NOSOTROS LOS CONSIDERAREMOS COMO--MORDIDA DISFUNCIONAL O HÁBITOS OCLUSALES.

FINALMENTE, LOS MOVIMIENTOS NO FUNCIONALES DE CONTACTO OCLUSAL PUEDEN SER LA SECUELA DE TRASTORNOS ESPÁSTICOS-DE NATURALEZA GENERAL.

A) BRUXISMO EXCÉNTRICO.

EL BRUXISMO EXCÉNTRICO TIENE UN DOBLE FONDO ETIOLÓGICO DE SOBRECARGA PSÍQUICA E INTERFERENCIA OCLUSAL. EL -- COMPONENTE PSÍQUICO DE AGRESIÓN REPRIMIDA, TENSIÓN EMOCIONAL, ANGUSTIA Y TEMOR HA SIDO SEÑALADO POR MUCHOS AUTORES-- COMO EL FACTOR ÚNICO O MÁS IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DEL-- BRUXISMO. SIN EMBARGO, KAROLYI, A PRINCIPIOS DE ESTE SI-- GLO RECONOCIÓ EL PAPEL DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES ADE-- MÁS DE LOS FACTORES PSÍQUICOS EN LA APARICIÓN DEL BRUXISMO-- DICHO AUTOR SEÑALÓ QUE INCLUSO LOS TRAUMATISMOS OCLUSALES-- MODERADOS O LOS DEFECTOS OCLUSALES MENORES, TALES COMO UNA-- CÚSPIDE PROMINENTE, PUEDEN RECIBIR INDEBIDA ATENCIÓN POR-- PARTE DE INDIVIDUOS NEURÓTICOS, DANDO POR RESULTADO HÁBI-- TOS DE TRITURACIÓN. UNA OBSERVACIÓN SIMILAR FUÉ EFECTUA-- DA POR TISHLER HACE CERCA DE 40 AÑOS. RECIENTEMENTE, AL-- GUNOS AUTORES HAN INSISTIDO EN LA IMPORTANCIA DE LA FRUS-- TRACIÓN COMO CAUSA PRINCIPAL DEL ESTADO DE TENSIÓN EMOCIO-- NAL Y EL BRUXISMO PARECE ESTAR ESTRECHAMENTE RELACIONADO-- CON LA FRUSTRACIÓN. ESTUDIOS REALIZADOS POR HUTCHINSON-- INDICAN, QUE AL PROVOCAR UN ESTADO DE FRUSTRACIÓN EN EL MO-- NO SE OBSERVA UN AUMENTO MUY CONSIDERABLE DE SU ACTIVIDAD-- DE MORDIDA.

AUNQUE UN GRAN NÚMERO DE AUTORES HAN DISCUTIDO LA --- ETIOLOGÍA Y LA NATURALEZA DEL BRUXISMO, CASI NO HA HABIDO-- INVESTIGACIÓN MÁS ALLÁ DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA. HASTA QUE LAS RECIENTES INVESTIGACIONES ELECTROMIOGRÁFICAS HAN PRO-- PORCIONADO INFORMACIÓN BÁSICA RESPECTO A LOS FENÓMENOS NEU-- ROMUSCULARES ASOCIADOS CON EL BRUXISMO. LA ELECTROMIOGRA-- FIA HA HECHO POSIBLE OBSERVAR Y REGISTRAR LOS TRASTORNOS-- NEUROMUSCULARES DENTRO DEL APARATO MASTICADOR. CON ESTA-- TÉCNICA PUEDEN EFECTUARSE OBSERVACIONES MUCHO MÁS PRECISAS Y DETALLADAS QUE UTILIZANDO INVESTIGACIONES CLÍNICAS ÚNICA-- MENTE. DE ESPECIAL IMPORTANCIA RESULTA EL HECHO DE QUE - LA ELECTROMIOGRAFÍA HA PROPORCIONADO LA OPORTUNIDAD DE RE-- GISTRAR ALTERACIONES EN LA TENSIÓN MUSCULAR BÁSICA O TONO-- ASOCIADO CON LA TENSIÓN NERVIOSA Y CON EL DOLOR.

A FIN DE COMPRENDER LA NATURALEZA FISIOLÓGICA Y EL ME-- CANISMO DEL BRUXISMO RESULTA IMPORTANTE ENTENDER CLARAMEN-- TE LA NEUROFISIOLOGÍA DE LA OCLUSIÓN; POR LO TANTO, DEBEN-- REVISARSE LOS CAPÍTULOS DE LA SECCIÓN UNO ANTES DE LEER ES-- TA EXPLICACIÓN DEL MECANISMO NEUROMUSCULAR DEL BRUXISMO.

TONO MUSCULAR.

EL BRUXISMO SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE RELACIONADO CON-- EL AUMENTO DE TONO EN LOS MÚSCULOS MAXILARES. EL TONO -- MUSCULAR PUEDE AUMENTAR POR LA TENSIÓN EMOCIONAL O NERVIO--

SÁ, POR DOLOR O MOLESTIAS, Y POR INTERFERENCIAS OCLUSALES. LA INTERACCIÓN DE ESTOS TRES MECANISMOS PROPORCIONA LAS BASES NEUROMUSCULARES DEL BRUXISMO.

LAS CONTRACCIONES DEL TONO POSTURAL O ANTIGRAVITACIONAL DENTRO DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES DEPENDEN DE LA ACTIVIDAD REFLEJAMIOTÁTICA, A LA CUAL SE AÑADE LA ACTIVIDAD EFERENTE GAMA O FUSOMOTORA. EL CENTRO DE REFLEJO MIOTÁTICO SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE RELACIONADO CON EL CONTROL DE LOS PATRONES DE LOS REFLEJOS CONDICIONADOS DE LOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR, LOS CUALES HAN SURGIDO COMO RESULTADO DE LOS IMPULSOS NERVIOSOS PROCEDENTES DE LAS DIVERSAS TERMINACIONES NERVIOSAS PROPIOCEPTORAS Y SENSORIALES DENTRO DEL APARATO MASTICADOR. LA INFLUENCIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SOBRE EL TONO MUSCULAR SE EFECTÚA PRINCIPALMENTE A TRAVÉS DEL SISTEMA FUSOMOTOR. UN ESTADO DE HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES PUEDE DEBERSE POR LO TANTO A:

- 1) INFLUENCIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR MEDIO DEL SISTEMA FUSOMOTOR, O
- 2) DISARMONÍA LOCAL ENTRE PARTES FUNCIONALES DEL APARATO MASTICADOR QUE ACTÚA SOBRE EL MECANISMO REFLEJO QUE CONTROLA LOS MOVIMIENTOS SUBCONSCIENTES DEL MAXILAR.

POR LO GENERAL EL AUMENTO DE TONO Y EL BRUXISMO SON EL RESULTADO DE TRASTORNOS EN AMBOS DE ESTOS MECANISMOS.

ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA.

EN CADA INDIVIDUO EXISTE UN LÍMITE PARA LA ADAPTACIÓN FISIOLÓGICA A LA IMPERFECCIÓN O DISARMONÍA EN LAS RELACIONES OCLUSALES. CUANDO SE TRASPASA ESTE LÍMITE, YA SEA DEBIDO A UN AUMENTO EN LA DISARMONÍA OCLUSAL O EN LA TENSIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, SE PRESENTA UNA RESPUESTA HIPERTÓNICA EN LOS MÚSCULOS MASTICADORES. ESTA RESPUESTA PUEDE SER EN EL SENTIDO DE FACILITACIÓN DE LOS IMPULSOS NERVIOSOS DE ORIGEN OCLUSAL O EN LA DISMINUCIÓN DEL UMBRAL DE EXCITABILIDAD NEURONAL POR LA TENSIÓN NERVIOSA O DOLOR, O EN AMBOS A LA VEZ. UN AUMENTO EN LA ACTIVIDAD NEUROMUSCULAR PUEDE DAR LUGAR A LESIÓN EN EL PERIODONTO O EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, O PUEDE PRODUCIR DOLOR Y MOLESTIAS DENTRO DE LOS MÚSCULOS EN TENSIÓN. DICHA LESIÓN O MOLESTIAS OCASIONARÁN UN AUMENTO DE LOS ESTÍMULOS AFERENTES AL CENTRO NERVIOSO DEL SISTEMA REFLEJO, CON LA SUBSECUENTE TENDENCIA A AUMENTAR LA ACTIVIDAD EFERENTE E INCREMENTAR EL IMPACTO LESIVO.

RELACIÓN CON EL SISTEMA NERVIOSO.

LAS MOLESTIAS POR INTERFERENCIA OCLUSAL O DOLOR PUEDEN AFECTAR TAMBIEN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. EN OCA--SIONES SE OYE DECIR AL PACIENTE: "ESTA NUEVA OBTURACIÓN ME ESTÁ VOLVIENDO LOCO". DICHA IRRITACIÓN DEL SISTEMA NER--VOSO CENTRAL DISMINUIRÁ EL UMBRAL DE IRRITABILIDAD DE LOS COMPONENTES NERVIOSOS ASOCIADOS CON LOS MOVIMIENTOS REFLE--JOS DEL MAXILAR, ASÍ COMO AUMENTARÁ EL TONO MUSCULAR DIREC--TAMENTE POR INTERMEDIO DEL SISTEMA FUSOMOTOR. LA FATIGA--Y EL DOLOR SUBSECUENTE OCASIONADOS POR LA CONTRACCIÓN SOS--TENIDA DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR DISMINUIRÁN TAMBIÉN EL--UMBRAL DE IRRITABILIDAD Y ENTRARÁN DENTRO DEL MECANISMO --DESFAVORABLE DE "RETROALIMENTACIÓN".

ESTE CÍRCULO VICIOSO DE AUMENTO AUTOPERPETUABLE DE LA TENSIÓN MUSCULAR RELACIONADO CON LOS TRASTORNOS FUNCIONA--LES DE LOS DIENTES, EL PERIODONTO, LOS TEJIDOS BUCALES, LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR Y LOS MÚSCULOS MASTICADORES, --ES LA BASE DEL BRUXISMO EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA--O EMOCIONAL. EL MECANISMO CEREBRAL DEL BRUXISMO PROVOCA--DO HA SIDO ESTUDIADO EN CONSEJOS, SUSCITANDO MOVIMIENTOS--LATERALES DE LAS QUIJADAS MEDIO DE EXCITACIONES ELÉCTRICAS DE DIFERENTES ZONAS DEL CEREBRO COMO POR EJEMPLO, ÁREA COR

TICAL ANTEROMEDIAL, CÁPSULA INTERNA, SUBTÁLAMO Y NÚCLEO AMIGDALOIDE, SIN EMBARGO, POR AHORA NO ES POSIBLE RELACIONAR EL SIGNIFICADO DE DICHS ESTUDIOS CON EL BRUXISMO EN EL HOMBRE.

MIALGIA.

EL ESTADO HIPERTÓNICO Y EN OCASIONES DOLOROSO DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR EN EL BRUXISMO ES DE LA MISMA NATURALEZA QUE LAS MIALGIAS "PROFESIONALES" EN LOS MÚSCULOS DEL CUELLO Y DEL BRAZO DE LOS MECANOGRÁFOS BAJO TENSIÓN MENTAL, O DE LAS MIALGIAS POSTURALES MANIFESTADAS COMO "DOLOR DE ESPALDA" EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA QUE TIENEN ANOMALÍAS POSTURALES. LA SIMILITUD ELECTROMIOGRÁFICA ES BASTANTE LLAMATIVA CUANDO SE COMPARAN LAS OBSERVACIONES DE LUNDERVOLD EFECTUADAS EN MECANOGRÁFOS CON LAS OBSERVACIONES DE RAMFJORD EN LOS MÚSCULOS DE PACIENTES CON BRUXISMO. FORSBERG ENCONTRÓ QUE DE 157 PACIENTES CON BRUXISMO, EL 76% SE QUEJABA DE MOLESTIAS EN OTROS MÚSCULOS. EGGEN REPORTÓ QUE DE 136 PACIENTES CON BRUXISMO Y TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN-TEMPOROMAXILAR, EL 37% HABÍAN EXPERIMENTADO PREVIAMENTE TRATAMIENTOS PARA MIALGIAS PROFESIONALES O DOLOR DE ESPALDA, HOMBROS, OCCIPITAL, BRAZOS O PIERNAS. EN GRUPO

TESTIGO SIN HISTORIA DE BRUXISMO, SOLO EL 6% TENÍAN ANTECEDENTES DE DOLOR MUSCULAR PREVIO. USANDO EL INSIXW MEDICO CORNELL, THALLER ENCONTRÓ CORRELACIÓN ENTRE EL-- BRUXISMO Y EL ESTADO DE ANSIEDAD DEL PACIENTE.

EN PACIENTES CON HIPERTONICIDAD MUSCULAR Y BRUXISMO, ASÍ COMO EN PACIENTES CON MIALGIAS, LA INFLUENCIA - REGULADORA SOBRE LA ACTIVIDAD MUSCULAR PROCEDENTE DE IM PULSOS SENSITIVOS Y PROPIOCEPTIVOS ASÍ COMO LA ACTIVI-- DAD REFLEJA DENTRO DE LOS MÚSCULOS NO FUNCIONAN NORMALMENTE, O PUEDEN FALTAR.

INTERFERENCIAS OCLUSALES.

SE HA DEMOSTRADO EXPERIMENTALMENTE Y OBSERVADO ENCLÍNICA EN INNUMERABLES OCASIONES QUE LAS INTERFEREN---CIAS OCLUSALES PUEDEN PRECIPITAR EL BRUXISMO. CLINICAMENTE SE HA ENCONTRADO QUE EL BRUXISMO PUEDE SER ALIVIADO O ELIMINADO MEDIANTE LA CORRECCIÓN DE LA DISARMONÍA-OCLUSAL, POR LO MENOS HASTA UN GRADO EN QUE NO SEA NOTA DO POR EL PACIENTE Y SUS EFECTOS SOBRE EL APARATO MASTICADOR SEAN MÍNIMOS. POR SUPUESTO QUE EL BRUXISMO PUEDE SER REINTRODUCIDO EN CUALQUIER MOMENTO POR LA COLOCA CIÓN DE UNA RESTAURACIÓN CON INTERFERENCIA OCLUSAL.ELEC

TROMIOGRÁFICAMENTE, LA ELIMINACIÓN DE LA DISARMONÍA--
OCLUSAL ES SEGUIDA POR UNA MARCADA REDUCCIÓN EN EL TO
NO MUSCULAR Y LA ARMONIOSA INTEGRACIÓN DE LA ACCIÓN--
MUSCULAR.

CUALQUIER TIPO DE INTERFERENCIA OCLUSAL PUEDE DE
SENCADENAR O MANTENER EL BRUXISMO CUANDO SE COMBINA--
CON TENSIÓN PSÍQUICA. EL FACTOR DESENCADENANTE MÁS--
COMÚN PARA EL BRUXISMO ES UNA DISCREPANCIA ENTRE LA--
RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA. ELECTRO--
MIOGRÁFICAMENTE, TAL DISCREPANCIA SE MANIFIESTA POR--
CONTRACCIONES ASINCRÓNICAS O TENSIÓN SOSTENIDA EN LOS
MÚSCULOS MASETERO O TEMPORAL EN UN MOMENTO UOTRO DU--
RANTE LA DEGLUCIÓN. EL SEGUNDO FACTOR DESENCADENAN--
TE DEL BRUXISMO, EN ORDEN DE IMPORTANCIA SON LAS IN--
TERFERENCIAS OCLUSALES EN EL LADO DE EQUILIBRIO. AUN
QUE DE MUCHO MENOR IMPORTANCIA QUE LOS DOS FACTORES--
YA SEÑALADOS, TAMBIÉN LAS INTERFERENCIAS EN LAS EXCUR
SIONES PROTRUSIVAS O EN LADO DE TRABAJO PUEDEN DESEN--
CADENAR BRUXISMO.

SE ENCONTRARÁ SIEMPRE ALGÚN TIPO DE INTERFEREN--
CIA OCLUSAL EN TODOS LOS PACIENTES CON BRUXISMO. SIN
EMBARGO, CON FRECUENCIA RESULTA EXTREMADAMENTE DIFÍ--
CIL LOCALIZAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES, ESPECIAL-

MENTE EN EL RECORRIDO RETRUSIVO ENTRE LA OCLUSIÓN CÉN--
TRICA EN PACIENTES CON MÚSCULOS MAXILARES HIPERTÓNICOS-
Y BRUXISMO. ESTO PUEDE EXPLICAR LA AFIRMACIÓN HECHA--
POR VARIOS AUTORES EN EL SENTIDO DE QUE HAN OBSERVADO -
NUMEROSOS PACIENTES CON BRUXISMO QUE NO TENÍAN INTERFE-
RENCIAS OCLUSALES. OTROS INVESTIGADORES REHUSAN ACEP-
TAR LA DISARMONÍA OCLUSAL EN EL RECORRIDO RETRUSIVO EN-
TRE LA OCLUSIÓN CÉNTRICA Y LA RELACIÓN CÉNTRICA COMO IN
TERFERENCIA OCLUSAL Y, DADO QUE ESTA ES LA CAUSA MÁS CO-
MÚN DE BRUXISMO, DICHO ENFOQUE IMPEDIRÍA RECONOCER EL--
FACTOR OCLUSAL MÁS IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DE DICHO-
PADECIMIENTO.

OTROS FACTORES.

PUEDEN EXISTIR TAMBIÉN FACTORES LOCALES DIFERENTES
A LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE CONTRIBUYAN A LA HI-
PERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS MAXILARES Y A LA INICIACIÓN
DE MOVIMIENTOS MAXILARES ANORMALES. DICHS FACTORES -
SON: COLGAJOS GINGIVALES DE TERCEROS MOLARES; HIPERPLA-
SIA GINGIVAL O CUALQUIER TIPO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL
ESPECIALMENTE SI HAY DOLOR; IRREGULARIDADES EN LA SUPER-
FICIE DEL LABIO, MEJILLA Y LENGUA, Y DOLOR O MALESTAR -
EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR Y MÚSCULOS MAXILARES.

EL BRUXISMO SE EFECTÚA EN UN NIVEL SUBCONSCIENTE - CONTROLADO DE MANERA REFLEJA Y ES POR LO TANTO EN LA MA YORÍA DE LOS CASOS DESCONOCIDO POR EL PACIENTE, A MENOS QUE SE LE HAYA LLAMADO LA ATENCIÓN SOBRE ÉL. POR ESO, HA SIDO DIFÍCIL ESTUDIAR LA IMPORTANCIA Y FRECUENCIA -- DEL BRUXISMO HASTA RECIENTEMENTE CUANDO SE INTRODUJERON DISPOSITIVOS REGISTRADORES QUE PUEDEN RECOGER Y ALMACENAR INFORMACIÓN ACERCA DE LA ACTIVIDAD DE LOS MÚSCULOS- DEL MAXILAR DE DÍA Y DE NOCHE. EL BRUXISMO MÁ S INTEN_ SO SE PRESENTA GENERALMENTE POR LA NOCHE, PERO MUCHOS - INDIVIDUOS RECHINAN TAMBIÉN LOS DIENTES DURANTE EL DÍA- CUANDO SE ENCUENTRAN BAJO TENSIÓN. EL RECHINAMIENTO O LOS MOVIMIENTOS DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES SON MÁ S - COMUNES DURANTE LA NOCHE, MIENTRAS QUE LA PRESIÓN O --- APRETAMIENTO ES MÁ S COMÚN EN EL DÍA. SIN EMBARGO, AM- BOS ESTADOS PUEDEN PRESENTARSE TANTO DURANTE EL DÍA CO- MO DURANTE EL SUEÑO.

EN UN EXTENSO ESTUDIO ELECTROMIOGRÁFICO DE 167 PA- CIENTES, KRAFT COMUNICÓ QUE APROXIMADAMENTE LA MITAD RE CHINABAN LOS DIENTES DURANTE EL SUEÑO Y LOS OTROS ÚNICA MENTE MORDÍAN O LOS APRETABAN. LA ACTIVIDAD MUSCULAR- DURANTE EL SUEÑO ERA MUY VARIABLE, DESDE UNAS CUANTAS-- CONTRACCIONES HASTA 259 DURANTE OCHO HORAS DE SUEÑO.

ESTAS CONTRACCIONES MUSCULARES ERAN POR LO GENERAL DE MENOS DE UN SEGUNDO DE DURACIÓN. SOLO 11% DE LOS PACIENTES TENÍAN CONTRACCIONES LARGAS Y SOSTENIDAS QUE DURABAN ENTRE 2.5 SEGUNDOS Y UN MINUTO. LA ACTIVIDAD MUSCULAR ESTABA DISTRIBUIDA EN FORMA BASTANTE REGULAR DURANTE TODA LA NOCHE EN EL 67% DE LOS PACIENTES; EN EL RESTO LA MAYOR PARTE DE LA ACTIVIDAD SE DESARROLLABA PRECISAMENTE ANTES DE DORMIR Y DESPUÉS DEL DESPERTAR POR LA MAÑANA.

NUESTRA VIDA EMOCIONAL PROSIGUE DURANTE EL SUEÑO, CON FRECUENCIA INCLUSO SE ACENTÚA Y SE PONE DE MANIFIESTO EN SUEÑOS. ES TAMBIÉN CONOCIDO QUE LOS DIENTES HACEN CONTACTO EN LA DEGLUCIÓN DURANTE EL SUEÑO. LOS MOVIMIENTOS DE DEGLUCIÓN SON MÁS NUMEROSOS EN EL SUEÑO LIGERO QUE SE PRESENTA AL COMENZAR A DORMIR O QUE PRECEDE AL DESPERTAR, Y CON LOS MOVIMIENTOS DURANTE EL SUEÑO. SI UNA PERSONA DUERME SOBRE LA ESPALDA Y JUNTA LOS DIENTES (AL DEGLUTIR O POR OTRA CAUSA) Y EL MAXILAR SE ENCUENTRA EN POSICIÓN RETRUSIVA, LOS DIENTES PUEDEN CERRARSE EN RELACIÓN CÉNTRICA Y DESENCADENAR BRUXISMO SI EXISTEN INTERFERENCIAS EN EL RECORRIDO RETRUSIVO. CUANDO UNA PERSONA DUERME DE LADO, SE PUEDEN PONER EN CONTACTO DURANTE EL CIERRE LAS INTERFERENCIAS EN LAS EXCURSIONES LATERALES DESENCADENANDO TAMBIÉN EL BRUXISMO. ALGUNOS-

AUTORES HAN COMPROBADO QUE EL BRUXISMO OCURRE PRINCIPALMENTE CUANDO EL SUEÑO LLEGA A SU SEGUNDO NIVEL (ESTADO DE SUEÑO) Y QUE ESTÁ ASOCIADO CON MOVIMIENTOS OCULARES-MOVIMIENTOS CORPORALES Y RITMO CARDIACO ACELERADO. LOS RELATOS VERBALES DE LA ACTIVIDAD MENTAL, OBTENIDOS POR MEDIO DEL DESPERTAR EXPERIMENTAL, NO INDICAN QUE HAYA RELACIÓN ENTRE EL BRUXISMO Y ALGÚN TEMA MENTAL ESPECÍFICO.

PUESTO QUE EL BRUXISMO ES LA EXPRESIÓN DE FACTORES PSÍQUICOS Y OCLUSALES COMBINADOS, HABRÁ NATURALMENTE -- CIERTOS MOMENTOS O ESTADOS EN LA VIDA DE UN INDIVIDUO-- DURANTE LOS CUALES ES MAS PROBABLE QUE SE PRESENTE DICHO TRASTORNO. PUEDE HABER BRUXISMO EN CASO DE INTERFERENCIA OCLUSAL GRAVE Y GRADO MODERADO DE TENSIÓN EMOCIONAL O PSÍQUICA MUY INTENSA Y MUY POCA INTERFERENCIA OCLUSAL LA TENSIÓN PSÍQUICA SUELE VARIAR BASTANTE DE UN PERÍODO A OTRO DE LA VIDA DE UNA PERSONA, ASÍ COMO DE UNA SITUACIÓN A OTRA DENTRO DE LA VIDA DIARIA. LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE SE EVITAN Y NO SON IMPORTANTES LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, PUEDEN TOMAR GRANDES PROPORCIONES DESENCADENAR BRUXISMO Y VOLVERSE MUY MOLESTAS DURANTE-- PERÍODOS DE TENSIÓN PSÍQUICA. ES DE OBSERVACIÓN COMÚN

ENTRE LAS POBLACIONES ESTUDIANTILES QUE EL BRUXISMO SE AGRAVA DURANTE LOS PERÍODOS DE EXÁMENES. LA TENSION-
PREMENSTRUAL ES OTRO FACTOR PRECIPITANTE COMÚN DENTRO-
DEL BRUXISMO CÍCLICO. EL ESFUERZO DIARIO MÁS COMÚN--
QUE DA LUGAR A BRUXISMO ES EL MANEJAR AUTOMÓVIL RÁPIDA
MENTE, SOBRE TODO CUANDO HAY MUCHO TRÁNSITO. PUEDE -
OBSERVARSE QUE LAS SITUACIONES DE TENSION SUELEN PROVO
CAR BRUXISMO ÚNICAMENTE SI EXISTEN FACTORES DESENCADA-
NANTES LOCALES EN LA OCLUSIÓN.

B) APRETAMIENTO DE LOS DIENTES (BRUXISMO CÉNTRICO).

SE HA SEÑALADO YA QUE EL APRETAMIENTO DE LOS MAXI
LARES PUEDE SER UNA MANIFESTACIÓN NORMAL DE AUMENTO GE
NERAL DEL TONO MUSCULAR EN LA TENSION EMOCIONAL Y PSÍ
QUICA, O PARTE DE UNA ACCIÓN FIJADORA ASOCIADA CON ES-
FUERZO FÍSICO O URGENCIA. EN OCASIONES RESULTA IMPO-
SIBLE MARCAR UNA SEPARACIÓN DEFINIDA ENTRE EL APRETA--
MIENTO DE LOS DIENTES NORMAL Y PATOLÓGICO. EL APRETA
MIENTO ANORMAL O BRUXISMO CÉNTRICO CONSISTE PRINCIPAL-
MENTE EN LA CONTRACCIÓN HABITUAL DE LOS MÚSCULOS DEL--
MAXILAR SIN LA PRESENCIA DE NINGUNA SITUACIÓN OBVIA DE
URGENCIA FÍSICA O PSÍQUICA. DICHA CONTRACCIÓN HABI--

TUAL DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR PUEDE PERDURAR DURANTE LARGOS PERÍODOS EN LAS HORAS DE VIGILIA, Y ES PROBABLEMENTE MÁS COMÚN DURANTE EL DÍA QUE DURANTE LA NOCHE, -- PERO PUEDE TAMBIÉN PRESENTARSE DURANTE ESTE ÚLTIMO PERÍODO. DADO QUE ESTE APRETAMIENTO ES SUBCONSCIENTE Y SILENCIOSO, EL PACIENTE MUCHAS VECES NO SE DA CUENTA -- DEL HÁBITO.

AUNQUE NO EXISTEN MOVIMIENTOS MAXILARES APARENTES-- ASOCIADOS CON APRETAMIENTO HABITUAL, SE ACOMPAÑA ÉSTE-- CON FRECUENCIA DE UN MOVIMIENTO MUY LIGERO DE ALGUNOS-- DIENTES. PUEDE ACOMPAÑARSE TAMBIÉN DE UN LIGERO MOVIMIENTO DE LA POSICIÓN CÉNTRICA A LA OCLUSIÓN CÉNTRICA O BIEN ALREDEDOR DE ESTA ÚLTIMA. RESULTA EXTREMADAMENTE DIFÍCIL LOGRAR MEDIANTE EL AJUSTE OCLUSAL O LOS PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES UNA RELACIÓN OCLUSAL ABSOLUTAMENTE ESTABLE EN LA CUAL CADA DIENTE RECIBA EXACTAMENTE LA MISMA PRESIÓN PRECISAMENTE EN EL MISMO MOMENTO EN QUE SE JUNTAN LAS ARCADAS. SI SE RECUERDA QUE SE PUEDE PERCIBIR CUANDO SE TOCA UN DIENTE CON UNA FUERZA DE --- 1.5g. O MENOR, Y QUE TAMBIÉN PUEDE PERCIBIRSE UNA DISCREPANCIA OCLUSAL DE 0.02mm. O MENOS, SE COMPRENDE CUAN DIFÍCIL ES ELIMINAR TODOS LOS FACTORES QUE TOMAN PARTE--

EN EL CONTACTO IRREGULAR DE LA DENTICIÓN.

EL DESGASTE OCLUSAL ES PRINCIPALMENTE EL RESULTADO DE LOS CONTACTOS OCLUSALES. LA FIRMEZA DE ESTOS CONTACTOS, CUANDO LOS DIENTES FUNCIONAN JUNTOS, DEPENDE DEL CARÁCTER DE LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN DE LOS DIENTES, LA FORMA DE LAS RAÍCES, LA RELACIÓN CORONA-RAÍZ, LA POSICIÓN DE LOS DIENTES, Y LA DUREZA DE LAS SUPERFICIES DEL CONTACTO OCLUSAL, INCLUYENDO LOS MATERIALES RESTAURADORES. TODOS ESTOS FACTORES PUEDEN SER LIGERAMENTE DESIGUALES, LO CUAL DARÍA POR RESULTADO CIERTA DESIGUALDAD EN EL DESGASTE OCLUSAL Y SUBSECUENTEMENTE RELACIONES DE CONTACTO OCLUSAL DISPARES. ESTO EXPLICARÍA EL PAPEL DEL CONTACTO DISPAR COMO FACTOR DESENCADENANTE OCLUSAL AL PONERSE LOS DIENTES EN CONTACTO Y COLOCARÍA LA ETIOLOGÍA DEL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES SOBRE BASES SIMILARES A LAS DEL BRUXISMO. ESTE CONCEPTO PUEDE SER APOYADO POR LAS PRUEBAS CLÍNICAS DE LA DISMINUCIÓN DE LA TENDENCIA AL APRETAMIENTO DE LOS MAXILARES DESPUÉS DE AJUSTES OCLUSALES MUY PRECISOS O DEL EMPLEO DE FÉRULAS DE ACRÍLICO, Y POR LAS PRUEBAS ELECTROMIOGRÁFICAS DE TONO MUSCULAR DISMINUIDO DESPUÉS DE TALES PROCEDIMIENTOS. SIN EMBARGO, LA EVIDENCIA DE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE UN FACTOR OCLUSAL DESEN

CADENANTE Y EL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES NO HA QUEDADO TAN BIEN ESTABLECIDA COMO LA RELACIÓN DEFINIDA ENTRE UN FACTOR DESENCADENANTE Y EL RECHINAMIENTO EXCÉNTRICO DE LOS DIENTES. SE NECESITA UN CONOCIMIENTO MÁS PROFUNDO DEL TONO MUSCULAR Y DEL ESPACIO INTEROCCLUSAL ANTES DE PODER COMPRENDER TODO EL MECANISMO DEL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES.

C) HÁBITOS OCLUSALES RELACIONADOS CON EL BRUXISMO.

EL APRETAMIENTO HABITUAL DE LOS MAXILARES EN MALAS POSICIONES BLOQUEADAS, EL MORDER OBJETOS COLOCADOS DENTRO DE LA BOCA O ENTRE LOS LABIOS, LA MORDEDURA DE LA LENGUA O CARRILLOS, SON TODOS VIAS DE ESCAPE PARA LA TENSIÓN PSÍQUICA Y EMOCIONAL. SIN EMBARGO, ESTAS CONDICIONES NO TIENEN NECESARIAMENTE ASOCIACIÓN CON LA DISARMONÍA OCLUSAL, COMO ES EL CASO DEL BRUXISMO. EL ÚNICO EFECTO INDIRECTO DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES SOBRE ESTAS CONDICIONES ES POSIBLEMENTE UN AUMENTO EN LA TONICIDAD MUSCULAR; POR EL CONTRARIO, EL TONO MUSCULAR PUEDE DISMINUIR MEDIANTE EL TRATAMIENTO OCLUSAL Y LA ELIMINACIÓN DE LOS FACTORES 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 A TRAVÉS 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 PREMENSTRUAL 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 INTER

FERENCIAS OCLUSALES SIRVE PARA DISMINUIR TANTO LA FRE---
CUENCIA COMO LA IMPORTANCIA DEL APRETAMIENTO ESPÁSTICO
Y DEL RECHINAMIENTO Y AYUDA EN EL CONTROL DE LOS MOVI-
MIENTOS ESPÁSTICOS DEL MAXILAR.

D) IMPORTANCIA DEL BRUXISMO.

EL BRUXISMO PUEDE TENER UNA GRAN INFLUENCIA SOBRE
LOS TEJIDOS PERIODONTALES, LOS MÚSCULOS MASTICADORES Y
ADYACENTES, LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES, LA --
INICIACIÓN DE LA JAQUECA Y LA IRRITABILIDAD DEL SISTE-
MA NERVIOSO CENTRAL.

KAROLYI FUÉ EL PRIMERO EN POSTULAR QUE LAS CONTRAC-
CIONES NOCTURNAS DE LOS MÚSCULOS MASETEROS PODRÍAN SER
UN FACTOR PRINCIPAL EN LA ETIOLOGÍA DE LA "PIORREA".
DICHO AUTOR RECALCÓ TAMBIÉN EL PAPEL LESIVO DE LAS CON-
TRACCIONES 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.

CAMBIOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES.

CUALQUIER MODIFICACIÓN TISULAR ASOCIADA CON LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA PUEDE, POR SUPUESTO, SER EL RESULTADO DEL BRUXISMO. SIN EMBARGO, PUESTO QUE ESTAS ALTERACIONES TISULARES QUEDAN CONFINADAS PRINCIPALMENTE A LOS TEJIDOS PERIODONTALES APLICABLES DEL REBORDE ALVEOLAR, SE CREE GENERALMENTE EN LA ACTUALIDAD QUE EL BRUXISMO NO INICIA LA GINGIVITIS O LA FORMACIÓN DE BOLSAS GINGIVALES. EL PAPEL DEL BRUXISMO Y DE LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA ASOCIADA EN LA ETIOLOGÍA DE LOS PADECIMIENTOS PERIODONTALES ES AÚN CONTROLABLE Y NO HA PODIDO SER COMPLETAMENTE ACLARADO.

HAY QUE HACER HINCAPIÉ EN QUE EL BRUXISMO NO NECESARIAMENTE DA LUGAR A CAMBIOS PATOLÓGICOS EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES. EN LA MAYORÍA DE LOS INDIVIDUOS CON SOPORTE PERIODONTAL NORMAL, LAS SECUELAS HABITUALES DEL BRUXISMO SON LA HIPERTROFIA COMPENSADORA DE LAS ESTRUCTURAS PERIODONTALES, EL ENGROSAMIENTO DEL HUESO ALVEOLAR, AUMENTO DE LA TRABECULACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR, MAYOR ENSANCHAMIENTO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL POR ABUNDANCIA DE FIBRAS COLÁGENAS Y UNA MEJOR INSERCIÓN DE LAS FIBRAS AL CEMENTO. AL MENOS EN LOS INDIVIDUOS MÁS JÓVENES, EL EFECTO DEL BRUXISMO GRAVE RECUERDA BASTANTE LA REACCIÓN PERIODONTAL

ADAPTATIVA A LA FUNCIÓN EXAGERADA QUE SE HA ENCONTRADO EN
TRE LOS ESQUIMALES Y LOS ABORÍGENES AUSTRALIANOS.

LESIÓN PERIODONTAL.

LA POSIBILIDAD DE QUE EL BRUXISMO PRODUZCA LESIÓN PE
RIODONTAL DEPENDE GENERALMENTE DE LOS FACTORES QUE PREDIS
PONEN A LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA. THIELEMANN OBSERVÓ QUE--
LA MAYOR CANTIDAD DE DAÑO PERIODONTAL OCASIONADO POR EL--
BRUXISMO SE PRESENTÓ EN PACIENTES CON CÚSPIDES AFILADAS--
CUANDO SE APLICÓ ESFUERZO LATERAL SOBRE LA PUNTA DE ESTAS
CÚSPIDES. DICHO ESFUERZO TIENE UN MAYOR BRAZO DE PALAN-
CA QUE EL QUE SE APLICA SOBRE LA FOSA CENTRAL, Y EL ES---
FUERZO SOBRE LA CÚSPIDE FRECUENTEMENTE SE DIRIGE HACIA --
AFUERA DE LOS TEJIDOS QUE SIRVEN DE SOPORTE AL DIENTE. EL
ESFUERZO VESTIBULOLINGUAL ES TAMBIÉN DE MAYOR IMPORTANCIA
QUE EL MESIODISTAL SI LOS DIENTES TIENEN BUEN APOYO INTER
PROXIMAL POR MEDIO DE CONTACTOS NORMALES. SI EL ESFUER-
ZO SE APLICA SOBRE POCOS DIENTES, YA SEA POR PÉRDIDA DE--
PIEZAS DENTARIAS O DISARMONÍA OCLUSAL GRAVE, AUMENTA LA -
POSIBILIDAD DE LESIONES POR BRUXISMO. LA MISMA POSIBILI
DAD DE LESIÓN SE ENCUENTRA PRESENTE CUANDO HAY PÉRDIDA DE
APOYO PERIODONTAL A CAUSA DE PADECIMIENTO AVANZADO DE ES-
TAS ESTRUCTURAS. ES CONCEBIBLE, AUNQUE NO SE HA PODIDO-

COMPROBAR, QUE EL BRUXISMO AUMENTE LA POSIBILIDAD DE LESIÓN PERIODONTAL EN PRESENCIA DE PADECIMIENTOS GENERALES QUE AFECTEN EL SOSTÉN COLÁGENO DE LOS DIENTES, COMO EL ESCORBUTO Y LA DEFICIENCIA DE PROTEÍNAS, ESPECIALMENTE EN LOS JÓVENES. LA IMPORTANCIA DEL BRUXISMO EN LA ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL DEPENDE DE QUE OCASIONE TRAUMA POR OCLUSIÓN. SE CREE GENERALMENTE, AUNQUE NO SE HA COMPROBADO CIENTÍFICAMENTE, QUE LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA ES UN FACTOR CONTRIBUYENTE EN EL PROGRESO DE LOS PADECIMIENTOS DESTRUCTIVOS, Y QUE SU IMPORTANCIA AUMENTA A MEDIDA QUE PROGRESA LA DESTRUCCIÓN PERIODONTAL.

ESCHLER Y OTROS AUTORES HAN PROCLAMADO QUE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PREDISPONE AL INDIVIDUO AL BRUXISMO POR AUMENTO DEL TONO EN LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR. LAS MOLESTIAS BUCALES Y EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES ASOCIADOS CON INFLAMACIÓN GINGIVAL Y PERIODONTAL PUEDEN DESENCADENAR INTERFERENCIAS OCLUSALES Y EN ESTA FORMA PROVOCAR BRUXISMO. EL AUMENTO DEL TONO MUSCULAR OCASIONADO POR LAS MOLESTIAS QUE ACOMPAÑAN A LA INFLAMACIÓN AUMENTA LA POSIBILIDAD DE QUE ESTE FACTOR DESENCADENANTE PRECIPITE EL BRUXISMO.

PERJUICIOS A LA CORONA.

LOS DAÑOS DE IMPORTANCIA OCASIONADOS POR EL BRUXISMO

RESULTAN CON FRECUENCIA MAYORES EN LA CORONA DEL DIENTE - QUE EN PERIODONTO. EL DESGASTE DE LOS DIENTES OCASIONADO POR EL BRUXISMO PUEDE DAR POR RESULTADO UNA REDUCCIÓN- INESTÉTICA EN LA LONGITUD DE LA CORONA, TRASTORNOS EN LAS RELACIONES DE CONTACTO INTERPROXIMAL, Y OCASIONAR PULPI-- TIS, EXPOSICIÓN O MUERTE DE LA PULPA. OTRAS POSIBLES SE CUELAS DEL BRUXISMO SON BORDES DEL ESMALTE AFILADOS E --- IRRITANTES, DIENTES O RESTAURACIONES FRACTURADOS, E INCLU SO ESTRANGULACIÓN APICAL DE LA PULPA.

DOLOR DISFUNCIONAL.

EL BRUXISMO ES DE EXTREMA IMPORTANCIA EN LA APARI--- CIÓN DE DOLOR DISFUNCIONAL DE LOS MÚSCULOS Y DE LA ARTICU LACIÓN TEMPOROMAXILAR. ESTA RELACIÓN SERÁ TRATADA EN -- FORMA SEPARADA EN EL CAPÍTULO 13 AL REFERIRNOS A LOS TRAS TORNOS FUNCIONALES DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR Y DE LOS MÚSCULOS.

CEFALEA.

BERLIN Y DESSNER Y MONICA HAN DEMOSTRADO QUE EL--- BRUXISMO PUEDE DAR LUGAR A CEFALEA CRÓNICA. AUNQUE LA-- CORRELACIÓN NO ESTÁ COMPLETAMENTE CLARA, WOLFF HA POSTULA DO QUE LA BASE PARA EL DOLOR O LA DOLENCIA ES UN TRASTOR-

NO EN LA CIRCULACIÓN DE LOS MÚSCULOS.

LAS MOLESTIAS DE LOS DIENTES, MÚSCULOS Y ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES ASOCIADAS CON EL BRUXISMO CON FRECUENCIA AUMENTARÁN LA TENSIÓN PSÍQUICA Y LA IRRITABILIDAD Y OCASIONARÁN UN POSTERIOR AUMENTO DEL TONO MUSCULAR Y DEL BRUXISMO.

BRUXISMO EN CÉNTRICA.

EL BRUXISMO EN CÉNTRICA ES LA ACCIÓN PARAFUNCIONAL DE APRETAR CON FUERZA LOS DIENTES EN POSICIÓN DE INTERCUSPIDACIÓN MÁXIMA. (P.M.I.).

BRUXISMO EXCÉNTRICO.

REPRESENTA LA ACCIÓN DISFUNCIONAL DE FROTAR O RECHINAR LOS DIENTES EN SUS EXCURSIONES RETRUSIVAS, PROTRUSIVAS Y LATERALES.

LA ETIOLOGÍA DE ESTAS DOS FORMAS DE BRUXISMO ES DOBLE: LA TENSIÓN PSÍQUICA Y LAS DESARMONÍAS OCLUSALES (CON TACTO EXAGERADO EN P.M.I., CONTACTO PREMATURO EN R.C., INTERFERENCIAS EN PROTRUSIÓN Y EN LATERALIDAD) ESTOS DOS FACTORES ESTÁN A MENUDO MUY LIGADOS Y EL FACTOR PREPONDERANTE ES DIFÍCIL DE DISTINGUIR.

EL BRUXISMO TIENE REPERCUSIÓN NEUROMUSCULAR QUE PUEDE TRADUCIRSE POR ESPASMOS Y DOLORES A NIVEL DE LA A.T.M. ACELERA ADEMÁS EL PROCESO DE DESTRUCCIÓN PERIODONTAL.

LAS ALTERACIONES MUSCULARES NO SOLO PUEDEN ABARCAR-- EL APARATO MASTICATORIO, SINO QUE SON SUSCEPTIBLES, POR-- RECLUTAMIENTO MUSCULAR, DE ALCANZAR OTROS GRUPOS DE MÚSCU LOS Y DE CREAR PROBLEMAS POSTULARES.

POR CONSIGUIENTE, ES TAN IMPORTANTE INVESTIGAR LAS - FACETAS DE DESGASTE PARA DIAGNOSTICAR EL BRUXISMO, COMO-- ESTUDIAR SU TOPOGRAFÍA PARA CONOCER LOS MÚSCULOS QUE EN-- TRAN EN ACCIÓN DURANTE ÉL Y PARA ESTABLECER SUS RELACIO-- NES CON LAS LESIONES PERIODONTALES.

UBICACIÓN Y DIRECCIÓN DE LAS FACETAS DE DESGASTE.

BRUXISMO EN CÉNTRICA: LAS FACETAS DE DESGASTE SITUA- DAS SOBRE LAS CÚSPIDES DE SOPORTE, EN LAS FOSAS O EN LAS- CRESTAS MARGINALES DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES SEÑALAN UN BRUXISMO EN CÉNTRICA (P.M.I).

BRUXISMO EXCÉNTRICO.

LAS FACETAS DE DESGASTE OCURREN POR EL DESPLAZAMIE- NTO DE LAS CÚSPIDES DE SOPORTE INFERIORES (GRUPOS I Y II)-

SOBRE LAS CARAS OCLUSALES SUPERIORES.

- LAS FACETAS DE DESGASTE EN RETRUSIÓN SE ENCUENTRAN, DE ORDINARIO, EN LA VERTIENTE MESIAL INTERNA DE LAS CÚSPIDES PALATINAS SUPERIORES 1.
- LAS FACETAS PROTRUSIVAS DEL ÁREA DE TRABAJO SE LOCALIZAN SOBRE LA VERTIENTE PALATINA Y SOBRE EL BORDE LIBRE DE LOS INCISIVOS SUPERIORES.

CONTACTOS OCLUSALES EN LATERALIDAD.

- LAS FACETAS PROTRUSIVAS FUERA DEL ÁREA DE TRABAJO SE ENCUENTRAN EN LA VERTIENTE DISTAL INTERNA DE LAS CÚSPIDES VESTIBULARES SUPERIORES 2.
- LAS FACETAS EN LATERALIDAD EN EL ÁREA DE TRABAJO SE SITUAN EN LA VERTIENTE MESIAL INTERNA Y EL VÉRTICE DE LAS CÚSPIDES VESTIBULARES SUPERIORES 3.
- LAS FACETAS EN LATERALIDAD FUERA DEL ÁREA DE TRABAJO ESTÁN EN LA VERTIENTE DISTAL Y EL VÉRTICE DE LAS CÚSPIDES PALATINAS SUPERIORES 4.

LAS FACETAS DE DESGASTE NO RESPETAN SIEMPRE ESTA TOPOGRAFÍA. EN OCASIONES SE UBICAN EN EL VÉRTICE O EN EL-

ÁNGULO DE UNA CÚSPIDE. EN ALGUNOS CASOS, DOS FACETAS ES
TÁN PRÓXIMAS, PERO NO SE UNEN E INDICARÁN LA PRESENCIA DE
UN BRUXISMO EN CÉNTRICA Y DE OTRO EXCÉNTRICO. ES INDIS-
PENSABLE ENTONCES CONFIRMAR LA ORIENTACIÓN DEL BRUXISMO,-
SUPERPONIENDO UNA FACETA INFERIOR CON SU HOMÓLOGA SUPE---
RIOR. A MENUDO, ESTA SUPERPOSICIÓN SOLO SE LOGRA EN PO-
SICIONES EXTREMAS. LA SIMILITUD DE LA MORFOLOGÍA DE DOS
FACETAS DE DESGASTE ANTAGONISTAS PERMITE UNA SUPERPOSI---
CIÓN EXACTA.

CAPÍTULO II

FACTORES PSICOSOMÁTICOS

SE PUEDE RELACIONAR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL CON -- CAUSAS PSICÓGENAS? UN ESTUDIO REALIZADO SOBRE POBLACIÓN HOSPITALIZADA, EMOCIONALMENTE ENFERMA, SEÑALÓ QUE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS AGUDOS PRESENTABAN FRECUENCIA MÁS ALTA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL QUE LOS PACIENTES APÁTICOS. OTROS INFORMES INDICARON QUE HAY ALTO GRADO DE CORRELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD PERIODONTAL Y TENDENCIA NEURÓTICA, ANSIEDAD MEDIDA (UN SÍNTOMA DE NEUROSIS), Y FACTORES TALES COMO RELACIONES FAMILIARES TENSAS, HISTERIA E--HIPOCONDRIA.

EN REALIDAD, EL BRUXISMO, LA GUN, (GINGIVITIS ULCERO NECROTIZANTE), LA MALA HIGIENE BUCAL Y LA DIETA INADECUADA PUEDEN SER MANIFESTACIONES DE ESTADOS PSICOLÓGICOS. EN LA MEDIDA QUE SEA ASÍ, LA ENFERMEDAD PERIODONTAL PUEDE SER PSICOSOMÁTICA. AUNQUE SE DEFIENDE ESTE ARGUMENTO,-- AÚN NO ESTÁ PROBADO. (ORBAN),

BRUXISMO Y APRETAMIENTO.

LA FUERZA MUSCULAR PROLONGADA EJERCIDA DURANTE EL ----
BRUXISMO Y EL APRETAMIENTO PUEDEN PRODUCIR TRAUMATISMO OCLU
SAL.

LA EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA DEL BRUXISMO ES UNA HIPÓTE-
SIS. TODAS LAS PERSONAS TIENEN IMPULSOS ASOCIADOS CON SUS
METAS EN LA VIDA. CUANDO ESTOS IMPULSOS SE OBSTRUYEN LA--
FRUSTRACIÓN RESULTANTE PRODUCE IRA. LA IRA DEBE TENER UNA
DESCARGA: POR EJEMPLO, UN NIÑO ENCOLERIZADO NO DUDARÁ EN --
MORDER. CUANDO EL NIÑO APRENDE QUE ESE ACTO DE MORDER ES-
INACEPTABLE DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL, LO REPRIME.

LAS SIGUIENTES COMPROBACIONES DAN SOSTÉN A LA CORRELA-
CIÓN PSICOLÓGICA ENTRE BRUXISMO Y ANSIEDAD; EN UNA PRUEBA--
DE ASOCIACIÓN DE PALABRAS DADA A ESTUDIANTES QUE TENÍAN ---
ELECTRODOS COLOCADOS EN LOS MÚSCULOS TEMPORALES, APARECÍAN--
ESPIGAS (CONTRACCIONES MUSCULARES) CON LAS PALABRAS EMOCIO-
NALES Y DESAPARECÍAN CON LAS PALABRAS NEUTRAS. SE HICIE--
RON REGISTROS ELECTROMIOGRÁFICOS DE LOS MÚSCULOS TEMPORAL Y
MASETERO DE OCHO ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA. DURANTE EL--
REGISTRO, SE CREÓ TENSIÓN HACIENDO QUE EL DECANO LLEGARA --
"INESPERADAMENTE" A LA ESCENA Y ENTABLARA CON LOS ESTUDIAN-

TES UNA CONVERSACIÓN QUE GIRÓ SOBRE LOS EXÁMENES PRÓXIMOS Y LAS PERSPECTIVAS DE LOS ALUMNOS. LOS POTENCIALES DE ACTIVACIÓN AUMENTABAN CON LA TENSIÓN.

LA ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL MASETERO Y EL TEMPORAL AUMENTA CUANDO EL SUJETO EXPERIMENTAL HUMANO REALIZA UNA TAREA. LA AMPLITUD DE LOS ELECTROMIOGRAMAS AUMENTA CUANDO LA PERSONA COMETE UN ERROR EN LA REALIZACIÓN DE LA TAREA. EN UN ESTUDIO DE 103 PACIENTES QUE FUERON COMPARADOS CON BRUXISMO, CON UN GRUPO TESTIGO, SE COMPROBÓ QUE LOS PRIMEROS TENÍAN UN GRADO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. TAMBIÉN PRESENTABAN SÍNTOMAS DE TENSIÓN MUSCULAR, Y AGRESIVIDAD LATENTE O MANIFIESTA. EN ALGUNOS PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES SE OBSERVÓ ALARGAMIENTO LLAMATIVO DE LOS MÚSCULOS MASETEROS; ESTO PODRÍA SER UNA FORMA DE HIPERTROFIA POR TRABAJO RELACIONADA CON EL APRETAMIENTO Y ENERGÍA BUCAL AGRESIVA.

ES POSIBLE QUE EL BRUXISMO Y LOS FENÓMENOS CIRCULATORIOS TENGAN UNA RELACIÓN PSICOLÓGICA. EN CONCOMITANCIA CON ALTERACIONES DE LA VELOCIDAD Y EL RITMO DEL PULSO, SE REGISTRARON CONTACTOS DENTARIOS DE 17 SEGUNDOS DE DURACIÓN ESTOS PERÍODOS DE CONTACTO ESTABAN RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON PERÍODOS DE REACCIÓN EMOCIONAL (TENSIÓN O ANSIEDAD-

O AMBAS). AUNQUE PUEDA HABER UNA BASE EMOCIONAL PARA EL BRUXISMO, LA SUPOSICIÓN DE QUE EL BRUXISMO SEA DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS EMOCIONALES O PSICOPATOLOGÍA NO SE CONFIRMÓ.

TRAUMATISMO PRIMARIO Y SECUNDARIO.

SOBRE EL PERIODONTO SE EJERCEN FUERZAS FÍSICAS QUE SUPERPONEN SU INFLUENCIA A TODOS LOS FACTORES LOCALES E INTRÍNSECOS PRESENTES. HÁBITOS, APARATOS DENTALES, PROCEDIMIENTOS DENTALES Y FUERZAS TRAUMÁTICAS PUEDEN DAR ORIGEN A TALES FUERZAS. ASIMISMO, SE EJERCE CARGA DURANTE LA MASTICACIÓN, DEGLUCIÓN, BRUXISMO Y APRETAMIENTO. TRAUMATISMO PRIMARIO ES LA PRODUCCIÓN DE MOVILIDAD EN UN DIENTE CON SOPORTE NORMAL SOMETIDO A UNA FUERZA QUE EXCEDE LOS LÍMITES FISIOLÓGICOS. TRAUMATISMO SECUNDARIO ES LA PRODUCCIÓN DE MOVILIDAD POR FUERZAS NORMALES EN UN DIENTE CON SOPORTE DEBILITADO. CUANDO HAY FACTORES LOCALES E INTRÍNSECOS, TALES COMO INFLAMACIÓN Y TRASTORNOS METABÓLICOS, LAS FUERZAS NORMALES PUEDEN PRODUCIR MOVILIDAD EN UN DIENTE CON SOPORTE ÓSEO COMPLETO.

ATRICIÓN DE LA SUBSTANCIA DENTARIA.

LA ATRICIÓN DE LA SUBSTANCIA DENTARIA EN LAS SUPERFICIES OCLUSALES E INCISALES Y EN LOS PUNTOS DE CONTACTO ES -

UNA CARACTERÍSTICA BIEN RECONOCIDA DEL ENVEJECIMIENTO..

EL DESGASTE DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DENTARIAS SE RELACIONA CON EL USO (COMO SUCEDE EN LA MASTICACIÓN), CON EL DESGASTE OCUPACIONAL (COMO LOS ESQUIMALES QUE ABLANDAN EL CUERO CON LOS DIENTES) O CON HABITOS PARAFUNCIONALES (COMO EN EL BRUXISMO). LA PÉRDIDA DE SUBSTANCIA DENTARIA ES DE ORIGEN EXTRÍNSECO Y TIENE QUE VER CON LA INFLUENCIA DEL MEDIO; Y PUESTO QUE EL TIEMPO ES UN FACTOR QUE INTERVIENE EN ESTO, TAMBIÉN TIENE UNA RELACIÓN CRONOLÓGICA CON LA SE-- NECTUD. LA ATRICIÓN DE LOS PUNTOS DE CONTACTO Y LOS PLANOS DE CONTACTO SE PRODUCE CON EL ENVEJECIMIENTO. ES EL RESULTADO DEL MOVIMIENTO VERTICAL LEVE IMPARTIDO AL DIENTE DURANTE LA FUNCIÓN. ESTE MOVIMIENTO ES POSIBLE GRACIAS AL LIGAMENTO PERIODONTAL.

EN LA EDAD AVANZADA SE SUELE MANTENER LA DIMENSIÓN --- COLUSAL (INTEROCLUSAL) Y LA CONTINUIDAD DEL ARCO, PORQUE EL DESGASTE ES COMPENSADO POR LA APOSICIÓN DE HUESO EN LAS SUPERFICIES DISTALES Y EN EL FONDO DE LOS ALVÉOLOS.

TAMBIÉN EL DEPÓSITO CONTINUO DE CEMENTO AYUDA A COMPENSAR ESE DESGASTE. SI LA APOSICIÓN CONTINUA DEL HUESO ES--- MÁS LENTA, O CESA (COMO EN LA VEJEZ) ESA COMPENSACIÓN DE LA

ÁTRICIÓN NO SE PRODUCE. EN RELACIÓN CON LA ATROFIA DE LA MUSCULATURA, SE PUEDE PRODUCIR DISMINUCIÓN DE LA ALTURA FACIAL VERTICAL (MORDIDA CERRADA).

LA IRRIGACIÓN DEL HUESO DISMINUYE. ADEMÁS, EL CONTINUO REMODELADO DEL HUESO ALVEOLAR QUE SE HA ESTADO PRODUCIENDO EN ÉPOCAS ANTERIORES DE LA VIDA PUEDE ALTERAR EL APORTE VASCULAR CAMBIANDO LAS VÍAS VASCULARES.

SE REGISTRÓ QUE EN EL ENVEJECIMIENTO HAY OSTEOPOROSIS, PARTICULARMENTE EN EL HUESO ALVEOLAR DE MUJERES POSMENOPÁUSICAS; PERO ES MÁS FRECUENTE QUE LA DISMINUCIÓN DEL TRABECULADO DEL HUESO ALVEOLAR QUE A VECES SE VE EN LAS RADIOGRAFÍAS TENGA QUE VER CON LA PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN (EXTRACCIÓN DE UN DIENTE ANTAGONISTA).

MOVIMIENTO.

LA ACCIÓN DE MOVER LOS DIENTES, QUE ES SUMAMENTE DELETÉREA, SE PRODUCE CUANDO AL APRETAMIENTO SE AGREGA UNA FUERZA LATERAL LEVE.

LOS MOVIMIENTOS PARAFUNCIONALES SON PRÁCTICAMENTE UNIVERSALES. NO PRECISAN SER ANORMALES O PATÓGENOS. NO ES LA PRESENCIA DEL MOVIMIENTO PARAFUNCIONAL LO QUE CONTRIBUYE

A LA PATOLOGÍA, SINO AL GRADO, LA FRECUENCIA Y LA DURACIÓN EXCESIVOS DE ESTAS INTENSAS CONTRACCIONES ISOMÉTRICAS. SI NO HAY TRAUMA, LA PRESENCIA DE LA PARAFUNCIÓN NO ES PATOLÓGICA. SE PODRÍA DECIR QUE LA PATOLOGÍA APARECE EN UN PORCENTAJE DE LOS QUE HACEN BRUXISMO Y APRETAMIENTO. LA PARAFUNCIÓN, POR CIERTO, ES ÚTIL PARA DISIPAR LA TENSIÓN O LA ENERGÍA REPRIMIDA.

NO SE CONOCEN LAS CAUSAS DE ESTOS HÁBITOS, PERO PUEDEN SER PSICOLÓGAS, NEUROLÓGICAS, OCUPACIONALES U OCLUSALES. LAS CAUSAS PSICOLÓGICAS SON LA TENSIÓN O LA EXPRESIÓN INCONSCIENTE DE ODIOS O DISGUSTO. CUANDO LOS ACTORES REPRESENTAN ESTAS EMOCIONES, ES FÁCIL OBSERVAR EL JUEGO DE SU MUSCULATURA MASTICATORIA. TÉTANOS (ACTIVO O LATENTE), MENINGITIS, EPILEPSIA Y PARKINSONISMO CONSTITUYEN ALGUNAS DE LAS CAUSAS DE ESTOS FENÓMENOS, QUE PUEDEN GENERAR HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS Y BRUXISMO O APRETAMIENTO. EL BRUXISMO, O APRETAMIENTO PROFESIONAL SE REGISTRA EN CONDUCTORES DE CAMIONES Y EN INDIVIDUOS QUE REALIZAN TAREAS QUE EXIGEN GRAN FUERZA. A VECES, EL BRUXISMO SE RELACIONA CON ESTÍMULOS PROVENIENTES DE LA OCLUSIÓN, TALES COMO CONTACTOS PREMATUROS O RESTAURACIONES DENTALES DEMASIADO ALTAS; EL PACIENTE TRATA DE ELIMINAR EL PUNTO ALTO QUE LE MOLESTA POR PARAFUNCIÓN COMPENSADORA. EL BRUXISMO TAMBIÉN -

ES COMÚN EN NIÑOS Y PERMITE QUE LOS DIENTES DEFINITIVOS --
BROTEN EN LA POSICIÓN ADECUADA. POSIBLEMENTE, DESDE EL--
PUNTO DE VISTA FILOGENÉTICO, EL BRUXISMO SEA UN MECANISMO-
DE AFILADO DE LOS DIENTES. POR LO GENERAL, LAS PERSONAS-
QUE HACEN BRUXISMO NO TIENEN CONCIENCIA DE ELLO Y NIEGAN--
TODA PREGUNTA QUE HACE EL DENTISTA. SIN EMBARGO, EL CÓN-
YUGE SUELE COMENTAR SOBRE LOS RUIDOS QUE PRODUCE EL BRUXIS-
MO DURANTE EL SUEÑO; UNA VEZ PLANTEADA LA CUESTIÓN, EL PA-
CIENTE TOMA CONOCIMIENTO DE SU HÁBITO. PERO DE NINGUNA--
MANERA SE HARÁ EL DIAGNÓSTICO EN LA FORMA DE UNA ACUSACIÓN
QUE IMPLIQUE PATOLOGÍA O ANORMALIDAD. AL DESPERTAR, ALGU-
NAS PERSONAS BRUXÓMANAS SIENTEN FATIGA DE LOS MÚSCULOS MAN-
DIBULARES, DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR O LI-
MITACIÓN DE LA ABERTURA.

EL BRUXISMO PRODUCE FACETAS DE DESGASTE. LA SITUA--
CIÓN OCLUSAL SE AGRAVA CUANDO UN DIENTE HACE CONTACTO CON-
SU ANTAGONISTA SOBRE SUPERFICIES PLANAS Y LO SUJETA MÁS IN-
TIMAMENTE DURANTE EL CONTACTO, CONTRIBUYENDO ASÍ A AUMEN--
TAR LA PALANCA Y LA INTENSIDAD DE LA APLICACIÓN DE LA FUER-
ZA.

SE HA ESTUDIADO LA IMPORTANCIA DE LA REGENERACIÓN TI-
SULAR LOCAL DEL PERIODONTO. DEBEN PRODUCIRSE ACTIVIDADES

REGENERATIVAS DIARIAS. HAY TIEMPO SUFICIENTE PARA EL RECAMBIO REPARATIVO QUE COMPENSE EL DAÑO TISULAR; QUE INCIDE EN LA MASTICACIÓN DURANTE LOS PERÍODOS ENTRE LAS COMIDAS, CUANDO EL ÓRGANO MASTICATORIO SE HALLA EN REPOSO. LO QUE PODRÍA SER IMPORTANTE EN EL BRUXISMO ES QUE EL PERÍODO DE REGENERACIÓN ESTÁ REDUCIDO. CUANDO ESTOS HÁBITOS SE PRODUCEN EN PRESENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, SE AGREGAN FUERZAS Y TENSIONES SOBRE LOS TEJIDOS INFLAMADOS O DISTRÓFICOS, Y LAS POSIBILIDADES DE DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO AUMENTA. KOIVUMAS Y COLABORADORES HAN HALLADO UNA CORRELACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. LA RELACIÓN ENTRE BRUXISMO Y ENFERMEDAD PERIODONTAL AUNQUE POSIBLE, NO FUÉ ESTABLECIDA CON SEGURIDAD.

ANTES DE REALIZAR EL TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO MEDIANTE EL AJUSTE OCLUSAL, EL DENTISTA DEBE EXAMINAR Y CLASIFICAR EL TIPO DE OCLUSIÓN Y LA RELACIÓN DE LA POSICIÓN DENTARIA (INTERCUSPIDACIÓN).

CAPÍTULO III

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR ES UNA ARTICULACIÓN--
GINGLIMOARTRODIAL QUE DIFIERE DE LA MAYORÍA DE LAS ARTICULA-
CIONES PORQUE LAS SUPERFICIES ARTICULARES ESTÁN CUBIERTAS --
CON TEJIDO FIBROSO AVASCULAR EN LUGAR DE CARTÍLAGO HIALINO.
LA SUPERFICIE ARTICULAR CONSTA DE UNA CAVIDAD, TERMINA HACIA
ATRÁS EN EL LABIO ARTICULAR POSTERIOR. EL REBORDE IMPIDE--
EL CONTACTO DIRECTO DEL CÓNDILO CONTRA EL HUESO TIMPÁNICO EN
EL DESPLAZAMIENTO POSTERIOR SUPERIOR DE LA APÓFISIS CONDILAR.
LOS LABIOS ÓSEOS EXISTEN TAMBIÉN EN LOS BORDES EXTERNOS E IN
TERNOS DE LA CAVIDAD ARTICULAR, SIENDO ESTOS ÚLTIMOS LOS MÁS
PROMINENTES. LA CAVIDAD SE CONTINÚA HACIA ADELANTE HASTA--
TUBÉRCULO ARTICULAR (EMINENCIA ARTICULAR). ESTA EMINENCIA--
ES MARCADAMENTE CONVEXA EN DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR Y LIGE-
RAMENTE CÓNCAVA EN SENTIDO LATEROLATERAL. EL LÍMITE ANTE--
RIOR DEL TUBÉRCULO ES INDISTINTO (KRUGER).

ÁPÓFISIS CONDILAR.

EL CÓNDILO ES OVALADO CON SU EJE MAYOR EXTENDIÉNDOSE EN DIRECCIÓN LATEROLATERAL. ES MÁS CONVEXO EN SENTIDO-- ANTEROPOSTERIOR QUE TRANSVERSAL. LA SUPERFICIE ARTICU-- LAR DEL CÓNDILO MIRA HACIA ARRIBA Y ADELANTE, DE MANERA-- QUE, EN UNA VISTA LATERAL, EL CUELLO DEL CÓNDILO PARECE-- ESTAR DOBLADO HACIA ADELANTE.

DISCO ARTICULAR.

EL DISCO ARTICULAR (MENISCO) ESTÁ UBICADO ENTRE LA - SUPERFICIE ARTICULAR DEL HUESO TEMPORAL (CAVIDAD GLENOI-- DEA) POR ARRIBA Y EL CÓNDILO MANDIBULAR POR ABAJO, DIVI-- DIENDO LA ARTICULACIÓN EN COMPARTIMIENTOS SUPERIOR E INFE-- RIOR. EL DISCO ES OVALADO Y FIBROSO. ES MUCHO MÁS DEL-- GADO EN SU PORCIÓN CENTRAL QUE A LO LARGO DE LA PERIFERIA EL BORDE POSTERIOR DEL DISCO PRESENTA EL MAYOR ESPESOR. SU SUPERFICIE SUPERIOR ES CONCAVOCONVEXA, Y LA INFERIOR - ES CÓNCAVA EN DIRECCIÓN ANTEROPOSTERIOR. LA CIRCUNFEREN-- CIA DEL DISCO ESTÁ ADHERIDA AL TENDÓN DEL MÚSCULO PTERI-- GOIDEO EXTERNO POR DELANTE; HACIA ATRÁS, EL DISCO SE CON-- TINÚA CON UNA ALMOHADILLA DE TEJIDO CONECTIVO NEUROVASCU-- LAR LAXO QUE SE EXTIENDE HACIA LA PARED POSTERIOR DE LA-- CÁPSULA ARTICULAR CON LA QUE SE FUNDE. EL RESTO DE LA--

CIRCUNFERENCIA DEL DISCO ESTÁ INSERTADO DIRECTAMENTE EN LA CÁPSULA.

CÁPSULA.

LA CÁPSULA ES UNA ESTRUCTURA LIGAMENTOSA DELGADA QUE SE EXTIENDE DESDE LA PORCIÓN TEMPORAL DE LA FOSA GLENOIDEA POR ARRIBA, SE FUNDE CON EL MENISCO, Y SE EXTIENDE HACIA ABAJO-- HASTA EL CUELLO DEL CÓNDILO. LA PORCIÓN SUPERIOR DE LA CÁPSULA ES LAXA, PERMITIENDO LOS MOVIMIENTOS DE DESLIZAMIENTO-- ANTERIOR DE LA FUNCIÓN NORMAL, MIENTRAS QUE LA PORCIÓN INFERIOR ES MUCHO MÁS FIRME Y ES DONDE SE PRODUCEN LOS MOVIMIENTOS DE BISAGRA.

MEMBRANA SINOVIAL.

LA MEMBRANA SINOVIAL ES UNA MEMBRANA DE TEJIDO CONECTIVO QUE TAPIZA LA CAVIDAD ARTICULAR Y SEGREGA LÍQUIDO SINOVIAL PARA LUBRICAR LA ARTICULACIÓN.

LIGAMENTOS.

EL LIGAMENTO TEMPOROMANDIBULAR SE EXTIENDE DESDE EL ARCO CIGOMÁTICO HACIA ABAJO Y ATRÁS HASTA EL BORDE POSTERIOR-- DEL CUELLO DEL CÓNDILO. ES EL ÚNICO LIGAMENTO QUE DA APOYO

DIRECTO A LA CÁPSULA. LOS LIGAMENTOS ESFENOMAXILAR SE---
CONSIDERAN LIGAMENTOS ACCESORIOS. EL PRIMERO SE INSERTA-
EN LA ESPINA DE SPIX DE LA MANDÍBULA Y EL LIGAMENTO ESTILO
MAXILAR EN SU ÁNGULO.

COMPONENTES NERVIOSOS Y VASCULARES.

POR DETRÁS DEL DISCO ARTICULAR HAY UNA ALMOHADILLA---
LAXA DE TEJIDO CONECTIVO QUE CONTIENE MUCHOS NERVIOS Y VA-
SOS SANGUÍNEOS. LOS NERVIOS SENSITIVOS DERIVAN DE LAS RA-
MAS AURICULOTEMPORAL Y MASETERINA DEL NERVIIO DENTARIO INFE-
RIOR Y SON PROPIOCEPTIVOS PARA LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR. LA
RED VASCULAR CONSTA DE ARTERIAS QUE EMERGEN DE LA RAMA TEM-
PORAL SUPERFICIAL DE LA ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA.

ARTRALGIA TEMPOROMANDIBULAR.

SE HA PRESTADO MUCHA ATENCIÓN AL DIAGNÓSTICO Y EL TRA-
TAMIENTO DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR QUE DUELE,--
DESDE QUE GOODFRIEND PUBLICÓ EL TRABAJO ORIGINAL EN 1933,--
SEGUIDO POCO DESPUÉS POR EL TRABAJO AMPLIAMENTE DIFUNDIDO-
DE COSTEN EN 1934. COMO RESULTADO DE ESTAS DOS CONTRIBU-
CIONES Y EL ESTUDIO PERSISTENTE REALIZADO POR LOS CIRUJA--
NOS BUCALES, LOS PROSTODONCISTAS, LOS PERIODONCISTAS, LOS-
ORTODONCISTAS Y OTROS INVESTIGADORES INTERESADOS ES MUCHO-

EL CONOCIMIENTO QUE SE HA ACUMULADO EN ESTE DESAFIANTE TERRENO.

MUCHOS PACIENTES CON DOLOR FACIAL O CEFÁLICO NO DIAGNOSTICADO DE MANERA PREVIA HAN RECIBIDO EL BENEFICIO QUE REPRESENTA UN DIAGNÓSTICO CONCISO Y AJUSTADO Y UN TRATAMIENTO CADA VEZ MÁS EFECTIVO DESDE AQUELLA ÉPOCA.

ETIOLOGÍA.

LA ARTRALGIA TEMPOROMANDIBULAR SE ATRIBUYE GENERALMENTE A UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 1.- DESARMONÍA OCLUSAL.
- 2.- DESPLAZAMIENTO POSTEROSUPERIOR DE LA CABEZA DEL CÓNDILO COMO RESULTADO DE UNA DISMINUCIÓN DE LA RELACIÓN MAXILOMANDIBULAR VERTICAL.
- 3.- FACTORES PSICOGÉNICOS QUE PRODUCEN HÁBITOS QUE LLEVAN AL BRUXISMO Y AL ESPASMO MUSCULAR.
- 4.- UN TRAUMATISMO AISLADO.
- 5.- SINOVITIS AGUDA COMO RESULTADO DE UNA FIEBRE REUMÁTICA AGUDA.
- 6.- ARTRITIS REUMATOIDEA.
- 7.- OSTEOARTRITIS.

SÍNTOMAS.

LOS SÍNTOMAS QUE SURGEN DE LA DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SON VARIADOS. TODOS LOS DISTINTOS SÍNTOMAS PUEDEN APARECER EN UN PACIENTE, MIENTRASQUE EN OTRO SOLO PUEDE EXISTIR UN SÍNTOMA AISLADO.

LOS SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN CLÁSICAMENTE EN ESTE SÍNDROME, SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- DOLOR POR DELANTE DEL OÍDO, GENERALMENTE UNILATERAL Y QUE SE EXTIENDE HACIA ADELANTE A LA CARA; ESPECIALMENTE MARCADO DURANTE EL USO DE LA MANDÍBULA.
- 2.- DESVIACIÓN DE LA MANDÍBULA HACIA EL LADO AFECTADO DURANTE EL MOVIMIENTO DE APERTURA-NORMAL. ESTE ES UN HALLAZGO COMÚN DADO QUE EL ESPASMO MUSCULAR FRECUENTEMENTE ACOMPAÑA A LA DISFUNCIÓN ARTICULAR Y, COMO TAL, CONTRIBUYE AL DOLOR QUE SE PRODUCE.
- 3.- CREPITACIÓN DURANTE LA EXCURSIÓN MANDIBULAR LA CREPITACIÓN PUEDE SER AUDIBLE, PALPABLE, O AMBAS COSAS.
- 4.- DISCREPANCIA EN OCLUSIÓN. LAS DISCREPANCIAS OCLUSALES PUEDEN SER INMEDIATAMENTE EVIDENTES POR OBSERVACIÓN CASUAL O PUEDEN--

REQUERIR INSPECCIÓN Y ESTUDIOS CUIDADOSOS, INCLUYENDO EL EMPLEO DE MODELOS ARTICULADOS. LAS DISCREPANCIAS OCLUSALES COMUNES INCLUYEN LO SIGUIENTE:

- a) MALOCLUSIÓN ADQUIRIDA: LA PÉRDIDA DE -- CUALQUIER DIENTE O DIENTES SIN REEMPLAZO EN UNA EDAD TEMPRANA FRECUENTEMENTE ES SEGUIDA DE POR LO MENOS UNA INTERRUPTIÓN LOCAL DEL EQUILIBRIO OCLUSAL POR-- EL DESPLAZAMIENTO Y LA INCLINACIÓN DE-- LOS DIENTES QUE RODEAN A LA ZONA DESDENTADA. ESTA MALOCLUSIÓN ADQUIRIDA INTERRUMPE LA FUNCIÓN OCLUSAL NORMAL PRODUCIENDO INTERFERENCIA CUSPIDEA Y CONTACTOS PREMATUROS QUE CONTRIBUYEN EN GRANMEDIDA A LA ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN ARTICULAR Y EL ULTERIOR DESARROLLO DEL DOLOR. ESTA ALTERACIÓN, CUANDO SE COMBIENA CON TENSIÓN NERVIOSA, ES EL ESTADO--CLÍNICO MÁS FRECUENTEMENTE NOTADO. SU CORRELACIÓN REQUIERE TRATAMIENTO QUE -- PUEDE VARIAR DESDE LA SIMPLE EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR EXTRUÍDO --

HASTA UN AJUSTE OCLUSAL EXTENSO Y EL LLAMADO EQUILIBRAMIENTO OCLUSAL.

- b) MALCUSIÓN INHERENTE: SE ENCUENTRAN MUCHAS DESVIACIONES DEL CONCEPTO IDEAL DE OCLUSIÓN BALANCEADA. A PESAR DEL HECHO DE QUE LOS DIENTES PUEDEN SER COSMETICAMENTE ACEPTABLES, TANTO NATURALMENTE COMO RESULTADO DE UN TRATAMIENTO ORTODÓNTICO, PUEDE HABER UNA IMPORTANTE INTERFERENCIA CUSPÍDEA EN UNA DENTICIÓN EN LA QUE NO SE HAN PERDIDO DIENTES. AQUI NUEVAMENTE, UN ESTADO DE TENSIÓN NERVIOSA ES FRECUENTEMENTE EL FACTOR QUE PRODUCE EL ESPASMO MUSCULAR Y LOS HÁBITOS DEL BRUXISMO.

CAPÍTULO IV

ABERRACIONES FUNCIONALES PSICOGÉNICAS O IDIOPÁTICAS, BRUXISMO Y BRICOMANÍA.

ESPECÍFICAMENTE, EL BRUXISMO O BRICOMANÍA, LA CONTRACCIÓN TETÁNICA DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES Y EL RECHINAMIENTO RÍTMICO DE LOS DIENTES DE LADO A LADO DURANTE EL SUEÑO, CAUSA MALOCCLUSIÓN O ES EL RESULTADO DE LA MALOCCLUSIÓN? LA RELACIÓN DE CAUSA Y EFECTO NO ES MUY CLARA. EL BRUXISMO PUEDE SER UNA SECUELA DESFAVORABLE DE MORDIDA PROFUNDA. PERO TAMBIÉN SABEMOS QUE EXISTE UN COMPONENTE PSICOGÉNICO, CINESTÉSICO Y NEUROMUSCULAR O AMBIENTAL. LA TENSION NERVIOSA ENCUENTRA UN MECANISMO DE GRATIFICACIÓN EN EL RECHINAMIENTO Y BRUXISMO. LOS INDIVIDUOS NERVIOSOS SON MÁS PROPENSOS A DESGASTARSE, RECHINAR Y FRACTURARSE LOS DIENTES CON MOVIMIENTOS DE BRUXISMO. GENERALMENTE, EL BRUXISMO NOCTURNO NO PUEDE SER DUPLICADO DURANTE LAS HORAS DE VIGILIA. LA MAGNITUD DE LA CONTRACCIÓN ES ENORME Y LOS EFECTOS NOCIVOS SOBRE LA OCLUSIÓN SON OBVIOS.

EL BRUXISMO DAÑA LA OCLUSIÓN Y AUMENTA LA OCLUSIÓN EXISTENTE, SOBRE-MORDIDA PROFUNDA GENERALMENTE ASOCIADA

CON EL HÁBITO DE BRUXISMO, CON EL ÁREA DE ESTÍMULO DE ESTE HÁBITO EN LA REGIÓN DEL CANINO INFERIOR DERECHO. UN NÚMERO SIGNIFICATIVO DE DENTICISMO DECIDUAS MUESTRAN LOS EFECTOS DEL BRUXISMO. LA BRICOMANÍA NO PUEDE SER ESTUDIADA CLÍNICAMENTE, PERO POSIBLEMENTE SE TRATA DE UNA ACTIVIDAD CONCOMITANTE.

BRUXISMO.

LA IMAGEN DEL BRUXISMO ES IGUALMENTE CLARA, EXISTE -- GRAN CORRELACIÓN CLÍNICA ENTRE LA MALOCLUSIÓN Y LA FRECUENCIA DE BRUXISMO O BRICOMANÍA.

LA FALTA DE ARMONÍA OCLUSAL O LA SOBREMORDIDA EXCESIVA CON FRECUENCIA ESTÁN ASOCIADOS CON ESTAS ABERRACIONES-- FUNCIONALES. AUNQUE LA CAUSA PRECISA DEL BRUXISMO Y LA-- BRICOMANÍA ES DESCONOCIDA, SE SABE QUE INCLUYEN DETERMINADOS IMPULSOS SENSORIALES Y PROPIOCEPTIVOS, AL IGUAL QUE -- CON LOS TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. POR LO TANTO, LA MALOCLUSIÓN CON PUNTOS DE CONTACTO PREMATUROS O LA SOBREMORDIDA PROFUNDA ES CAPAZ DE "DISPARAR" ESTE HÁBITO. QUIEN HAYA OÍDO LOS RUIDOS PRODUCIDOS POR EL BRUXISMO PUEDE APRECIAR LA GRAN FUERZA NECESARIA PARA PRODUCIRLOS Y LA NECESIDAD DE ELIMINAR ESTE HÁBITO SI ES POSI

BLE.

OTROS FACTORES SON LA TENSION NERVIOSA Y LA SUPERES--
TRUCTURA DEL INDIVIDUO, QUE ES LA MÁS IMPORTANTE. SIN EM
BARGO UNA OBTURACIÓN "ALTA" O UN DIENTE EN MALA POSICIÓN,-
ASÍ COMO MORDIDA PROFUNDA, CON FRECUENCIA CONTRIBUYEN.
ESTÁN INDICADOS LOS PROCEDIMIENTOS ORTODÓNTICOS Y DE EQUI-
LIBRIO.

CAPÍTULO V

DIAGNÓSTICO DEL BRUXISMO

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 PATOGNOMÓNICOS O DIAGNÓSTICOS.

POR LO GENERAL SE PUEDEN DESCUBRIR LOS CASOS GRAVES-- MEDIANTE LA OBSERVACIÓN CUIDADOSA EN BUSCA DE TALES SIGNOS Y SÍNTOMAS. PUESTO QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES-- CON BRUXISMO NO SE DAN CUENTA DEL HÁBITO, EL INTERROGATORIO CARECE GENERALMENTE DE VALOR. SI SE INFORMA AL PACIENTE SOBRE LA POSIBILIDAD DE ESTE PADECIMIENTO Y SE LE PIDE QUE PREGUNTE A SU FAMILIA O AMIGOS, PUEDE LLEGAR A OBTENERSE UNA HISTORIA POSITIVA.

EN UN GRAN PORCENTAJE DE CASOS ESTE HÁBITO PUEDE PASAR DE LA SUBCONCIENCIA AL NIVEL DE LA CONCIENCIA INDICANDO AL PACIENTE LA POSIBILIDAD DE SU EXISTENCIA. AUNQUE SE HA SUGERIDO QUE TAL INDICACIÓN PUEDE PRECIPITAR ESTE HÁBITO EN LOS PACIENTES QUE AÚN NO LO PRESENTAN, ESTO RE-

SULTA POCO PROBABLE DE ACUERDO CON NUESTROS CONOCIMIENTOS SOBRE EL MECANISMO NEUROMUSCULAR DEL BRUXISMO, Y HASTA LA FECHA NO SE HA DEMOSTRADO QUE TAL DESARROLLO PUEDA OCURRIR.

ES PROBABLE QUE TODOS HEMOS RECHINADO ALGUNA VEZ LOS DIENTES AL ENCONTRARNOS EN ESTADO DE TENSION O DE ESFUERZO. SIN EMBARGO, EL HECHO CARECE DE IMPORTANCIA SI NO APARECEN MANIFESTACIONES DE TRAUMATISMO. EL BRUXISMO PUEDE LLEVAR AL TRAUMA POR OCLUSIÓN CON MANIFESTACIONES EN CUALQUIERA DE LOS NUMEROSOS COMPONENTES DEL SISTEMA MASTICADOR. ASÍ SON POSIBLES TRAUMATISMOS A LAS CORONAS Y RAÍCES DE LOS DIENTES, A LA PULPA, AL PERIODONTO, AL COMPLEJO MASTICADOR NEUROMUSCULAR, PERO EL BRUXISMO SE VUELVE PROBLEMA OCLUSAL IMPORTANTE SOLO CUANDO HAY SIGNOS O SÍNTOMAS (O AMBOS) DE TRAUMA EN EL SISTEMA MASTICATORIO

SIGNOS Y SÍNTOMAS.

PATRONES NO FUNCIONALES DE DESGASTE OCLUSAL. POSIBLEMENTE EL SIGNO DENTAL MAS IMPORTANTE DE BRUXISMO SEAN LOS PATRONES DE DESGASTE OCLUSAL O INCISIVO QUE NO SE ADAPTAN O NO COINCIDEN CON LOS PATRONES DE DESGASTE NORMAL MASTICATORIO O DE DEGLUCIÓN. TALES PATRONES O FACE-

TAS DE DESGASTE SE CONSERVAN FRECUENTEMENTE FUERA DEL LÍMITE NORMAL DE LA FUNCIÓN, EN LA PUNTA INCISIVA DE UN CANINO-SUPERIOR. ESTAS FACETAS DE DESGASTE SON POR LO GENERAL RE DONDEADAS Y ESTÁN COLOCADAS SOBRE LA SUPERFICIE LABIAL DE LA CÚSPIDE EN VEZ DE UNIRSE CON LAS FACETAS LINGUALES DE -- DESGASTE QUE SE FORMAN POR LA MASTICACIÓN. SE PUEDEN OB-- SERVAR TAMBIÉN ESTAS FACETAS SOBRE LOS INCISIVOS Y PREMOLARES SUPERIORES, ASÍ COMO COMO SOBRE OTROS DIENTES. LAS FA CETAS NO FUNCIONALES DE DESGASTE PUEDEN ENCONTRARSE TAN ALE JADAS DEL LÍMITE FUNCIONAL NORMAL QUE RESULTA DOLOROSO PARA EL PACIENTE COLOCAR EL MAXILAR EN UNA POSICIÓN DONDE HAGAN- CONTACTO LAS FACETAS DE LOS DIENTES INFERIORES Y SUPERIORES

EL MECANISMO DEL DESGASTE EXCESIVO ASOCIADO CON EL --- BRUXISMO SE BASE, SEGÚN UHLIG, EN EL AFLOJAMIENTO Y APLASTA MIENTO DE LOS PRISMAS DE ESMALTE ENTRE LAS SUPERFICIES DE-- CONTACTO, LO CUAL PROPORCIONA LAS PARTÍCULAS ÁSPERAS NECESA RIAS PARA EL RÁPIDO DESGASTE DEL ESMALTE. EL EXTENSO DES- GASTE OCLUSAL O INCISIVO (INCLUSO CON PATRÓN NORMAL DE MOVI MIENTOS MAXILARES), EN GENTE QUE SE ALIMENTA CON UNA DIETA- BASTANTE BLANDA, ES OCASIONADO GENERALMENTE POR BRUXISMO,-- ESPECIALMENTE CUANDO SE OBSERVA EN INDIVIDUOS JÓVENES. LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS TIENEN EN GENERAL MUY POCO PODER ABRA- SIVO Y RESULTA MÁS LÓGICO PENSAR QUE EL MARCADO DESGASTE---

OCLUSAL ES RESULTADO DEL CONTACTO ENTRE LOS DIENTES, QUE - DEL CONTACTO DE LOS DIENTES CON EL ALIMENTO, INCLUSO TOMAN DO EN CUENTA LOS CONTACTOS DURANTE MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN

EL BRUXISMO COMBINADO CON REGURGITACIÓN NERVIOSA DEL- CONTENIDO ÁCIDO DEL ESTÓMAGO PUEDE DAR LUGAR A EROSIÓN DEL ESMALTE LINGUAL INCISIVO SUMAMENTE RÁPIDO. PUESTO QUE -- TANTO EL BRUXISMO COMO LA REGURGITACIÓN HABITUAL PUEDEN -- SER RESULTADO DE TENSIÓN NERVIOSA, PUEDE OBSERVARSE EN OCA SIONES LA APARICIÓN CONCOMITANTE DE ESTOS DOS TRASTORNOS. NO SE CONOCE LA CAUSA DE LA FORMACIÓN DE "COPAS" EN LA DEN TINA PUESTA AL DESCUBIERTO POR EL DESGASTE EN LOS CASOS -- GRAVES DE BRUXISMO.

EL PATRÓN DE DESGASTE DEL BRUXISMO DE LARGA DURACIÓN- ES CON FRECUENCIA MUY IRREGULAR Y GENERALMENTE MÁS INTENSO SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES QUE SOBRE LOS POSTERIORES EN LA DENTICIÓN NATURAL. EN LOS PACIENTES CON PRÓTESIS DE-- DESGASTE PUEDE SER MÁS MARCADO SOBRE LOS DIENTES POSTERIO- RES QUE SOBRE LOS ANTERIORES, PUESTO QUE LA ESTABILIDAD DE LA DENTADURA PERMITE UNA MAYOR PRESIÓN EN LAS REGIONES POS TERIORES.

FRACTURAS IMPREVISTAS DE DIENTES O RESTAURACIONES.

EL ASTILLAMIENTO O FRACTURA DE LOS DIENTES CONSTITUYE OTRO SIGNO DENTAL DE BRUXISMO.

LAS FRACTURAS PUEDEN PRESENTARSE EN LOS DIENTES INTACTOS, PERO OCURREN PRINCIPALMENTE EN ASOCIACIÓN CON DESGASTE OCLUSAL DE LA FOSA CENTRAL DE RESTAURACIONES BLANDAS,-- DEJANDO PUNTAS CUSPÍDEAS 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 SU MAMENTE FORZADA DE LOS MAXILARES.

POR EJEMPLO, EL APÓSITO QUIRÚRGICO, EMPLEADO DESPUÉS-- DE LA GINGIVECTOMÍA, CON FRECUENCIA SE ROMPE DURANTE LA NO CHE POR LOS CONTACTOS OCLUSALES EN LOS MOVIMIENTOS DEL --- BRUXISMO, DEBIENDO EXAMINARSE DICHAS CURACIONES PARA VER -- SI HAY LIBERTAD DE CONTACTO, TANTO EN LAS RELACIONES MASTI CATORIAS COMO EXTREMASTICATORIAS.

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 --
SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL O EN AUSENCIA DEL MISMO

HIRT Y MUHLEMANN DEMOSTRARON QUE LOS DIENTES DE PA---
CIENTES CON BRUXISMO NOCTURNO TIENEN UN GRADO DE MOVILIDAD
APREMIABLEMENTE MÁS ELEVADO POR LA MAÑANA QUE DURANTE EL--
RESTO DEL DÍA. ESTOS DIENTES PRESENTAN CON FRECUENCIA UN
SONIDO SORDO A LA PERCUSIÓN Y PUEDEN DOLER CUANDO EL PA---
CIENTE MUERDE CON ELLOS, ESPECIALMENTE POR LA MAÑANA.

PUEDA EXISTIR EN EL BRUXISMO HIPERENCIA PULPAR CON HI
PERSENSIBILIDAD, ESPECIALMENTE AL FRÍO. EN ALGUNAS OCA--
SIONES EL BRUXISMO GRAVE PUEDE TAMBIÉN OCASIONAR NECROSIS-
DE LA PULPA.

AUMENTO DE TONO E HIPERTROFIA DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES

EL AUMENTO DEL TONO MUSCULAR QUE SE MANIFIESTA COMO -
UNA RESISTENCIA INCONTROLABLE A LOS INTENTOS QUE EFECTÚA--
EL DENTISTA PARA LLEVAR AL MAXILAR DEL PACIENTE HACIA LA -
RELACIÓN CÉNTRICA ES MUY COMÚN EN LOS PACIENTES CON BRUXIS
MO. CON FRECUENCIA EXISTE HIPERTROFIA UNILATERAL O BILA-
TERAL DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES, ESPECIALMENTE DE LOS -
MASETEROS. LA HIPERTROFIA UNILATERAL DEL MASETERO SE CON

FUNDE EN OCASIONES CON TUMOR DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA. LA HIPERTROFIA E HIPERFUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS MASETEROS PUEDE INFLUENCIAR EL DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR DURANTE EL CRECIMIENTO Y DAR LUGAR A MARCADA ASIMETRÍA FACIAL.

ADOLORIMIENTO DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

EN OCASIONES LOS MÚSCULOS MASTICADORES SON SENSIBLES A LA PALPACIÓN EN LOS PACIENTES CON BRUXISMO. LOS PUNTOS SENSIBLES SON MÁS COMUNES A LO LARGO DEL BORDE ANTERIOR E INFERIOR DEL MASETERO Y EL PTERIGOIDEO INTERNO, PERO PUEDEN TAMBIÉN ENCONTRARSE EN LA REGIÓN TEMPORAL. EN OCASIONES LOS PACIENTES CON BRUXISMO SE QUEJAN DE UNA SENSACIÓN DE CANSANCIO EN LOS MAXILARES AL DESPERTAR POR LA MAÑANA, O BIEN EXPERIMENTAN UNA "TRABAZÓN" DEL MAXILAR, TENIENDO QUE DAR MASAJE A LOS MÚSCULOS MASETERO Y TEMPORAL ANTES DE PODER ABRIRLO.

LOS PACIENTES CON HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS MAXILARES Y BRUXISMO PUEDEN MORDERSE EL CARRILLO, LOS LABIOS O LA LENGUA ACCIDENTALMENTE A CONSECUENCIA DE LA CONTRACCIÓN VIOLENTA DE DICHOS MÚSCULOS. EN OCASIONES SE ASOCIAN CON LA TENSIÓN MUSCULAR ANORMAL CEFÁLEAS DEL TIPO DE CEFÁLEA EMOCIONAL O POR TENSIÓN.

INCOMODIDAD Y DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

LOS PACIENTES CON INCOMODIDAD Y DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR DE ORIGEN TRAUMÁTICO GENERALMENTE RECHINAN SUS DIENTES.

EXOSTOSIS DE LOS MAXILARES.

LAS EXOSTOSIS DE LOS MAXILARES PUEDEN SER OCASIONADAS POR BRUXISMO. ESTAS NEOFORMACIONES ÓSEAS TIENDEN A RECIDIVAR SI EL BRUXISMO CONTINÚA DESPUÉS DE SU EXTIRPACIÓN.

SONIDOS OCLUSALES AUDIBLES DE TRITURACIÓN NO FUNCIONAL.

EL SONIDO AUDIBLE EN EL BRUXISMO ES POR SUPUESTO UN SIGNO DIAGNÓSTICO CUANDO DICHA MANIFESTACIÓN SE PUEDE APRECIAR DIRECTAMENTE O REGISTRAR CON UNA GRABADORA DURANTE EL SUEÑO. EN MUCHOS CASOS EL PACIENTE ACUDE A LA CONSULTA-- DEBIDO A QUE EL RECHINAMIENTO DE LOS DIENTES, DURANTE EPISODIOS NOCTURNOS DE BRUXISMO, HACEN DESPERTAR AL CÓNYUGE O ALGUNA PERSONA CON QUIEN SE COMPARTE LA HABITACIÓN.

SEGÚN UHLIG, LA AUDIBILIDAD DEL BRUXISMO ES DETERMINADA POR LA FRICCIÓN ENTRE LOS DIENTES, EL ÁREA SOBRE LA CUAL SE LLEVA A CABO, Y LA FUERZA CON QUE SE EFECTÚA. DICHO AUTOR OBSERVÓ TAMBIÉN QUE EN 90% DE LOS PACIENTES CON BRUXISMO NO EXISTÍAN ANTECEDENTES DE SONIDOS AUDIBLES ASOCIADOS CON EL BRUXISMO. TODAS LAS INVESTIGACIONES SOBRE-

LA FRECUENCIA DEL BRUXISMO HACEN NOTAR LA IMPORTANCIA DE ADVERTIR AL PACIENTE SOBRE LA POSIBLE TENDENCIA AL BRUXISMO Y SUGERIRLE QUE SOLICITE INFORMACIÓN SOBRE SU CASO A SUS FAMILIARES, AMIGOS O COMPAÑEROS DE TRABAJO.

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.
- 4.- HIPERTROFIA COMPENSADORA DE LOS MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN, ESPECIALMENTE EL MASETERO.
- 5.- MOVILIDAD AUMENTADA DE LOS DIENTES.
- 6.- SONIDO APAGADO A LA PERCUSIÓN DE LOS DIENTES.
- 7.- SENSACIÓN DE CANSANCIO DE LOS MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN AL DESPERTAR EN LAS MAÑANAS.
- 8.- TRABA DE LA MANDÍBULA Y UNA TENDENCIA A MORDERSE-LOS LABIOS, LENGUA Y CARRILLOS.
- 9.- MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN ADOLORIDOS A LA PALPACIÓN
- 10.- DOLOR O MOLESTIAS EN LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES.
- 11.- SENSIBILIDAD DE LOS DIENTES AL ESTRESS MASTICATORIO.

12.- SENSIBILIDAD PULPAR AL FRÍO.

13.- SONIDOS PERCEPTIBLES DEL BRUXISMO.

FRECUENCIA DEL BRUXISMO.

CON FRECUENCIA ES DIFÍCIL LOGRAR UN DIAGNÓSTICO PRECISO DE BRUXISMO DEBIDO AL NIVEL SUBCONSCIENTE DEL HÁBITO;--- POR LO TANTO, LAS CIFRAS EN LA LITERATURA QUE INDICAN LA -- FRECUENCIA DEL BRUXISMO SON SUMAMENTE VARIADAS. LAS INVES TIGACIONES MÁS CUIDADOSAMENTE LLEVADAS A CABO EN PACIENTES-- CON ENFERMEDAD PERIODONTAL INDICAN QUE UN ELEVADO PORCENTA-- JE PADECEN BRUXISMO. BUNDGAARD-JORGENSEN ENCONTRÓ BRUXIS-- MO EN EL 88% DE 496 PACIENTES EXAMINADOS EN SU CONSULTORIO. OTRAS CIFRAS DE FRECUENCIA VARIÁN ENTRE EL 20 Y 80%, DEPEN-- DIENDO DE LOS MÉTODOS DE EXAMEN Y DEL CRITERIO UTILIZADO PA-- RA EL DIAGNÓSTICO. DADO QUE SOLO EL 8% DE DOS PACIENTES -- DE BUNDGAAR-JORGENSEN PRESENTARON BRUXISMO AUDIBLE, LA CI-- FRA DE FRECUENCIA OBTENIDA EN SUS PACIENTES HUBIERA RESULTA-- DO MUY BAJA SI EL SONIDO DEL BRUXISMO HUBIERA SIDO EL ÚNICO CRITERIO UTILIZADO.

PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO.

LA INCOMODIDAD POR INTERFERENCIA OCLUSAL O EL DOLOR TAM-- BIEN PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. CON FRE-- CUENCIA SE ESCUCHA DECIR A LOS PACIENTES: "ESTA NUEVA OBTURA-- CION ME ESTÁ VOLVIENDO LOCO". EN ESTE CASO EXISTE UN DES--

CENSO DEL UMBRAL DE IRRITABILIDAD DE LAS NEURONAS QUE INTERVIENEN EN LOS MOVIMIENTOS REFLEJOS DEL MAXILAR, ASÍ COMO AUMENTO DEL TONO MUSCULAR POR ESTÍMULO DIRECTO DEL SISTEMA NERVIOSO FUSOMOTOR. EL EXCESO DE FATIGA Y EL DOLOR SUBSECUENTE A CONTRACCIONES SOSTENIDAS DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR DISMINUIRÁN TAMBIÉN EL UMBRAL DE IRRITABILIDAD EN LAS NEURONAS QUE CONTROLAN LA ACTIVIDAD REFLEJA Y FORMARÁN PARTE DE UN MECANISMO DE "RETROALIMENTACIÓN". ESTE CICLO VICIOSO DE INCREMENTO AUTOPERPETUANTE DE LA TENSIÓN MUSCULAR RELACIONADO CON LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DE LOS DIENTES, PERIODONTO, OTROS TEJIDOS BUCALES, ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES Y MÚSCULOS MASTICADORES ES LA BASE DEL BRUXISMO EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA O EMOCIONAL. EL ESTADO HIPERTÓNICO Y EN OCASIONES DOLOROSO DE LOS MÚSCULOS MAXILARES EN EL BRUXISMO ES DE LA MISMA NATURALEZA QUE LAS MIGRAJAS PROFESIONALES EN LOS MÚSCULOS DE LOS BRAZOS Y EL CUELLO DE LAS MECANOGRÁFAS BAJO TENSIÓN MENTAL, O DE LAS MIGRAJAS POSTURALES QUE SE MANIFIESTAN COMO DOLOR DE ESPALDA EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA CON ANOMALÍAS POSTURALES.

RELACIÓN CÉNTRICA Y OCLUSIÓN CÉNTRICA.

PUESTO QUE SE HA ENCONTRADO QUE EL FACTOR DESENCADENANTE MÁS COMÚN DEL BRUXISMO ES UNA DISCREPANCIA ENTRE RELACIÓN CÉNTRICA Y OCLUSIÓN CÉNTRICA, RESULTA ESENCIAL LOCALIZAR DICHA DISCREPANCIA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS. SIN EMBARGO, EL AUMENTO DE TONO EN LOS MÚSCULOS MAS-

TICADORES HACE MUY DIFÍCIL, SI NO ES QUE IMPOSIBLE, LA LOCALIZACIÓN DE INTERFERENCIAS OCLUSALES EN LA EXCURSIÓN RETRUSIVA. SE TIENEN QUE UTILIZAR DIVERSAS FERULAS DE ACRÍLICO O PLACAS DE MORDIDA PARA INDUCIR LA RELAJACIÓN MUSCULAR ANTES DE PODER DIAGNOSTICAR LA DISARMONÍA OCLUSAL. SE PUEDE LOGRAR RELAJACIÓN MUSCULAR NECESARIA MEDIANTE PSICOTERAPIA O UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES, EN CASO DE-- QUE NO SE CONSIDERE PELIGROSO EL EMPLEO DE ESTOS ÚLTIMOS.

ADEMÁS DE LA DISCREPANCIA ENTRE OCLUSIÓN CÉNTRICA Y RELAJACIÓN CÉNTRICA, TAMBIÉN PUEDEN DESENCADENAR BRUXISMO LAS-- INTERFERENCIAS EN EL LADO DE TRABAJO O EN EL LADO DE BALANCEO. POR OTRA PARTE, ALGUNOS FACTORES LOCALES, ADEMÁS DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES, PUEDEN CONTRIBUIR A LA HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR E INICIAR MOVIMIENTOS ANORMALES. ENTRE DICHS FACTORES ENCONTRAMOS COLGAJOS GINGIVALES DE UN TERCER MOLAR, HIPERPLASIA GINGIVAL, CUALQUIER TIPO DE PADECIMIENTO PERIODONTAL CON DOLOR, IRREGULARIDADES EN LA SUPERFICIE DE LOS LABIOS, LOS CARRILLOS Y LA LENGUA,-- Y DOLOR O MOLESTIAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPORONAXILAR Y LOS MÚSCULOS MAXILARES.

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO

EL BRUXISMO ES DE GRAN IMPORTANCIA CLÍNICA EN LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO. RESULTA ESENCIAL PARA EL TRATAMIENTO CON ÉXITO DE CUALQUIER TRASTORNO DE NATURALEZA DISFUNCIONAL RECONOCER LOS FACTORES ETIOLÓGICOS MEDIANTE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, ASÍ COMO ELIMINAR LOS FACTORES CAUSALES. LA COMPLEJIDAD DE LA ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO Y LOS PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS QUE YA HEMOS SEÑALADO PERMITEN COMPRENDER EL ESTADO ACTUAL DE CONFUSIÓN Y CONTROVERSIA QUE EXISTE ACERCA DEL TRATAMIENTO DEL BRUXISMO.

DEBIDO A LA FALTA DE UN CRITERIO DIAGNÓSTICO CONCLUYENTE RESULTA TAMBIÉN MUY DIFÍCIL COMPROBAR SATISFACTORIAMENTE SI EL PADECIMIENTO HA SIDO ELIMINADO MEDIANTE UN TRATAMIENTO DADO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO Y PRÁCTICO EL BRUXISMO DEBE SER REDUCIDO POR DEBAJO DE UN NIVEL EN EL CUAL SEA CAPAZ DE PRODUCIR DAÑO APRECIABLE A LOS DIENTES, EL PERIODONTO O CUALQUIER OTRA PARTE DEL APARATO MASTICADOR.

ESTE RESULTADO NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE EL INDIVIDUO NUNCA RECHINARÁ SUS DIENTES, SINO QUE INDICA QUE SE HA ROTO EL CICLO VICIOSO ENTRE EL BRUXISMO HABITUAL Y EL AUMENTO DE TENSION MUSCULAR (EL MECANISMO NEUROMUSCULAR DE "RETROALIMENTACIÓN") Y QUE SE HA ELIMINADO EL BRUXISMO COMO HÁBITO PERNICIOSO.

DADO QUE EL BRUXISMO TIENE UNA DOBLE ETIOLOGÍA QUE INCLUYE FACTORES OCLUSALES LOCALES Y FACTORES PSÍQUICOS, EL TRATAMIENTO RACIONAL DEBE INCLUIR LA ELIMINACIÓN DE AMBOS FACTORES. Y DADO QUE SE NECESITA LA PRESENCIA DE AMBOS TIPOS DE FACTORES PARA QUE SE INICIE EL BRUXISMO, ESTE HÁBITO DISFUNCIONAL PUEDE SER ELIMINADO POR TERAPÉUTICA LOCAL O PSICOTERAPIA. SE HA DEMOSTRADO QUE ESTO ES CIERTO EN EL BRUXISMO EXCÉNTRICO, PERO NO ESTÁ IGUALMENTE CLARO SI EL TRATAMIENTO LOCAL TIENE LA MISMA IMPORTANCIA EN LA ELIMINACIÓN DEL BRUXISMO CÉNTRICO O APRETAMIENTO COMO LO TIENE LA PSICOTERAPIA.

TERAPÉUTICA ASOCIADA PSICOTERAPIA.

SE HA SUGERIDO, Y EN OCASIONES EMPLEADO CON ÉXITO, LA PSICOTERAPIA ENCAMINADA A DISMINUIR LA TENSION PSÍQUICA O EMOCIONAL DEL PACIENTE. SIN EMBARGO, VARIOS PACIENTES CON BRUXISMO HAN DESARROLLADO TRASTORNOS PSÍQUICOS O EMOCIONALES DE TAL PROFUNDIDAD QUE EL DENTISTA NO ESTÁ CAPACITADO--

PARA EVALUAR O TRATARLOS. POR LO TANTO, EL DENTISTA DEBE SER MUY CUIDADOSO PARA NO EMPRENDER NINGÚN TIPO DE PSICOTERAPIA MÁS DE LO QUE ESTÁ GENERALMENTE ACONSEJADO. SE HAN PRESENTADO SUICIDIOS DURANTE EL PERÍODO DE TRATAMIENTO DEL BRUXISMO. BUNDGAARD-JORGENSEN COMUNICÓ TRES SUICIDIOS EN UN GRUPO DE 50 PACIENTES ADULTOS QUE ESTABAN SIENDO TRATADOS DE BRUXISMO. VEINTE DE ESTOS 50 PACIENTES RECURRIERON AL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y LA MITAD DE ELLOS FUERON TRATADOS CON ÉXITO. SE HA RECOMENDADO TAMBIÉN EL PSICOANÁLISIS PARA LOS PACIENTES CON BRUXISMO.

NO HAY DUDA QUE LA PSICOTERAPIA ADECUADAMENTE EFECTUADA PUEDE REDUCIR LA TENSIÓN Y ELIMINAR, POR LO MENOS TEMPORALMENTE EL BRUXISMO. SIN EMBARGO, ES ESTA UNA TERAPÉUTICA COMPLEJA Y QUE LLEVA BASTANTE TIEMPO, DEBIENDO QUEDAR RESERVADA PARA LOS PACIENTES QUE VERDADERAMENTE NECESITEN DICHO TRATAMIENTO. A ESTOS PACIENTES SE LES DEBE INDICAR -- CON FIRMEZA QUE NECESITAN CONSULTAR A ALGUIEN QUE ESTÉ MEJOR CAPACITADO QUE SU DENTISTA PARA AYUDARLOS CON ESTE TIPO DE PROBLEMAS. PROBABLEMENTE MENOS DEL 1% DE TODOS LOS INDIVIDUOS CON BRUXISMO NECESITAN PSICOTERAPIA, PERO EL DENTISTA PUEDE EVITARSE, A SÍ MISMO Y AL PACIENTE, MOLESTIAS INNECESARIAS SI DURANTE LA EXPLORACIÓN Y LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS ES CAPAZ DE IDENTIFICAR A TALES PACIENTES.

LA INMENSA MAYORÍA DE PACIENTES CON BRUXISMO NO NECESITAN PSICOTERAPIA COMPLICADA. POR LO TANTO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DICHA TERAPÉUTICA RESULTA POCO PRÁCTICA Y DE DUDOSO VALOR, PUESTO QUE UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES -- PUEDEN SER AYUDADOS MEDIANTE LAS SENCILLAS RECOMENDACIONES DEL DENTISTA. SE DEBE INTENTAR EXPLICAR AL PACIENTE LA -- RELACIÓN ENTRE EL BRUXISMO Y SU TENSIÓN NERVIOSA O EMOCIONAL. LA IDEA DE QUE EL BRUXISMO ES UNA VÍA DE ESCAPE PARA LA TENSIÓN NERVIOSA GENERALMENTE ES RECHAZADA VEHEMENTEMENTE POR EL PACIENTE, Y NUNCA DEBE CONTRADECÍRSELE. SIN EMBARGO, CUANDO EL PACIENTE HA TENIDO TIEMPO Y OPORTUNIDAD DE PENSARLO, GENERALMENTE ACEPTA 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 SUS PROBLEMAS. EL DENTISTA DEBE SER PRECAVIDO PARA NO IR A PROFUNDIR DEMASIADO EN LOS PROBLEMAS EMOCIONALES DEL PACIENTE, DADO QUE ESTO PUEDE AGRAVAR LA INESTABILIDAD DEL INDIVIDUO PSICONEURÓTICO. EL TRATAMIENTO MEDICO SISTEMÁTICO (PARADISMINUIR LA TENSIÓN PSÍQUICA Y DE ESTA MANERA REDUCIR ELBRUXISMO) PUEDE RESULTAR TEMPORALMENTE EFECTIVO, PERO NO -- ES ACONSEJABLE. LOS MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES PUEDENALIVIAR TRANSISTORIAMENTE LA TENSIÓN MUSCULAR Y BAJAR EL-- UMBRAL DE LA RESPUESTA NEUROMUSCULAR A LA INTERFERENCIA -- OCLUSAL LO SUFICIENTE PARA HACER CESAR EL BRUXISMO, PERO--

TAN PRONTO COMO SE INTERRUMPA LA MEDICACIÓN, EL BRUXISMO SE REINSTAURARÁ. ADEMÁS, LOS PACIENTES CON BRUXISMO PUEDEN TENER PROBLEMAS PSÍQUICOS QUE LOS HAGAN ACEPTAR LOS TRANQUILIZANTES COMO UN MEDIO DE ESCAPAR A LA TENSIÓN, LO CUAL PUEDE PREDISPONERLO A LA ADICCIÓN. EL ÚNICO USO PERMISIBLE (AUNQUE NO ACONSEJABLE) PARA EL EMPLEO DE TALES MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON BRUXISMO ES CON EL PROPÓSITO DE ELIMINAR TEMPORALMENTE LOS ESPASMOS MUSCULARES DOLOROSOS A FIN DE DARLE OPORTUNIDAD AL DENTISTA DE DIAGNOSTICAR Y ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES.

AUTOSUGESTIÓN E HIPNOSIS.

LA AUTOSUGESTIÓN HA SIDO UNA TERAPÉUTICA FAVORITA PARA EL BRUXISMO DURANTE MUCHOS AÑOS Y ES RECOMENDADA POR MUCHOS ACTORES. SI LOS FACTORES DESENCADENANTES DEL BRUXISMO PERMANECEN DESCONOCIDOS Y SIN TRATAMIENTO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA AUTOSUGESTIÓN SERÁ DE POCO O ESCASO VALOR A MENOS--QUE SE EFECTÚE LA SUBSTITUCIÓN CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL BRUXISMO POR OTRO HÁBITO. RECIENTEMENTE SE HA RECOMENDADO LA HIPNOSIS COMO UN MEDIO PARA ROMPER EL HÁBITO DEL BRUXISMO SIN EMBARGO, ESTE TIPO DE TRATAMIENTO PUEDE RESULTAR PELIGROSO BAJO CIERTAS CONDICIONES. SI TANTO LA TENSIÓN PSÍQUICA--COMO EL FACTOR IRRITATIVO OCLUSAL PARA EL BRUXISMO SON DEJADOS SIN TRATAMIENTO, Y AL PACIENTE SE LE IMPIDE MEDIANTE SUGESTIÓN POSHIPNÓTICA UTILIZAR ESTA VÍA DE ESCAPE PARA SU TEN

SIÓN EMOCIONAL, ES CONCEBIBLE QUE PUEDA PRECIPITARSE UNA ---
REACCIÓN PSICONEURÓTICA GRAVE. TAL REACCIÓN PUEDE SEGUIR A
LA FRUSTRACIÓN DE TOCAR LOS PUNTOS OCLUSALES DESENCADENANTES
SIN PERMITIR QUE SE ESTABLEZCA DESPUÉS LA REACCIÓN MUSCULAR.
EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA SUGESTIÓN POSHIPNÓTICA SERÁ SU
PERADA RÁPIDAMENTE Y EL PACIENTE VOLVERÁ A REASUMIR SU BRUXISMO
MO SIN UNA REACCIÓN PSÍQUICA GRAVE.

EJERCICIOS RELAJANTES Y FISIOTERAPIA.

LOS EJERCICIOS RELAJANTES, TANTO LOCALES COMO GENERALES
PUEDEN SERVIR PARA HACER DISMINUIR LA TENSIÓN MUSCULAR Y EL-
BRUXISMO. SE HA RECOMENDADO PARA PACIENTES CON BRUXISMO EL
EJERCICIO POSTURAL, CON FRECUENCIA RELACIONADO CON EL SISTE-
MA MENSENDIECK. OTROS AUTORES HAN RECOMENDADO EJERCICIOS--
LOCALES DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES. AUNQUE ESTOS EJERCICI-
OS PUEDEÑ ELIMINAR TEMPORALMENTE LA MOLESTIA DE LA TENSIÓN
MUSCULAR ASOCIADA AL BRUXISMO, ESTO REPRESENTA UN TRATAMIE-
TO ENCAMINADO A ALIVIAR LOS SÍNTOMAS MÁS QUE A ELIMINAR LA--
CAUSA, Y EL BRUXISMO RETORNARÁ EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE--
LA TENSIÓN PSÍQUICA HAGA DESCENDER NUEVAMENTE LA TOLERANCIA-
PARA LA DISARMONÍA OCLUSAL POR DEBAJO DEL NIVEL DEL BRUXISMO
EJERCICIOS, MASAJE, CALOR Y OTRAS FORMAS DE FISIOTERAPIA PRO
PORCIONARÁN EL MISMO ALIVIO PARA EL BRUXISMO QUE PARA LAS --
MIALGIAS POSTURALES Y DE OTRA NATURALEZA, PERO DADO QUE NO -
CURA EL PADECIMIENTO DEBERÁN SER UTILIZADOS ÚNICAMENTE EN --
APOYO DE OTRAS FORMAS DE TERAPÉUTICA.

ELIMINACIÓN DEL DOLOR Y LA INCOMODIDAD BUCAL.

LA ELIMINACIÓN DEL DOLOR Y DE LA INCOMODIDAD BUCAL ASOCIADOS CON LA ENFERMEDAD PERIODONTAL O CONDICIONES PATOLÓGICAS DE LABIOS, CARRILLOS Y LENGUA, ASÍ COMO DEL 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 DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

TERAPÉUTICA OCLUSAL.

AJUSTE OCLUSAL.

A PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO, KAROLYI RECOMENDÓ LA TERAPÉUTICA OCLUSAL EN FORMA DE AJUSTE OCLUSAL, CORONAS DE ORO SOBRE LOS MOLARES PARA LA ELEVACIÓN DE LA MORDIDA, Y FÉRULAS DE VULCANITA CUBRIENDO LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE TODOS LOS DIENTES. EN PRINCIPIO SON ESTOS TODAVÍA LOS MEJORES MÉTODOS PARA EL TRATAMIENTO DEL BRUXISMO, AUNQUE DESDE ENTONCES SE HAN INTRODUCIDO MUCHAS VARIANTES Y MEJORAMIENTOS DE LAS TÉCNICAS.

LA ELIMINACIÓN DE LAS ÁREAS DESENCADENANTES OCLUSALES (INTERFERENCIAS OCLUSALES) ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN, POR LO MENOS POR LO QUE RESPECTA AL DENTISTA. LOS ESTUDIOS CLÍNICOS Y ELECTROMIOGRÁFICOS COMBINADOS HAN DEMOSTRADO TAMBIÉN QUE EL BRUXISMO PUEDE SER ELIMINADO POR MEDIO DEL AJUSTE OCLUSAL PRECISO O, POR LO MENOS, CONTROLADO MÁS ALLÁ DEL-

ESTADO EN QUE CONSTITUYE UN PROBLEMA QUE PUEDE SER RECONODI
DO CLÍNICAMENTE. ESTA TERAPÉUTICA DEPENDE POR SUPUESTO DE
LA PRESENCIA DE UN NÚMERO ADECUADO DE DIENTES OCLUYENTES---
CON BUEN APOYO PERIODONTAL POR MEDIO DE LOS CUALES SERÁ PO-
SIBLE LOGRAR UNA OCLUSIÓN ESTABLE Y BIEN EQUILIBRADA DES---
PUES DE AJUSTE. UNOS 75 PACIENTES HAN SIDO OBSERVADOS POR
PERÍODOS HASTA DE 5 AÑOS, Y LOS RESULTADOS HAN VENIDO A CON
FIRMAR LAS CONCLUSIONES DE LAS OBSERVACIONES PREVIAMENTE PU
BLICADAS. ALGUNOS DE LOS PACIENTES HAN EXPERIMENTADO RE--
CAIDAS PASAJERAS DE BRUXISMO DEBIDO A QUE SE VOLVIÓ A PRÉ--
SENTAR INTERFERENCIA OCLUSAL EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CO-
MO RESULTADO DE NUEVAS RESTAURACIONES DENTALES. UN AJUSTE
OCLUSAL MENOR VOLVIÓ A ALIVIAR SU BRUXISMO..

AUNQUE EL AJUSTE OCLUSAL PARECE SER UN TRATAMIENTO FÁ-
CIL DEL BRUXISMO, EN MUCHAS OCASIONES TOMA BASTANTE TIEMPO-
Y ES DIFÍCIL DE EFECTUARLO AL GRADO DE PERFECCIÓN NECESARIO
PARA ELIMINAR TODAS LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE PUEDEN
DESENCADENAR EL PADECIMIENTO. AÚN MÁS DIFÍCIL Y EN OCASIO
NES IMPOSIBLE ES LOGRAR RELACIONES OCLUSALES ESTABLES DES--
PUÉS DE LA ELIMINACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS.

EL ALTO GRADO DE TONO MUSCULAR QUE SE ENCUENTRA COMÚN-
MENTE EN PACIENTES CON BRUXISMO HACE CON FRECUENCIA SUMAMEN
TE DIFÍCIL, Y EN OCASIONES IMPOSIBLE, LOGRAR EL RELAJAMIENT
O COMPLETO DE LOS MÚSCULOS DE LOS MAXILARES, NECESARIO PA-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RA LA LOCALIZACIÓN DE LA RELACIÓN CÉNTRICA O DE LA POSICIÓN DE BISAGRA ESTACIONARIA DEL MAXILAR INFERIOR. ES COMÚN EN CONTRAR QUE LO QUE POR ERROR SE TOMÓ COMO RELACIÓN CÉNTRICA EN LA PRIMERA SESIÓN DE UN AJUSTE OCLUSAL HA CAMBIADO VARIAS VECES DURANTE LOS POSTERIORES AJUSTES. ESTOS CAMBIOS APARENTES DE LA RELACIÓN CÉNTRICA SE SIGUEN PRESENTANDO HASTA QUE SEA POSIBLE LOCALIZAR UNA POSICIÓN TERMINAL DE BISAGRA ESTABLE DESPUÉS DE LA ELIMINACIÓN DE LA MAYORÍA DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES O MEDIANTE EL EMPLEO DE UNA PLACA DE MORDIDA DE ACRÍLICO.

SE DEBE EFECTUAR UN AJUSTE OCLUSAL COMPLETO COMO SE -- DESCRIBE. EL NIVEL DE PERCEPCIÓN DE INTERFERENCIAS OCLUSALES EN LOS PACIENTES CON BRUXISMO ES AL PARECER MÁS SUTIL -- QUE LOS 0.02mm DE LOS INDIVIDUOS PROMEDIO. APENAS SI SE -- PUEDE TOCAR UN ÁREA DE CONTACTO OCLUSAL CON UNA PIEDRA FINA ANTES QUE UN PACIENTE DE ESTE TIPO NOTE LA DIFERENCIA. AUN -- QUE ES DE IMPORTANCIA ESENCIAL LOGRAR UNA RELACIÓN CÉNTRICA ESTABLE, ES TAMBIÉN IMPORTANTE NO DEJAR CONTACTOS PREMATU-- ROS O INTERFERENCIAS OCLUSALES ENTRE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA. UNA RELACIÓN CÉNTRICA DISPAREJA DE-- CONTACTO EN CIERRE, DESDE LA POSICIÓN DE REPOSO HASTA EL -- CONTACTO OCLUSAL (POSICIÓN CÉNTRICA), ACTÚA FRECUENTEMENTE-- COMO DESENCADENANTE PARA EL APRETAMIENTO O PEQUEÑOS MOVI--- MIENTOS DE BRUXISMO. ESTA LIGERA INESTABILIDAD OCLUSAL EN EL CIERRE HABITUAL ES MEJOR DESCUBIERTA CUANDO EL PACIENTE--

JUNTA LIGERAMENTE SUS DIENTES MIENTRAS SE ENCUENTRA SENTADO EN POSICIÓN ERECTA SIN APOYAR LA CABEZA.

SE DEBE TAMBIÉN PROCURAR LOCALIZAR Y ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS EN EL LADO DE BALANCEO. MUCHOS PACIENTES CON BRUXISMO MUEVEN SU MAXILAR FUERA DEL LIMITE MASTICATORIO NORMAL EN BUSCA DE INTERFERENCIAS OCLUSALES. POR LO TANTO EL AJUSTE DEBE SER LLEVADO MÁS ALLÁ DEL CAMPO DE LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES NORMALES. SE DEBE ELIMINAR CUIDADOSAMENTE CUALQUIER SALIENTE SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES COLOCADO ENTRE LAS FACETAS DE BRUXISMO, DADO QUE PUEDE ACTUAR COMO DESENCADENANTE DE ESTE PADECIMIENTO. GENERALMENTE SE NECESITAN VARIAS SESIONES DE AJUSTE OCLUSAL PARA ELIMINAR EL BRUXISMO, AÚN CUANDO SEA REALIZADO POR EL OPERADOR MÁS EXPERIMENTADO.

PLACAS Y FÉRULAS PARA MORDIDA.

DIVERSOS TIPOS DE PLACAS PARA MORDIDA Y FÉRULAS OCLUSAS HAN SIDO RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL BRUXISMO DESDE QUE KAROLYI INTRODUJO LAS FÉRULAS OCLUSALES DE VULCANITA. LAS INDICACIONES DE DICHAS PLACAS Y FÉRULAS HAN SIDO:

- 1.- FRENAR EL BRUXISMO POR LA ELIMINACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES.
- 2.- DEJAR QUE EL PACIENTE FROTE LOS DIENTES CONTRA EL ACRÍLICO, O BIEN 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. LOS TÉRMINOS "PLACAS PARA MORDIDA" Y "FÉRULAS OCLUSALES" CON FRECUENCIA SE USAN INDISTINTAMENTE, PERO EL TÉRMINO "PLACA PARA MORDIDA" DEBE EMPLEARSE SOLAMENTE PARA LOS DISPOSITIVOS DE TIPO HAWLEY Y EL DE "FÉRULA OCLUSAL" PARA LOS QUE SUJETAN Y MANTIENEN UNIDOS VARIOS DIENTES.

LOS PRINCIPALES REQUISITOS PARA AMBOS TIPOS DE DISPOSITIVOS SON QUE DEBEN:

- 1.- ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES CON UN MÍNIMO DE ABERTURA DE LA MORDIDA, Y
- 2.- MANTENER UNA POSICIÓN ESTABLE DE LOS DIENTES MIENTRAS SE ESTÉ EMPLEANDO EL DISPOSITIVO.

INTENTAREMOS DESCRIBIR Y VALORAR LOS DIFERENTES TIPOS DE FÉRULAS Y PLACAS DE MORDIDA SOBRE LA BASE DE COMO SATISFACEN ESTOS REQUISITOS.

PLACAS PARA MORDIDA.

LAS PLACAS PARA MORDIDA EN SU FORMA MÁS 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 PA

RA QUE LOS DIENTES POSTERIORES NO PUEDAN HACER CONTACTO. OTRA MODIFICACIÓN INCORPORA UN ARCO LABIAL DE ALAMBRE DEL TIPO DEL RETENEDOR DE HAWLEY. ESTOS TIPOS DE DISPOSITIVOS -- PUEDEN TRAUMATIZAR LOS TEJIDOS GINGIVALES. LA TERCERA Y MEJOR MODIFICACIÓN DE LA PLACA PARA MORDIDA HA SIDO SUGERIDA -- POR SVED. EN ESTA MODIFICACIÓN EL ACRÍLICO SE EXTIENDE DESDE LA PORCIÓN PLANA Y SOBRE EL BORDE INCISIVO DE LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR SUPERIOR.

TODAS LAS PLACAS PARA MORDIDA SON MUY FÁCILES DE FABRICAR CON ACRÍLICO DE FRAGUADO EN FRÍO O EN CALIENTE, SOBRE UN MOLDE DEL MAXILAR SUPERIOR. 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 SOLO LO SUFICIENTE PARA EVITAR EL CONTACTO ENTRE LOS DIENTES POSTERIORES. DESPUÉS DEL AJUSTE, LA PRESIÓN DE LA MORDIDA DEBE SER UNIFORME SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES -- DEL MAXILAR INFERIOR QUE HACEN CONTACTO SOBRE LA PLACA DE--- ACRÍLICO. ESTAS PLACAS DE MORDIDA ELIMINAN LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES EN CÉNTRICA Y EN EL LADO DE BALANCEO. EL RESULTADO ESTÉTICO PUEDE SER BASTANTE BUENO, Y LA PLACA ES --- BIEN ACEPTADA POR EL PACIENTE DEBIDO AL ALIVIO QUE PROPORCIONA DE LOS SÍNTOMAS.

EL PRINCIPAL INCONVENIENTE DE TODAS LAS PLACAS PARA MOR

DIDA ES QUE PERMITEN EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES. ESTE--
INCONVENIENTE ES MÁS GRAVE CON LA PLACA SIMPLE PARA MORDIDA
PUESTO QUE TIENE ARCO LABIAL DE ALAMBRE Y PERMITE QUE SE --
MUEVAN TANTO LOS DIENTES ANTERIORES COMO LOS POSTERIORES.
EN LA PLACA PARA MORDIDA DE HAWLEY MODIFICADA SE SUPONE QUE
EL ARCO LABIAL DE ALAMBRE MANTIENE EN POSICIÓN LOS DIENTES-
ANTERIORES DEL MAXILAR SUPERIOR, SIN EMBARGO, PUEDE PRESEN-
TARSE CIERTO VAIVÉN DE ESTOS DIENTES, PUDIENDO, POR SUPUES-
TO, SOBRESALIR LOS POSTERIORES. LA ACCIÓN FIJADORA SOBRE-
LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR SUPERIOR QUE SE LOGRA---
CON LA PLACA PARA MORDIDA DE SVED, PROPORCIONA MUCHO MEJOR-
ESTABILIDAD EN LA REGIÓN ANTERIOR QUE LOS OTROS DOS TIPOS--
DE PLACAS DEBIDO A QUE LA FUERZA SE APLICA SOBRE LOS DIENTES
ANTERIORES EN DIRECCIÓN AXIAL. SIN EMBARGO, LA TENDENCIA-
A LA EXTRUSIÓN DE LOS DIENTES POSTERIORES, CUANDO SE EMPLEA
ESTE DISPOSITIVO DURANTE UN PERÍODO PROLONGADO, HACE INADE-
CUADO SU EMPLEO EN TALES CONDICIONES.

OTRO DEFECTO ES QUE LA GUÍA INCISIVA DE LA PLACA DE --
MORDIDA PUEDE INTERFERIR CON EL MOVIMIENTO DE BENNETT; EL -
APARATO DA BUENOS RESULTADOS EN APROXIMADAMENTE EL 50% DE -
DE LOS ENFERMOS CONSINTOMAS DE DISFUNCIÓN DE LA ARTICULA---
CIÓN TEMPOROMANDIBULAR DE LARGA DURACIÓN.

LAS PLACAS DE MORDIDA SON DE GRAN VALOR COMO AUXILIAR-
DEL AJUSTE OCLUSAL Y DE LA RECONSTRUCCIÓN BUCAL, DADO QUE--

PROPORCIONAN RELAJAMIENTO MUSCULAR Y COMODIDAD A LOS PACIENTES, PERMITIENDO CON ELLO AL DENTISTA REGISTRAR LA VERDADERA RELACIÓN CÉNTRICA. POR LO GENERAL BASTA CON QUE EL PACIENTE USE LA PLACA PARA MORDIDA DURANTE UNA O DOS SEMANAS DURANTE EL SUEÑO PARA LOGRAR RELAJAMIENTO MUSCULAR. SI EN DOS O TRES SEMANAS NO SE LOGRA MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS CON EL EMPLEO DE UNA PLACA PARA MORDIDA, SE DEBE CAMBIAR Y EMPLEAR FÉRULAS OCLUSALES.

FÉRULAS OCLUSALES.

INDUDABLEMENTE, EL MEJOR APARATO PARA ENFERMOS CON SÍNTOMAS DISFUNCIONALES ES LA FÉRULA OCLUSAL QUE ABARCA TODOS LOS DIENTES, TANTO INFERIORES COMO SUPERIORES. SIN EMBARGO, SU ADAPTACIÓN RESULTA GENERALMENTE MÁS FÁCIL EN EL MAXILAR SUPERIOR QUE EN EL INFERIOR. LA FÉRULA DEBE TENER UNA SUPERFICIE OCLUSAL PLANA, CON CONTACTO OCLUSAL EN CÉNTRICA PARA TODOS LOS DIENTES ANTAGONISTAS, Y ESTAR COMPLETAMENTE LIBRE DE INTERFERENCIAS EN CUALQUIER EXCURSIÓN. EL ACRÍLICO DEBE TENER SUFICIENTE ELEVACIÓN CANINA PARA EVITAR INTERFERENCIAS EN EL LADO DE BALANCEO. DICHA FÉRULA PUEDE FABRICARSE UTILIZANDO MOLDES MONTADOS EN UN ARTICULADOR AJUSTABLE O BIEN EMPLEANDO SOLAMENTE UN MOLDE SUPERIOR SIN MONTAR. SI SE EMPLEA EL PRIMER MÉTODO Y SE UTILIZA ACRÍLICO PREPARADO AL CALOR, RESULTA BASTANTE FÁCIL ADAPTAR LA FÉRULA EN LA BOCA. SI LA FÉRULA DE ACRÍLICO SE FABRICA SOBRE-

UN MOLDE SIN INTENCIÓN DE AJUSTAR LA OCLUSIÓN, SE PUEDE LIMAR LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LA FÉRULA CASI HASTA LLEGAR A LOS DIENTES, Y DESPUÉS AÑADIR SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL-- UNA CAPA DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE. ANTES QUE EL ACRÍLICO FRAGÚE SE DEBE ORDENAR AL PACIENTE QUE JUNTE SUS DIENTES EN CÉNTRICA Y EFECTÚE MOVIMIENTOS LATERALES Y PROTRUSIVOS A FIN DE OBTENER MARCAS DE TODOS LOS DIENTES Oponentes- Y DE LAS TRAYECTORIAS LATERALES Y PROTRUSIVA. UNA VEZ QUE EL ACRÍLICO ENDURECE SE LIMAN LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE MANERA QUE LAS CONTENCIONES OCLUSALES SE MANTENGAN PARA TODOS LOS DIENTES OPOSITORES. ESTAS FÉRULAS PUEDEN SER USADAS DÍA Y NOCHE, PERO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE OBTIENE RESULTADOS SATISFACTORIOS MEDIANTE SU EMPLEO SOLO POR LA NOCHE.

SI SE HA FABRICADO DE MANERA ADECUADA LA FÉRULA DE --- ACRÍLICO PARA COBERTURA COMPLETA, QUE ACABAMOS DE DESCRIBIR SE PRESENTARÁ UN DESCENSO INMEDIATO EN EL TONO MUSCULAR QUE PUEDE RECONOCERSE TANTO CLÍNICA COMO ELECTROMIOGRÁFICAMENTE GENERALMENTE LA FÉRULA ELIMINA O DISMINUYE BASTANTE LA TENDENCIA AL BRUXISMO, Y POR LO TANTO CASI NO HAY EVIDENCIA DE DESGASTE SOBRE LA SUPERFICIE DEL ACRÍLICO, INCLUSO DESPUÉS DE SU USO PROLONGADO. LA FÉRULA DE COBERTURA COMPLETA PUEDE SER EMPLEADA DURANTE CUALQUIER TIEMPO, Y EVITA SU DESGASTE OCLUSAL. SE HA ENCONTRADO QUE DESPUES QUE EL PACIENTE--

HA USADO LA FÉRULA DURANTE DOS O TRES SEMANAS LOS MÚSCULOS GENERALMENTE ESTÁN RELAJADOS Y EL AJUSTE OCLUSAL PUEDE SER REALIZADO CON PRECISIÓN HASTA EL PUNTO DE QUE LA FERULA RESULTE YA INNECESARIA. SI NO SE HA ELIMINADO EL BRUXISMO DESPUÉS DEL AJUSTE OCLUSAL, Y EXISTE EXTENSO DESGASTE OCLUSAL O DIENTES FLOJOS, LA FÉRULA PUEDE SER UTILIZADA INDEFINIDAMENTE DURANTE LAS NOCHES, EFECTUANDO EVALUACIONES PERIÓDICAS DE LA MISMA.

OTRO TIPO DE FERULA OCLUSAL ES EL RECUBRIMIENTO POSTERIOR BILATERAL QUE GENERALMENTE CUBRE LOS MOLARES Y PREMOLARES INFERIORES. ESTAS FÉRULAS SE CONSTRUYEN YA SEA CON EL PROPÓSITO DE AUMENTAR LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL, O PARA PROPORCIONAR PIVOTES BILATERALES DE CONTACTO EN EL ÁREA DEL PRIMER MOLAR. HACE ALGUNOS AÑOS TALES FÉRULAS ERAN GENERALMENTE DE METAL Y CON FRECUENCIA SE PEGABAN A LOS DIENTES. ACTUALMENTE SE FABRICAN DE ACRÍLICO O DE METAL Y PUEDEN SER REMOVIBLES O SER FIJADAS TEMPORALMENTE A LOS DIENTES. LOS RECUBRIMIENTOS BILATERALES POSTERIORES PROPORCIONAN ALIVIO TEMPORAL DE LOS SÍNTOMAS EN PACIENTES CON BRUXISMO Y DOLOR MUSCULAR O DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, PUESTO QUE ESTA MEJORA SE EXPERIMENTA CON CUALQUIER TERAPÉUTICA QUE ELIMINE LOS FACTORES DESENCADENANTES (INTERFERENCIAS OCLUSALES). SIN EMBARGO, LAS FÉRULAS POR RECUBRIMIENTO RESULTAN INACEPTABLES DEBIDO A QUE HABITUALMENTE DAN LUGAR A INTRUSIÓN DE LOS MOLARES

Y PREMOLARES Y A EXTRUSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES CON INTERFERENCIAS OCLUSALES SUBSECUENTES Y RECURRENCIA DE LOS SÍNTOMAS.

NO EXISTE EVIDENCIA CIENTÍFICA ACERCA DE QUE EL TONO MUSCULAR AUMENTADO Y EL BRUXISMO ESTÉN RELACIONADOS A UN ESPACIO INTEROCLUSAL ANORMALMENTE AUMENTADO. SIN EMBARGO, RESULTA QUE LA SENSIBILIDAD DEL MECANISMO NEUROMUSCULAR A LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES AUMENTA SI SE INCREMENTA LA DIMENSIÓN VERTICAL OCLUSAL, Y HAY UNA DISMINUCIÓN EN EL ESPACIO INTEROCLUSAL. ESTA OBSERVACIÓN COINCIDE CON LA EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL CASO DE LAS PRÓTESIS COMPLETAS, EN LAS QUE LA TENDENCIA A LAS ÚLCERAS DE DECÚBITO Y LA INESTABILIDAD DE LA DENTADURA AUMENTAN AL INCREMENTARSE LA DIMENSIÓN OCLUSAL VERTICAL.

UN TERCER TIPO DE FÉRULA OCLUSAL SE FABRICA DE ACRÍLICO-BLANDO O DE CAUCHO. ALGUNAS DE ESTAS FÉRULAS, COMO EL DISPOSITIVO DE KESLING, INTENTAN MANTENER EL MAXILAR INFERIOR EN CIERTA RELACIÓN CON EL SUPERIOR UNIENDO LOS DIENTES SUPERIORES Y LOS INFERIORES EN EL MISMO DISPOSITIVO. ESTE DISPOSITIVO POR LO COMUN NO RESULTA ÚTIL PARA PACIENTES CON BRUXISMO LOS CUALES GENERALMENTE MUERDEN EL DISPOSITIVO EN PEDAZOS O LO DESAJUSTAN DURANTE EL SUEÑO. MENOS VOLUMINOSAS QUE LOS PROTECTORES DE MORDIDA, Y SIRVIENDO AL MISMO PROPÓSITO, SON LAS FÉRULAS HECHAS MEDIANTE LA ADICIÓN DE ACRÍLICO DURO QUE HEMOS DESCRITO ANTES. ESTE TIPO DE FÉRULAS PUEDEN PARECER--

CÓMODAS A PACIENTES CON HÁBITO DE APRETAR LOS DIENTES, PUESTO QUE EL ACRÍLICO BLANDO PROPORCIONA UNA PRESIÓN UNIFORME -- SOBRE LOS DIENTES CUANDO SE MUERDE EN EL; PERO EXISTE UNA -- TENDENCIA EN LOS PACIENTES A "JUGAR" CON ESTOS DISPOSITIVOS-- MORDIENDO SOBRE LA SUPERFICIE ELÁSTICA. ADEMÁS DICHAS SU-- PERFICIES NO PERMITEN UN ACABADO TAN PRECISO COMO EL ACRÍLICO DURO, DE MANERA QUE PUEDEN CONSTITUIR NUEVAS ÁREAS DESENCADENANTES DE BRUXISMO.

EL DISPOSITIVO MÁS APROPIADO PARA UN PACIENTE CON BRUXISMO SIGUE SIENDO LA FÉRULA DE ACRÍLICO DURO BIEN AJUSTADA QUE CUBRA TODAS LAS SUPERFICIES OCLUSALES O INCISIVAS DEL MAXILAR SUPERIOR O DEL INFERIOR, CON CONTENCIONES CÉNTRICAS PARA TODOS LOS DIENTES OPOSITORES Y DESPROVISTA POR COMPLETO DE INTERFERENCIAS OCLUSALES.

RECONSTRUCCIÓN OCLUSAL Y PRÓTESIS.

LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ESTÁ INDICADA EN EL TRATAMIENTO DEL BRUXISMO CUANDO NO SE PUEDE LOGRAR UNA OCLUSIÓN ESTABLE BIEN EQUILIBRADA UTILIZANDO ÚNICAMENTE EL AJUSTE OCLUSAL. LAS RESTAURACIONES OCLUSALES PUEDEN SERVIR TAMBIEN PARA SUBSTITUIR O PREVENIR LA PÉRDIDA EXCESIVA DE SUBSTANCIA DENTAL A CONSECUENCIA DEL BRUXISMO. CUANDO POR RAZONES TÉCNICAS Y ESTÉTICAS ES NECESARIO ELEVAR LA DIMENSIÓN VERTICAL, ESTE AUMENTO DEBE MANTENERSE AL MÍNIMO. DE IGUAL MANERA, LAS RESTAURACIONES EN CÉNTRICA DEBEN TENER CONTACTO-

OCCLUSAL CON TODOS LOS DIENTES EN LA ARCADA DENTAL OPUESTA A FIN DE MANTENER UN RESULTADO ESTABLE. ES ESENCIAL QUE EL PATRÓN OCLUSAL EN DICHAS RESTAURACIONES SEA LO MEJOR POSIBLE A FIN DE MINIMIZAR LA TENDENCIA AL BRUXISMO Y EVITAR FUTURO-DESGASTE OCLUSAL. LAS RESTAURACIONES DEBEN SER DEL MISMO--GRADO DE DUREZA PARA EVITAR EL DESGASTE DISPAREJO. CON FRECUENCIA RESULTA ACONSEJABLE DEJAR QUE EL ENFERMO LLEVE LA FÉRULA OCLUSAL DURANTE UNO, DOS O TRES MESES ANTES DE HACER EL REGISTRO FINAL DE LA RELACIÓN CÉNTRICA. SEGÚN PUEDE APRECIARSE UN CAMBIO MUY MARCADO SUELE OCURRIR EN LAS RELACIONES MAXILARES DESPUÉS DE USAR UNA FÉRULA OCLUSAL DURANTE DOS MESES. LA RECONSTRUCCIÓN QUE SE HACE DESPUÉS DE ESTE TIPO DE REPOSICIÓN DEL MAXILAR INFERIOR DÁ GENERALMENTE BUENOS RESULTADOS, PUESTO QUE SE HA ELIMINADO LA DISCREPANCIA ENTRE RELACIÓN CÉNTRICA Y LA POSICIÓN ANORMAL PROVOCADA POR EL BRUXISMO. SI, COMO SE HA RECOMENDADO, SIMPLEMENTE SE DUPLICA EN LAS RESTAURACIONES EL PATRÓN DE DESGASTE OCLUSAL OCACIONANDO POR EL BRUXISMO, TANTO ESTE PADECIMIENTO COMO EL DESGASTE EXCESIVO SEGUIRÁN ADELANTE. UN PATRÓN OCLUSAL DEFECTUOSO EN LA RECONSTRUCCIÓN BUCAL DE PACIENTES CON BRUXISMO PUEDE DAR LUGAR A UN AUMENTO DE ESTE PADECIMIENTO, DESTRUCCIÓN DE LAS RESTAURACIONES, Y DOLOR MUSCULAR Y DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

LA ELEVACIÓN DE LA MORDIDA MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE -- RESTAURACIONES ÚNICAMENTE SOBRE LOS MOLARES Y LOS PREMOLARES

ES UN PROCEDIMIENTO INSATISFACTORIO Y POTENCIALMENTE PELI--
GROSO POR LAS RAZONES YA APLICADAS AL HABLAR DE LAS FÉRULAS
OCLSUALES TEMPORALES DE TIPO DE REVESTIMIENTO.

LO QUE SE HA DICHO SOBRE EL BRUXISMO EN INDIVIDUOS CON
DENTICIÓN NATURAL SE APLICA TAMBIÉN A PACIENTES CON DENTADU
RAS REMOVIBLES PARCIALES Y COMPLETAS. EN VEZ DE ADAPTARSE
A UNA DENTADURA IMPERFECTA MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE -
PATRONES DE OCLUSIÓN ADAPTATIVOS PARA LOS MOVIMIENTOS MASTI
CADORES, LOS PACIENTES BUSCARÁN INTERFERENCIAS OCLUSALES Y -
COMENZARÁN A "JUGAR" CON SUS DENTADURAS MANIFESTANDO UNA EX
PRESIÓN DE BRUXISMO.

EL RESULTADO PUEDE SER UNA "BOCA ADOLORIDA POR LA DEN-
TADURA", EXCESIVO DESGASTE DE LAS DENTADURAS Y LOS DIENTES-
OPOSITORES, ROTURA DE DISPOSITIVOS Y MOLESTIAS O DOLOR DE--
LOS MÚSCULOS O DE LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES.

HEMOS VISTO VARIOS PACIENTES CON BRUXISMO A LOS CUALES
SE LES EXTRAJERON DIENTES NATURALES SANOS Y SE LES CONSTRU-
YERON DENTADURAS COMPLETAS SUPERIORES CON LA ESPERANZA DE -
MEJORAR SU PADECIMIENTO Y PROPORCIONAR ALIVIO A LAS MOLES--
TIAS BUCALES O DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR. DESGRA-
CIADAMENTE DICHS PACIENTES POR LO GENERAL TERMINAN CON UNA
DENTADURA MAL AJUSTADA Y AUMENTO DE LA INCOMODIDAD Y DE LOS
PROBLEMAS OCLUSALES QUE PUDIERON HABER SIDO TRATADOS MUCHO-

MAS SATISFACTORIAMENTE SI NO SE HUBIERAN EXTRAÍDO LOS DIEN-
TES NATURALES.

CUANDO UN PACIENTE TIENE PRÓTESIS COMPLETAS Y SEVERO--
BRUXISMO, ES MUY DIFÍCIL ASEGURAR UNA RELACIÓN CÉNTRICA CO-
RECTA A MENOS QUE LAS DENTADURAS SE DEJEN ALGUNOS DÍAS FUE-
RA DE LA BOCA O SE FABRIQUE UNA FÉRULA ACRÍLICA PLANA TEMPO-
RAL SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LOS DIENTES. ESTA FÉRU-
LA SE AJUSTA Y SE USA DURANTE DOS O TRES SEMANAS HASTA LO--
GRAR LA RELAJACIÓN MUSCULAR Y PODER EFECTUAR UN REGISTRO---
DIGNO DE CONFIANZA DE LA RELACIÓN CÉNTRICA.

EL AJUSTE OCLUSAL DE LAS DENTADURAS PARA PACIENTES CON
BRUXISMO POR LO GENERAL PUEDE EFECTUARSE MEJOR CON UN BUEN-
MONTAJE EN UN ARTICULADOR QUE DIRECTAMENTE EN LA BOCA. LA
PRESENCIA DE MÚSCULOS MAXILARES TENSOS Y MALA COORDINACIÓN-
DE LOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR, JUNTO CON LA ELASTICIDAD DE
LA MUCOSA, HACE QUE EL AJUSTE INTRABUCAL SEA SUMAMENTE DIFÍ-
CIL EN ESTOS INDIVIDUOS.

HÁBITOS DE MORDIDA RELACIONADOS CON BRUXISMO.

LA TENDENCIA HABITUAL A MORDER DIVERSOS OBJETOS LLEVA-
DOS A LA BOCA O LA MORDEDURA DE LOS TEJIDOS BUCALES BLANDOS
REPRESENTAN UNA VÁLVULA DE ESCAPE PARA LA TENSIÓN PSÍQUICA-
O EMOCIONAL Y SE ENCUENTRA, POR LO TANTO, RELACIONADA CON--
EL BRUXISMO. EN VARIOS PACIENTES CON BRUXISMO SE HA NOTA-

DO QUE CUANDO SE HAN EXTIRPADO SUS INTERFERENCIAS OCLUSALES HAN SUBSTITUIDO EL BRUXISMO POR HÁBITOS, TALES COMO MORDERSE LAS UÑAS O LAS RAMAS DE SUS ANTEOJOS, MORDERSE EL LABIO O LA LENGUA, EMPUJAR LOS DIENTES CON LOS DEDOS, O HACER PRESIÓN O FROTAR LA LENGUA CONTRA LOS DIENTES. EN CASOS SERIOS O MUY GRAVES DE IRRITACIÓN DE LA LENGUA O DE LAS MEJILLAS, EL PACIENTE PUEDE NECESITAR AYUDA PSIQUIÁTRICA, PERO EN LA GRAN MAYORÍA DE LOS CASOS, ESTOS HÁBITOS SON DE POC IMPORTANCIA CLÍNICA. CON FRECUENCIA LOS HÁBITOS PUEDEN -- SER CONTROLADOS EXPLICÁNDOLE EL ASUNTO AL PACIENTE. SIN -- EMBARGO, LOS HÁBITOS ANTIGUOS DE MORDEDURA DE LA LENGUA O -- DE LOS LABIOS EN PERSONAS ADULTAS SON MUY DIFÍCILES DE ROMPER, INCLUSO SI SE EMPLEAN DISPOSITIVOS DE "ADVERTENCIA CON DICIONADA". CON FRECUENCIA RESULTA MEJOR NO TOCAR DICHOS-HÁBITOS SI NO HAN OCASIONADO DAÑOS.

NO SE DEBE UTILIZAR LA HIPNOSIS PARA HACER CESAR ESTOS HÁBITOS, PUESTO QUE PUEDE PRECIPITAR UNA CRISIS PSICONEURÓTICA.

LOS HÁBITOS PROFESIONALES DEL TIPO DE MANTENER CLAVOS-DENTRO DE LA BOCA, MORDER HILOS, MORDISQUER LÁPICES, ETC.,- PUEDEN CON FRECUENCIA SER ELIMINADOS MEDIANTE ESFUERZOS --- CONSCIENTES DE PARTE DEL PACIENTE.

TRASTORNOS ESPÁSTICOS ACOMPAÑADOS DE BRUXISMO.

ES MUY RARO EL BRUXISMO OCASIONADO POR TRASTORNOS ESPÁSTICOS. DADO QUE DICHOS TRASTORNOS SE ENCUENTRAN RELACIONADOS CON ALTERACIONES DE LOS MECANISMOS NEUROMUSCULARES DEL PACIENTE, EL TRATAMIENTO CAE PRINCIPALMENTE DENTRO DEL DOMINIO DEL MÉDICO. SIN EMBARGO, SE HA ENCONTRADO QUE POR EJEMPLO, ALGUNOS PACIENTES CON COREA HAN MEJORADO HASTA CIERTO GRADO (POR LO QUE RESPECTA AL BRUXISMO) GRACIAS AL AJUSTE OCLUSAL O POR EL EMPLEO DE FÉRULAS OCLUSALES DE ACRÍLICO PARA REDUCIR LA HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS MAXILARES QUE ESTÁ RELACIONADA-- CON LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES.

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

- 1.- LA ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO SON LOS FACTORES OCLUSALES Y FACTORES PSÍQUICOS.
- 2.- LA AGRESIÓN REPRIMIDA, TENSIÓN EMOCIONAL, ANGUSTIA Y TEMOR ES EL FACTOR MÁS IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA -- DEL BRUXISMO.
- 3.- ES DIFÍCIL LOGRAR UN DIAGNÓSTICO PRECISO DE BRUXISMO DEBIDO AL NIVEL SUBCONSCIENTE DEL HÁBITO.
- 4.- EL DIAGNÓSTICO DEL BRUXISMO SE BASA EN SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS, ADEMÁS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y ---- OTRAS FUENTES. PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE-- BRUXISMO RESULTAN DE UTILIDAD DIVERSOS DISPOSITIVOS-- PARA REGISTRAR SONIDO, MOVILIDAD DE LOS DIENTES Y AC TIVIDAD MUSCULAR.
- 5.- EN CADA ETAPA DEL AJUSTE OCLUSAL, LAS SUPERFICIES DENTA-- RIAS RETOCADAS SON PULIDAS CON GOMAS MONTADAS, DE GRANO-- FINO, BAJO PULVERIZACIÓN DE AGUA. LAS RUGOSIDADES PUE-- DEN CONSTITUIR EL FACTOR DESENCADENANTE DE UN BRUXISMO. ESTE PUEDE GENERAR LESIONES MÁS IMPORTANTES QUE AQUELLAS TRATADAS POR EL AJUSTE OCLUSAL.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- ABJEAN
KORBENDAU
OCCLUSIÓN ASPECTOS CLÍNICOS-INDICACIONES TERAPÉUTICAS
— EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA,
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1980
EDICIÓN ÚNICA
126 PÁGINAS.

- 2.- T.M.GRABER
ORTODONCIA, TEORIA Y PRÁCTICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1981
3a. EDICIÓN, 4a. IMPRESIÓN.
892 PÁGINAS

- 3.- GUSTAVO KRUGER
CIRUGÍA BUCO-MAXILO-FACIAL
EDITORIAL PANAMERICANA
BUENOS AIRES ARGENTINA, 1982
5a. EDICIÓN
685 PÁGINAS

- 4.- ORBAN
PERIODONCIA DE ORBAN, TEORÍA Y PRÁCTICA.
— EDITORIAL INTERAMERICANA
MÉXICO, 1980
4a. EDICIÓN 2a. REIMPRESIÓN
638 PÁGINAS

5.- RAMJORD ASH

OCLUSIÓN

EDITORIAL INTERAMERICANA

MÉXICO, D.F., 1983

2a. EDICIÓN, 8a. REIMPRESIÓN.

400 PÁGINAS

6.- TOMAS VELÁZQUEZ

ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTAL Y BUCAL.

EDITORIAL LA PRENSA MÉDICA

MÉXICO, D.F., 1966

1a. EDICIÓN

359 PÁGINAS

7.- DENTAL LABORATORY REVIEW

JUNE 1985

6o. VOLUMEN

28 PÁGINAS

8.- YURI KUTTLER

FUNDAMENTOS DE ENDO-METAENDODONCIA PRÁCTICA

EDITORIAL FRANCISCO MENDÉZ OTEO

MÉXICO, D.F., 1980

2a. EDICIÓN

254 PÁGINAS