

14396



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN DE UN PACIENTE BRUXISTA

TESINA

Que para obtener el título de Cirujano Dentista presentan:

BEATRIZ ADRIANA GONZÁLEZ AGUILAR FANY ARACELI GUTIÉRREZ RAMÍREZ

Incluye un video

[Handwritten signature]

Asesora de tesina:

C.D. ELVIRA DEL ROSARIO GUEDEA FERNÁNDEZ

Asesor de video:

C.D. SERGIO MARTÍNEZ VARELA

[Vertical handwritten signature]



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Ciudad Universitaria, 1998.

TESINA CON FALLA DE ORIGEN

26312



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi Padre:

*Por haberme apoyado tanto profesionalmente como
moralmente, y por enseñarme que nunca se debe de dejar
de luchar por lo que se quiere.*

Gracias Papá.

A mi Madre:

*Por darme siempre su amor, comprensión y apoyo durante
toda mi vida.*

A Verónica, Mauricio y Carlos:

Por demostrar su amor y apoyo en cualquier momento.

Dra. Elvira Guedea Fernández:

Gracias por creer en nosotras y el habernos brindado su amistad y apoyo incondicional.

A Dios :

Por haberme permitido existir , y el haberme otorgado una familia maravillosa y una vida plena sin carencias.

A Fany:

Gracias por compartir esta experiencia conmigo, y el aceptarme tal como soy.

Dr. Ramon Rodríguez Juárez:

Gracias por sus bromas en el momento preciso y por su amistad.

Dr. Victor Manuel Plata Orozco:

Por su apoyo en el momento que más lo necesitaba.

Dr. Humberto Arau:

*Por ser una persona excepcional, y el haberme enseñado
conocimientos inlimitables.*

A Vanessa, Rebeca y Liliana:

*Gracias por contar siempre con ustedes en los momentos
buenos y malos de mi vida.*

A Gaby, Karla y Elizabeth:

*Por hacer de la Facultad un lugar con sentido de amistad ,
sinceridad, y apoyo. Gracias.*

A la Universidad Autónoma de México.

A mi Mamá:

Por el tiempo de su vida dedicado a mi, su apoyo y sacrificios
para realizar este sueño.

A mi Papá:

Gracias por respaldar mis estudios, tu cariño y orientación.

A Gabriela, Minerva y Eréndira:

Por su paciencia, cariño, y por ser las mejores hermanas. Sigán
adelante.

A Dios:

Por darme todo lo que tengo.

Dra. Elvira Guedea Fernández:

Por su ayuda para la elaboración de esta
tesina, confianza, consejos y ánimos.

Adriana:

Por compartir este trabajo y tus interminables consejos.

A mis abuelitos y tías:

Por sus palabras alentadoras.

Dr. Ramon Rodríguez Juárez:

Por su respaldo incondicional, afecto y confianza.

A mis compañeros del grupo 5 y a todas las personas que me brindaron su amistad,ayuda y cariño durante la carrera, haciendo la estancia en esta facultad lo más divertido e inolvidable de mi vida.

A todos los doctores de esta facultad que me ofrecieron sus conocimientos para ser una mejor profesionista.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

FANY.

***REHABILITACIÓN DE
UN PACIENTE
BRUXISTA.***

INDICE

INTRODUCCIÓN

pag.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	4
------------------------------	---

CAPÍTULO II

GENERALIDADES DE BRUXISMO.....	9
--------------------------------	---

2.1. Definiciones.....	9
------------------------	---

2.2. Tipos de bruxismo.....	10
-----------------------------	----

2.3. Etiología.....	12
---------------------	----

✱ Local.....	12
--------------	----

✱ Sistémica.....	13
------------------	----

✱ Psicológica.....	13
--------------------	----

✱ Ocupacional y No Ocupacional.....	13
-------------------------------------	----

✱ Predisposición Genética.....	14
--------------------------------	----

✱ Farmacológica.....	14
----------------------	----

2.4. Signos y Síntomas.....	14
-----------------------------	----

☞ Dentarios.....	15
A) Facetas de desgaste parafuncional.....	16
B) Escalones y surcos.....	17
C) Desgastes cortantes.....	17
D) Desgaste de media luna.....	17
E) Superficies planas uniformes.....	17
F) Desgaste oclusal excesivo y desigual.....	17
G) Erosión.....	17
H) Movimiento exagerado.....	18
I) Sonidos oclusales audibles.....	18
J) Hipersensibilidad pulpar.....	18
K) Fracturas radiculares.....	18
L) Fractura parcial de corona.....	18
M) Abrasión.....	18
N) Atricción.....	18
♣ Neuromuscular.....	19
A) Hipertonicidad.....	19
B) Miositis.....	20
C) Hipertofias.....	20
D) Mialgias.....	20
E) Limitación de movimiento.....	20
F) Fatiga muscular.....	20

G) Dolor de cabeza.....	21
H) Rigidez o apretamiento de cuello y hombro.....	21
⊗ Articulación temporomandibular.....	21
A) Chasquido.....	21
B) Crepitación.....	22
C) Zumbido de oídos.....	22
D) Dolor o molestia bilateral.....	22
E) Restricción de movimiento.....	22
F) Desvío de mandíbula.....	22
G) Disfunción oclusal.....	22
⌘ Periodontales.....	23
A) Periodontitis.....	23
B) Trauma por oclusión.....	23
C) Tejidos de soporte.....	23
2.5. Tipos de rehabilitación.....	23
2.5.1. Psicológica.....	24
2.5.2. Farmacológica.....	24
ψ Tranquilizantes.....	25
ψ Relajantes musculares.....	25

ψ Analgésicos.....	25
2.5.3.Rehabilitación Física.....	26
☉ Termoterapia.....	26
☉ Terapia muscular.....	26
A) Masajes.....	27
B) Ejercicios.....	27
2.5.4.Guarda Oclusal.....	28
📖 Tipos.....	29
A) Permisivas.....	29
B) Directrices.....	30
📖 Indicaciones para el uso.....	31
📖 Requisitos.....	32
📖 Tiempo de uso.....	33
📖 Material.....	33
📖 Indicaciones al paciente.....	33
2.5.5.Ajuste Oclusal.....	34
2.5.6.Restauraciones.....	34
☺ Prótesis Fija.....	35

© Prótesis Removible.....	35
---------------------------	----

CAPÍTULO III.

MANEJO DEL PACIENTE BRUXISTA.....	36
-----------------------------------	----

3.1.Historia Clínica.....	37
3.1.1.Ficha de Identificación.....	37
3.1.2.Antecedentes Heredo-Familiares.....	37
3.1.3.Antecedentes Personales no Patológicos.....	38
3.1.4.Antecedentes Personales Patológicos.....	38
3.1.5.Padecimiento Actual.....	39
3.1.6.Interrogatorio de Aparatos y Sistemas.....	39
3.1.7.Exploración Física.....	39
* Odontograma.....	41
* Exploración bucal.....	43
3.1.8.Auxiliares de Diagnóstico.....	44
3.1.9.Diagnóstico de Presunción.....	45
3.1.10.Diagnóstico.....	46
3.1.11.Plan de Tratamiento.....	46

3.2.Cuestionario de Salud General para Pacientes Bruxistas, con o sin Dolor y Disfunción.....	51
CONCLUSIONES.....	56
CITAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
BIBLIOGRAFÍA Y HEMEROGRAFÍA.....	61

INTRODUCCIÓN

El bruxismo se presenta con mayor frecuencia en ciudades con un tipo de vida apresurada y precipitada, con periodos stresantes o dificultades cotidianas como : problemas familiares ,maritales, escolares o situaciones laborales criticas.

En resultados recientes, se ha visto que el bruxismo, se presenta con mayor frecuencia en personas que van de los 30 a 35 años de edad, con predominio en hombres, ya que estos tienen sobrecarga de responsabilidades en la vida.

Por esta razón el Cirujano Dentista general, debe tener conocimiento sobre el tema, para tratar en forma satisfactoria este tipo de anormalidad.

El conocimiento del bruxismo radica en la frecuencia en que se presenta,ocasionando alteraciones aparentes en estructuras dentarias, motivado por la hiperactividad muscular constante sobre los dientes,periodonto y articulación temporomandibular.

El bruxismo se define como una respuesta inconsciente a una alteración continua , principalmente por tensiones inespecificas, provocando un desgaste,rechinamiento o apretamiento de las estructuras dentarias.

Esta relacionado con movimientos de la masticación y deglución y por esta razón es considerado como un hábito parafuncional y multifactorial (psicológico,oclusal y sistémico).En la práctica

odontológica se ha visto un aumento de incidencia del mismo, originado por las causas antes mencionadas.

La sintomatología provocada por este hábito son los siguientes : daño sobre la dentición, periodonto, músculos de la masticación, en la articulación temporomandibular, cefalea y alteraciones psicológicas y conductuales (1).

Debe recordarse que la actividad parafuncional en bruxismo tanto diurna como nocturna, se origina en el subconsciente y por lo tanto es habitual que las personas que lo padecen no se den cuenta de esa actividad (2) ; ya que sus reflejos de protección tienden a ser disminuidos en su aparición (3).

Es importante encontrar una diferencia correcta entre los tipos de bruxismo; mediante una historia clínica cuidadosa, en donde se manifieste la secuencia de aparición de los síntomas y signos (2).

La detección y prevención del bruxismo es factor fundamental para la elección eficaz del tratamiento correctivo, mismo que evita daños y secuelas irreversibles, logrando esto a través de una correcta orientación y manejo del problema, evitando que repercuta en la salud general y en la vida social del paciente. La rehabilitación debe ser integral, incluyendo terapia psicológica, dental y farmacológica, con revisiones periódicas, ya que el tratamiento no garantiza la desaparición del hábito parafuncional.

En este trabajo se puntualizará el cuadro clínico general y dental, en donde se enmarcan los diferentes procesos anormales del

bruxismo, así como la aplicación de la rehabilitación dental, reconociendo con esto una participación significativa por parte del Odontólogo, para prevenir los resultados y contrarrestar el daño ocasionado.

CAPÍTULO I.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Dentro de los primeros antecedentes históricos el hombre incluía en su dieta alimentos toscos como alimentación habitual, los cuales eran lo suficientemente abrasivos como para desgastar las cúspides y vertientes interferentes. Con esto se creó un “mecanismo de borramiento natural” como repuesta a las fuerzas excesivas, y la dieta tosca aportaba el desgaste para ajustar la oclusión dentro de los límites tolerables (4).

El desgaste excesivo que producía el bruxismo, en el hombre de la antigüedad no creó problemas graves, debido a la brevedad de su vida (4).

Para la época en que los dientes se desgastaban hasta los rebordes alveolares, ya había poca necesidad de ellos. Si un individuo vivía mucho tiempo, la proliferación de los rebordes alveolares proporcionaban de por sí, una superficie masticatoria adecuada (4).

Se descubrió que casi todos los cráneos de nuestros antepasados primitivos, presentan un marcado desgaste de las superficies oclusales (4). Este mecanismo de borramiento continúa con nosotros pero nuestra dieta moderna no proporciona el desgaste, de modo que en lugar de desgastar las

interferencias, la tendencia más frecuente es mover los dientes hasta aflojarlos (4).

En el hombre moderno ni el aflojamiento de los dientes ni su desgaste excesivo son aceptables, de modo que concierne al Odontólogo prevenir los resultados del bruxismo (4).

Hay que mencionar que el bruxismo es originado por la tensión emocional y hemos de aceptar que nuestros antepasados eran emocionalmente inestables.

La primera referencia que se encuentra en la literatura es el "rechinar de dientes" del Antiguo y Nuevo Testamento (5).

Karolyi en 1901 observó clínicamente y con sentido científico sobre el rechinamiento de dientes, en una serie de conferencias que se dio en Londres denominándole "neuralgia traumática" (5).

En 1907 Marie y Ptietkievitz en Francia, usaron el término "bruxomania" por primera vez en la literatura dental (5).

Stillman en 1927 fue el creador del término "oclusión traumática" para designar aquellos contactos oclusales anormales, capaces de producir traumatismo periodontal (5).

A partir de ahí Frohmann en 1931, aplicó el término "bruxismo" en la literatura anglosajona a los movimientos disfuncionales mandibulares (5).

Posteriormente Miller , en 1936 sugirió emplear el término "bruxomania" para designar el rechinamiento de los dientes

durante el estado de vigilia y distinguirlo del rechinar provocado durante el sueño al que llamaría "bruxismo" (5).

El bruxismo ha sido observado en sujetos con enfermedad periodontal en un alto porcentaje que alcanza el 78% : Boyens en 1940 y Bundgaard-Jorgensen en 1950, demostraron que en un 88% de pacientes con problemas periodontales presentaban signos de bruxismo (5).

Ramfjord en 1961 mencionó que el bruxismo aparece comúnmente, y es una causa importante del trauma oclusal (5).

Posselt en 1962, propuso el término "hábitos orales parafuncionales" y refirió como dichas actividades :morderse el labio, protuir la lengua, etc (5).

Drumm en 1962 y 1967, denominó al bruxismo como "parafunción", y hoy en día es generalmente aceptada para designar este tipo de movimiento mandibular, no funcional y puede ser usado como sinónimo de bruxismo (5).

Kornfeld en 1967 nombró al bruxismo como típico ejemplo de traumatismo oclusal primario, cuando estas fuerzas actúan sobre una dentición con periodonto normal (5).

Ramfjord y Ash en 1971 sugirieron los términos de "bruxismo céntrico", para distinguir el apretamiento, "bruxismo excéntrico" para el rechinar de dientes (5).

En 1974 Schärev, considero que el bruxismo era ante todo un fenómeno del Sistema Nervioso Central (5).

El bruxismo es el hábito lesivo de apretamiento o frotamiento de los dientes, durante el día o la noche, con intensidad y persistencia en forma inconsciente (6).

Randow, Carlsson, Edlund y Oberg en 1976 demostraron que la introducción experimental de interferencias oclusales, alteran la actividad de los músculos masticatorios (7).

En 1977 Glaros y Rao señalaron que no todos los sujetos que padecían bruxismo, presentaron a la vez alteraciones oclusales (7).

En 1982 algunas autoridades creían que existían dos causas para el bruxismo: las de origen psicológico y aquellas que causaban desarmonías oclusales (7).

Salsench en 1985 consideró que el bruxismo está determinado fundamentalmente por factores locales o mecánicos del propio aparato estomatognático (7).

En 1988 Rugh y Harlan demostraron que no todos los sujetos que padecían problemas de ajuste oclusal desarrollaban bruxismo (7).

Dawson en 1991 confirmó que el bruxismo, es el roce abrasivo no funcional de las piezas inferiores contra las superiores (7).

En 1991 el bruxismo es involuntario, parafuncional, excesiva masticación, apretamiento o desgaste de los dientes (8).

En 1992, el bruxismo es considerado como una señal de una disfunción resultante de factores múltiples que son psicológicos,

emocionales, dentales, del sistema general del cuerpo, profesionales y otros elementos idiopáticos (9).

Saban y Miegimolle en 1993 lo definieron como “el hábito de apretamiento, rechinamiento o frotamiento de las arcadas dentarias, con intensidad, frecuencia y persistencia” (7).

En 1994 el bruxismo fue implicado como una causa primaria en la hipertonicidad de los músculos masticatorios, particularmente afecta al masetero (10).

En 1995 se creyó que el bruxismo es ocasionante de la desviación mandibular, de problemas de hipermovilidad de la articulación temporomandibular, y productor de la disfunción de una patología de los músculos de la masticación (11).

En 1996 se definió al bruxismo como el golpeteo o rechinar de los dientes de manera inconsciente y no funcional, que puede desempeñar un papel importante en el trastorno de la articulación temporomandibular (2).

CAPÍTULO II.

GENERALIDADES DEL BRUXISMO.

El bruxismo se denominó con los siguientes términos :

- Bruxomanía
- Briquismo
- Bricomanía
- Neurismo oclusal
- Efecto de Karolyi
- Stricor dentium, etc.

Consiste en excursiones involuntarias de la mandíbula, que produce un choque perceptible (12).

2.1.DEFINICIONES

Este hábito por lo general apareció en intervalos variables de manera isométrica (contacto dental apretado), o isotónica (rechinamiento de los dientes) que la mayoría de las veces aparece durante el sueño, pero también puede presentarse durante el día(13).

El bruxismo es una respuesta a uno o más estímulos que a su vez integran un grupo extenso de alteraciones en la boca (14).

Se genera por una suma de irritaciones frecuentes que dan comienzo a un deterioro oclusal. El cual se presenta en cualquier edad y ocurre con mayor frecuencia en hombres que en mujeres (15).

En los niños durante su dentición mixta, el bruxismo es frecuente por interferencias que se desarrollan naturalmente cuando erupcionan los dientes. En caso de que el bruxismo sea muy severo, puede por sí solo ser un mismo irritante, teniéndose que realizar un tratamiento. Popularmente se cree que el rechinar de los niños, es por la presencia de "lombrices" (4). En pacientes geriátricos el bruxismo se presenta ocasionado por una alteración del Sistema Nervioso Central y se manifiesta en pacientes portadores de prótesis completa, sin estímulo periodontal capaz de desencadenar este fenómeno (16).

El término de "bruxismo" se aplica generalmente al hábito de cerrar fuertemente la boca, donde hay presencia de una presión excesiva sobre los dientes y el periodonto, o por el frotamiento, o apretamiento y choque constante de los dientes.

2.2. TIPOS DE BRUXISMO

Los tipos de bruxismo son: Excéntrico, Céntrico (diurno y nocturno). El bruxismo excéntrico se refiere al rechinar o frotamiento en posiciones laterales o de protusión, o excursión intermedia de la mandíbula (17).

El bruxismo céntrico, es el apretamiento que se produce en las proximidades del área céntrica o retrusiva .El paciente aprieta o frota ligeramente en la pequeña área entre la posición muscular, intercuspal y retruida (17).

Los dos tipos de bruxismo anteriores parecen tener una etiología común. Difiere el uno del otro en esencia, por el lugar o sitio en que se hace el apretamiento o rechinar (14).

El bruxismo puede aparecer comúnmente durante el día o la noche.

La actividad diurna puede estar más relacionada con una alteración del estado oclusal, con un aumento del grado de stress emocional, o con ambos. Puede ser llevada generalmente a un nivel consciente, a menudo se trata correctamente con una educación del paciente y con técnicas de relajación.

El bruxismo nocturno al parecer es menos influido por los contactos dentarios y más por el grado de stress emocional y los patrones del sueño (2). Esta actividad fue observada en dos formas : en episodios de incremento relacionados a la actividad muscular en el apretamiento y la contracción rítmica de los músculos reconocidos por el bruxismo.

Algunos estudios sugieren que el bruxismo ocurre predominantemente durante el sueño. Estos eventos del bruxismo han sido asociados con los cambios del sueño profundo y el ligero (16). A causa de estas diferencias el bruxismo nocturno

responde mal a la educación del paciente, a las técnicas de relajación y a las modificaciones oclusales. Los episodios del bruxismo se dan con más frecuencia al dormir de espalda y no de lado (2).

La gravedad del bruxismo depende primeramente de :

La cantidad del bruxismo.

La calidad de tejidos sujetos a su acción.

Los factores externos del bruxismo que son los que actúan sobre las estructuras de soporte y el organismo dental (5).

2.3. ETIOLOGÍA

Las causas del bruxismo son :

Local, sistémica, psicológica, ocupacional y no ocupacional, predisposición genética y farmacológica.

❖ LOCAL.

Se asocia con alguna alteración oclusal moderada que produce una molestia leve, crónica y de tensión.

Discrepancias oclusales (10).

Desarmonías entre RC y OC (10).

Incapacidad de las cúspides vestibulares de los dientes inferiores de ocluir en el área central de los dientes superiores (14).

Molestia producida por una superficie áspera de un diente u obturación (17).

Interferencia con un diente u obturación muy alta (5, 17).

Combinación de dos o más de los factores presentes (5,17).

Deglución anormal (contactos zigzagueantes de los incisivos inferiores contra las superficies linguales de los dientes superiores opuestos) (5,17).

Otros factores desencadenantes de tipo local son :

Colgajos gingivales de terceros molares (18).

Hiperplasia gingival o cualquier tipo de enfermedad periodontal, especialmente si hay dolor (18).

Irregularidades en la superficie del labio, mejilla, lengua (18).

Oclusión traumática (8).

Excesiva inclinación cuspídea (8).

Interferencias en trabajo y balance (8).

⊗ **SISTÉMICA.**

Son factores causantes del trastorno gastrointestinal, de deficiencias nutricionales clínicas, alergias (1).

⊗ **PSICOLÓGICA.**

Es la causa más común del bruxismo, ya que es una modificación de tensión nerviosa, psíquica, stress involuntario o subconsciente (1).

⊗ **OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL**

Se refiere al tipo de trabajo que realice la persona y el no ocupacional indica la actividad realizada por él (hábitos :morderse el labio, uñas,objetos,lengua,etc.)(1).

⊛ PREDISPOSICIÓN GENÉTICA.

Se vincula a un tipo hereditario y puede estar relacionado también con síndromes (ejemplo :Síndrome de Down, Autistas, etc.)(19).

⊛ FARMACOLÓGICA.

Se incluye el abuso de drogas y medicamentos, ya que se ha indicado que pueden aumentar los episodios de bruxismo (2,19).

Entre ellos se encontraron : anfetaminas, cocaína, cafeína, alcohol (19).

2.4.SIGNOS Y SINTOMAS.

La presencia de algunos de los siguientes signos y síntomas confirmaron la presencia de bruxismo (6).

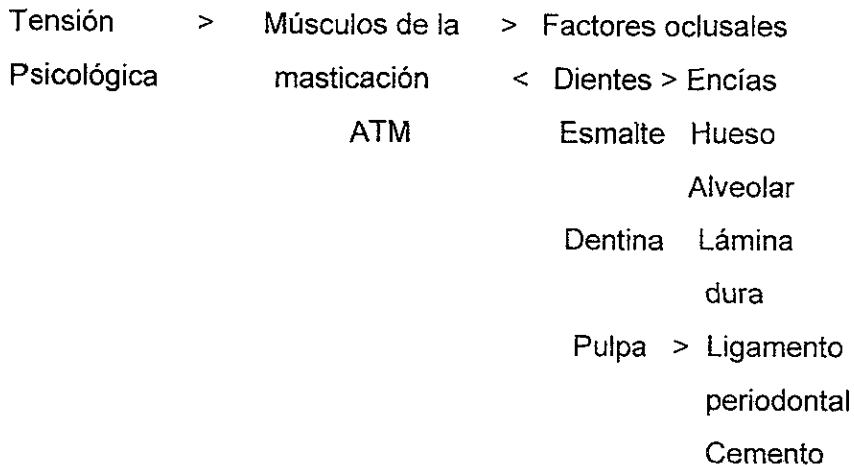
☞ Dentarios

♣ Neuromuscular

⊛ ATM

⌘ Periodontal

***EFECTO DEL BRUXISMO SOBRE LAS ESTRUCTURAS BUCALES(13).**



☞ DENTARIOS.

Las manifestaciones de desgaste dentario son las siguientes:

- A)Facetas de desgaste parafuncional.
- B)Escalones y surcos.
- C)Desgastes cortantes.
- D)Desgaste de media luna.
- E)Superficies planas uniformes.
- F)Desgaste oclusal excesivo.
- G)Erosión.
- H)Movilidad exagerada.
- I)Sonidos oclusales audibles.

- J) Hipersensibilidad pulpar.
- K) Fracturas radiculares.
- L) Fracturas parciales de corona.
- M) Abrasión.
- N) Atricción.

A) FACETAS DE DESGASTE PARAFUNCIONAL.

Se distinguen por que aparecen en áreas como los rebordes incisales de caninos e incisivos superiores, en premolares y molares, en facetas de retrusión (desde la posición intercuspal a la retruida), cúspides de obturaciones, etc. Son generalmente pequeñas, de gran lisura, de bordes bien definidos brillantes, en las etapas iniciales ; y en forma de copas en las fases avanzadas (6,20).

Las facetas se dividen en dos tipos :

Las correspondientes al par de dientes, que ofrecen la interferencia inicial desencadenante del bruxismo.

Las que se presentan en otras partes de los dientes como consecuencia o efecto secundario del hábito ya instalado (6,20).

En este tipo de desgaste se presenta la curva anti-Wilson, en la zona de molares y premolares (7).

B) ESCALONES Y SURCOS.

Se observa en las superficie palatina de los dientes anteriores del maxilar, ya sea en su tercio medio cerca de los límites gingivales (20).

C) DESGASTES CORTANTES.

Afectan las superficies linguales de los dientes anteriores hasta dejarlos sumamente delgados. A veces las superficies labiales de estos se hallan también afectados (20).

D) DESGASTE DE MEDIA LUNA.

Daña a los 4 o 6 dientes anteriores superiores ; las superficies linguales o palatinas se adelgazan, tomando la apariencia de una media luna, cuya línea se extiende desde incisal de un canino a incisal del otro. La mandíbula la mayoría de las veces presenta un prognatismo (20).

E) SUPERFICIES PLANAS UNIFORMES.

Se desgastan uniformemente todas las caras oclusales e incisales de los dientes (20).

F) DESGASTE OCLUSAL EXCESIVO Y DESIGUAL.

Se presenta un desgaste excesivo y desigual en las caras oclusales e incisales de los dientes (15).

G) EROSIÓN.

Se encuentra en dientes que reciben descargas oclusales excesivas en intensidad, duración y constancia (5,6).

H) MOVIMIENTO EXAGERADO.

Se localiza en dientes con muy pocos síntomas de alteraciones periodontales, y aun en ausencia total de los mismos (6).

I) SONIDOS OCLUSALES AUDIBLES.

Se manifiestan en el tipo excéntrico por frotamiento del bruxismo y durante el sueño (6).

J) HIPERSENSIBILIDAD PULPAR

En dientes que sufren esfuerzos oclusales traumáticos, los que provocan hiperemia pulpar con síntomas dolorosos especialmente al frío (6).

K) Y L) FRACTURAS RADICULARES Y PARCIALES DE CORONA.

Son provocadas por fuerzas excesivas sobre la estructura dentaria (5).

M) ABRASIÓN.

Pérdida de sustancia dentaria por frotamiento dental.

N) ATRICCIÓN.

Desaparición de sustancia dental por desgaste funcional, parafuncional o apretamiento (5). Los dientes desgastados por atricción, muy a menudo presentan encía sana y firme sobre un hueso alveolar abundante y firme. Los dientes posteriores muestran muy pocas o casi ninguna cúspide funcionando perfectamente y el periodonto sano.

B) MIOSITIS.

Se presenta inflamación aguda o crónica de un músculo (6).

C) HIPERTROFIAS.

Se hallan en bruxismo crónico en donde se observan las consecuencias sobre la armonía facial de los músculos elevadores, principalmente maseteros. En los casos de bruxismo céntrico, son interferencias en el área retrusiva, la hipertrofia es bilateral; y en el bruxismo excéntrico es por frotamiento con interferencias en el lado de balance, la hipertrofia es unilateral (6).

D) MIALGIAS.

Dolor muscular.

E) LIMITACIÓN DE MOVIMIENTO

Se manifiesta por la excesiva contractura de los músculos masticatorios, ocasionando con ello una restricción de los movimientos normales de la mandíbula.

F) FATIGA MUSCULAR .

El dolor muscular está íntimamente relacionado con la depresión, que es la respuesta emocional; en donde la excesiva fatiga muscular produce hiperactividad en los músculos masticatorios, ya que estos son fácilmente dañados por el apretamiento y rechinamiento donde la sintomatología fue rápida (5,21).

G) Y H) DOLOR DE CABEZA Y RIGIDEZ O APRETAMIENTO DE CUELLO Y HOMBRO.

Son provocados por la contractura existente de los músculos, ocasionando con ello un dolor frecuente en el área mencionada (7).

Tensión	>	Músculos de la	>	Restricciones de
Psicológica		masticación		movimiento mandibular
		ATM		Disfunción oclusal (13).

⊗ ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

A) Chasquido.

B) Crepitación.

C) Zumbido de oídos.

D) Dolor o malestar unilateral.

E) Restricción de movimiento de la mandíbula.

F) Desvío de la mandíbula.

G) Disfunción oclusal.

A) CHASQUIDO.

Se presenta cuando la cabeza del cóndilo aprieta la parte posterior del menisco, llendo hacia adelante para la abertura o hacia atrás para el cierre (13).

B) CREPITACIÓN.

Se da con la restricción del movimiento mandibular y el desvío de la mandíbula, donde el cóndilo choca contra la cavidad glenoidea (5,13).

C) ZUMBIDO DE OÍDOS.

El tinnitus o zumbido de oído es un fenómeno puramente subjetivo y puede ser descrito como ruido de sierra, silbido, siseo o ronquidos, es ocasionado por la contracción intermitente del ligamento tensor del timpano (13).

D) DOLOR O MOLESTIA UNILATERAL.

Se relaciona con cierto grado de frecuencia dolor de los músculos circundantes y de la articulación temporomandibular. El dolor se halla de forma unilateral y también como embotamiento (5,20).

E) Y F) RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTO Y DESVÍO DE LA MANDÍBULA.

Se encuentra relacionado en pacientes bruxistas, en donde se presentan problemas de la articulación temporomandibular y patologías de las mismas (5).

G) DISFUNCIÓN OCLUSAL.

Se manifiesta por la relación existente con los problemas de la articulación temporomandibular y el bruxismo(5).

..

⌘ PERIODONTALES.

- A) Periodontitis.
- B) Trauma por oclusión.
- C) Tejidos de soporte.

A) PERIODONTITIS.

Dientes que reciben fuerzas intensas y descontroladas del bruxismo , presentan con frecuencia un sonido sordo a la percusión, donde causa dolor al morder especialmente en la mañana al despertar (bruxismo nocturno) (6).

B) TRAUMA POR OCLUSIÓN.

Se le conoce también como oclusión traumática causante de lesiones periodontales, originadas por fuerzas oclusales normales en frecuencia, duración o dirección. Es la lesión tisular no la fuerza que lo produce (22).

C) TEJIDOS DE SOPORTE.

Son afectados por la existencia de fuerzas progresivas destructivas y constantes, que se presentan sobre un solo punto o en forma general.

2.5. TIPOS DE REHABILITACIÓN

El Cirujano Dentista debe de diagnosticar el bruxismo de manera eficaz, para lograr elegir el tratamiento correcto para cada paciente. Consiguiendo con esto, que el tratamiento vaya dirigido

a eliminar los factores etiológicos predisponentes y desencadenantes (23).

Las medidas psicoterapéuticas se utilizaron en pacientes que no presentaron daño en sus estructuras orales. Fundamentalmente se ordenaron en medidas reversibles e irreversibles. Dentro de las medidas reversibles se contó con : medicamentos y guardas oclusales y dentro de las irreversibles: el ajuste oclusal y las restauraciones (5).

2.5.1.PSICOLÓGICA.

Este tipo de rehabilitación debe de ser realizada conjuntamente por un especialista en psiquiatría y por el Cirujano Dentista solo en caso que el paciente presente alguna alteración psíquica, debe de administrarse algún tipo de antidepresivo para su control y bienestar; y corregirse mediante procedimientos de rehabilitación oclusal, ya que se haya controlado el hábito de desgaste normal(17).

2.5.2.FARMACOLÓGICA.

En este tipo de terapia se manejan tres clases de medicamentos :

ψ Tranquilizantes (5).

ψ Relajantes musculares(5).

ψ Analgésicos (23).

ψ TRANQUILIZANTES.

Este tipo de medicamentos son utilizados únicamente por los especialistas en psiquiatría, para el tratamiento de pacientes con problemas de tensión psíquica aguda, el tipo de tranquilizantes que usan son los antidepresivos.

ψ RELAJANTES MUSCULARES

Son seleccionados en presencia de dolor de la articulación temporomandibular, músculos, etc(5). Los que se pueden utilizar son :

Naproxeno 250-500 mg Tabletas y supositorios.

Dosis :1 cada 12 hrs. Durante 7 días.(Flanax,Naxen)(24).

Indometacina 250-500 mg Tabletas y supositorios.

Dosis :1 cada 12 hrs durante 6 u 8 días (Indocid)(24).

Metacarbamol 100 mg Tabletas.

Dosis :1 cada 12 hrs durante 6 u 8 días (Robaxin)(24).

ψ ANALGÉSICOS

Se administran en pacientes que refieren dolor excesivo, como :

Metamizol 500 mg Tabletas, jarabes, supositorios, ampollas.

Dosis :1 cada 8 hrs durante 7 días (de acuerdo al dolor)(Neo-Melubrina)(24).

Paracetamol 300-500 mg Tabletas.

Dosis:1 cada 6 u 8 hrs (de acuerdo al dolor)(Panadol,Tylenol)(24).

Ketarolaco 10 mg Tabletas.

Dosis :1 cada 6 u 8 hrs,(de acuerdo al dolor)(Dorixina,Dolac)(24).

Algunos pacientes recurren a un tratamiento homeopático o naturista que incluyen thés (yerbabuena, eucalipto, uña de gato, etc).

2.5.3. REHABILITACIÓN FÍSICA.

Este tipo de terapia es utilizada para la rehabilitación muscular logrando con ello relajación y recuperación del tono muscular. Se encuentran dos tipos de terapia física :

- ☉ Termoterapia
- ☉ Terapia muscular

☉ TERMOTERAPIA.

En este tratamiento se utiliza la aplicación de calor seco o húmedo mediante onda corta, infrarrojos, ultrasonidos, toallas calientes (la más utilizada por el paciente), almohadillas eléctricas, etc. Estos disminuyen el dolor, activando el aporte sanguíneo y favoreciendo la eliminación de la contracción muscular (23).

☉ TERAPIA MUSCULAR.

Esta rehabilitación es utilizada para lograr la relajación de los músculos espásticos, tonifican y aumentan la potencia de los grupos musculares antagonistas. De este forma se recupera la

potencia muscular disminuida por el desuso y por otra la relajación (23). En esta terapia se encuentran :

A)Masajes.

B)Ejercicios.

A) MASAJES.

Puede ser realizada por el paciente mismo o con la ayuda de algún familiar,consiste en el masaje de la parte muscular adolorida.

Se involucran algunos músculos como el:

esternocleidomastoideo,trapecio,masetero,temporal,infracioideos, etc (23).

B) EJERCICIOS.

Se efectúan cuando el paciente colabora, proporcionando resultados notables.Con este tipo de ejercicios específicamente, se tonifica y aumenta la potencia de los grupos musculares antagonistas;el tipo de ejercicio que se manda es el de abrir y cerrar la mandíbula contra una resistencia intermitente que permita contracciones isotónicas, la contracción forzada de los depresores los tonifica y además provoca la relajación de los músculos elevadores, y movimientos de lateralidad de la mandíbula (23).

2.5.4.GUARDA OCLUSAL.

Denominada como aparato oclusal extraíble, generalmente hecho de material acrílico duro, que se ajusta en las superficies oclusales de los dientes de una de las arcadas, creando un contacto oclusal preciso con los dientes opuestos (2). Se le conoce con los siguientes términos:

- Protector.
- Guarda bucal.
- Protector o guarda nocturna.
- Dispositivo interoclusal.
- Aparato ortopédico (2).
- Placa o plato miorelajante.
- Férula oclusal.
- Placa de mordida.

La razón principal de su uso, es la alteración de los contactos oclusales previos, eliminando los contactos desencadenantes, y siendo un medio de diagnóstico para evaluar el factor nervioso central primario o periférico (5).

TIPOS.

Existen dos clases de guardas oclusales que son las más utilizadas en la actualidad.

A) Permisivas

B) Directrices.

A) PERMISIVAS.

Es empleada en los casos que no se presenta disfunción. Son las que se han manejado para desbloquear la oclusión y eliminar así el contacto con las vertientes oclusales que hagan desviar los dientes. Cuando se logra, se pierde el reflejo neuromuscular que controla el cierre en máxima intercuspidadación.

Se permite a los cóndilos volver a su posición correcta asentada en relación céntrica, si el estado de los componentes articulares lo permite (4).

Debido a que todas las vertientes correctoras de los dientes están separadas o recubiertas con plástico liso las guardas permisivas dejan que los músculos funcionen de acuerdo con sus propias interacciones coordinadas, eliminando así su causa y los efectos de la descoordinación muscular. Por este motivo, con frecuencia las guardas permisivas se mencionan como desprogramadores musculares (4).

El diseño de una guarda será permisiva si se abren los contactos de las vertientes oclusales y proporciona una superficie de

deslizamiento lisa que permita al músculo no inhibido posicionar la mandíbula, las guardas permisivas se pueden realizar tanto para los dientes anteriores, posteriores, superiores o inferiores (4). La guarda oclusal en relación céntrica correctamente construida es una guarda permisiva, que no presenta obstáculos al posicionamiento de los cóndilos, éstos quedan libres de desplazarse arriba y abajo de los tubérculos articulares hasta la posición asentada más alta sin limitación alguna en su movimiento (4).

B) DIRECTRICES.

Se diseñan para posicionar la mandíbula en una relación específica respecto al maxilar. Cualquier guarda que tenga huellas oclusales que intercuspiden es una guarda directriz, por que la mandíbula es dirigida a una determinada posición relativa entre ellas, en la que tiene lugar una intercuspidadación de los dientes.

El propósito de la guarda directriz es posicionar o alinear los complejos cóndilo-disco, así pues las guardas directrices deben usarse solo cuando se requiere llevar la mandíbula en una posición específica (4).

INDICACIONES PARA EL USO DE GUARDA OCLUSAL.

- Pacientes con parafunciones(bruxistas) o disfunciones.
- Pacientes con problemas disfuncionales temporomandibulares.
- Pacientes aprehensivos emocionalmente, aún con buenas relaciones oclusales, pero con discrepancias entre oclusión habitual y relación céntrica.
- Temporalmente con discrepancia entre oclusión habitual y relación céntrica en presencia de síntomas.
- Pacientes que van a recibir tratamientos quirúrgicos ortognáticos pre y pos tratamiento.
- Pacientes con rehabilitación oral.
- Como diagnóstico diferencial donde exista duda de si la patología es de origen oclusal o mimético.
- Pacientes con periodontitis.
- Pacientes con ajuste oclusal.
- Pacientes con tratamientos protésicos extensos recién terminados.
- Pacientes en tratamiento ortodóntico pre y pos tratamiento.
- Pacientes con ensanchamiento del ligamento periodontal, hipercementosis, cálculos o nódulos pulpares, de los cuales se sospecha trauma oclusal (1).

REQUISITOS.

- Evitar poner sobre un plano oclusal irregular.
- El material de la guarda será plástico,rígido, y de poco grosor (para no obliterar el espacio libre interoclusal).
- El aparato debe entrar y salir de la boca suavemente.
- No dejar superficies ásperas, sobre todo en las zonas palatinas y vestibulares, ya que la lengua estaria tocándolas permanentemente (25).
- Cobertura de todos los dientes superiores.
- Superficies oclusales planas y tersas para todas las cúspides de soporte mandibular.
- Libertad en céntrica.
- Guía canina para movimientos protusivos y laterales.
- No tener guía incisal.
- Estabilidad oclusal.
- Ser de material económico que ocasione deformación moderada bajo el efecto de la actividad dentaria y que sea fácil de ajustar.
- Dimensión vertical de oclusión mínima.
- Tener volumen reducido.
- Aceptación estética (25).

📖 TIEMPO DE USO.

El paciente deberá usar el aparato 24 hrs. al día excepto entre comidas y habrá de llevar una dieta blanda (dependiendo del problema que tenga) mientras se soluciona su situación o hasta que la sintomatología registrada en la historia clínica halla desaparecido o disminuido (25).

📖 MATERIAL.

Los materiales ideales para la elaboración de la guarda oclusal son :

Acrílico transparente curado por calor(25).

Acrílico autopolimerizable.

Polivinilxiloxano o acetato (de 0.5mm de grosor)(1).

📖 INDICACIONES AL PACIENTE.

- Usar el guarda oclusal el mayor tiempo posible en el día excepto durante el inicio del tratamiento.
- Dieta blanda.
- La higiene bucal deberá aumentarse durante el uso del aparato.
- Lavar el guarda con agua corriente y jabón o pasta dental, con cepillo de cerdas blandas para no desgastar las superficies, sobre todo la oclusal.
- No lavar con agua caliente (en caso de acetato), ya que esto puede causar distorsión de la misma.
- Durante el tiempo que este fuera de la boca deberá mantenerse en un recipiente con agua.

- En caso de fractura el paciente deberá recurrir al Cirujano Dentista para su reparación, y no tratar de repararlo él.
- Acudir regularmente a sus citas (1).

2.5.5.AJUSTE OCLUSAL.

Es preciso proveer al paciente de mecanismos disoclusores, proporcionándole una guía y disoclusión del canino, en caso de ausencia de este, malposición, grave afectación periodontal, etc; se deberá obtener una función de grupo (23).

Los principios son dos : No sacar nunca los dientes de relación céntrica y no tocar jamás las puntas de las cúspides, tallar solo las vertientes (23).

El ajuste oclusal proporciona una mejoría transitoria de la hiperactividad muscular, ya que hace desaparecer la desarmonía oclusal que la origina (23).

Los límites del ajuste oclusal deben ser siempre considerados previamente (5).

2.5.6.RESTAURACIONES.

El tratamiento restaurador consiste no solo en crear una oclusión satisfactoria , sino en una oclusión ideal, que coincida entre relación céntrica y máxima intercuspidad, ausencia de contactos de balanceo tanto en movimientos laterales como protusivos (5)-.

Entre los tipos de restauraciones más usadas en pacientes bruxistas se encuentran:

☺ **PRÓTESIS FIJA.**

A) Coronas totales con frente estético (anteriores y posteriores)

B) Coronas totales metálicas (posteriores).

C) Coronas Onlays.

☺ **PRÓTESIS REMOVIBLE.**

A) En diseño normal.

B) Con caras oclusales metálicas.

CAPÍTULO III.

MANEJO DEL PACIENTE BRUXISTA.

En este capítulo se darán los resultados obtenidos del tratamiento realizado en un paciente bruxista en una Clínica Odontológica de la UNAM. En donde se llevo a cabo una evaluación comprensiva de la función mandibular; examinando todas las zonas de la cavidad bucal, para obtener el reconocimiento de síntomas de la relación-función a través de un método de diagnóstico como la Historia Clínica.

La Historia Clínica consta de los siguientes puntos :

- Ficha de identificación.
- Antecedentes heredo-familiares.
- Antecedentes personales no patológicos.
- Antecedentes personales patológicos.
- Padecimiento actual.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas.
- Exploración física : datos generales, inspección general, exploración bucal.
- Auxiliares de diagnóstico.
- Diagnóstico de presunción.
- Diagnóstico.
- Plan de tratamiento.

3.1.HISTORIA CLÍNICA.

3.1.1.FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre : José Isabel Aguilar Bonilla.

Edad : 58 años.

Domicilio : Francisco I Madero #58 Col.Providencia Azcapotzalco
C.P.02440

Sexo : Masculino.

Estado civil : Casado.

Ocupación : Taxista.

Teléfono : 352-89-44.

Lugar de nacimiento : Guanajuato.

Interrogatorio Directo.

Analfabeta : No.

Grado de escolaridad : Sexto de primaria.

3.1.2.ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

PARENTESCO	ENFERMEDAD ACTUAL	EDAD
Padre	Buena salud	78 años
Madre	No la conoce	-
Hermanos (2)	Buena salud	32 años
	Buena salud	60 años

Cónyuge	Buena salud	56 años
Hijos (4)	Buena salud	32 años
	Buena salud	28 años
	Buena salud	24 años
	Buena salud	21 años

3.1.3.ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

No. de habitaciones: 2

No. de habitantes : 6

Higiene personal : Buena.

Grupo sanguíneo : A positivo.

Inmunizaciones : Todas.

Alimentación : Escasa.

Cantidad : 3 veces al día.

Calidad : Regular.

3.1.4.ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Anamnesis por orden cronológico.

Enfermedades propias de la infancia : Viruela ,Sarampión.

Antecedentes traumáticos : Ninguno.

Antecedentes quirúrgicos : Apendicectomía.

Antecedentes transfusionales: No.

Experiencia previa en el uso de anestesia :Local y general sin ninguna alteración.

3.1.5.PADECIMIENTO ACTUAL.

Anamnesis por orden cronológico.

Signos y síntomas observados en el paciente :

- Dolor en la zona del cuello afectando los siguientes músculos :

Trapezio,esternocleidomastoideo,infracioideo.

- Dolor de cabeza.
- Cansancio.
- Dolor en la cara.

3.1.6.INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Solamente refirió molestia en el Sistema Nervioso por presencia de frecuentes cefaleas.

En los demás aparatos y sistemas no hay alteración.

3.1.7.EXPLORACIÓN FÍSICA.

Datos generales:

Peso : 85Kg.

Estatura : 1.83mts.

Signos vitales :

Temperatura : 37° normal.

Pulso : 70 pulsaciones por minuto.

Tensión arterial: 120/80.

Frecuencia respiratoria: 24 por minuto.

Inspección general (solamente patologías):

En cabeza,ojos,nariz,oídos,tronco y extremidades no presentó ninguna alteración ;en cuello se observó limitación de movimientos hacia ambos lados, y actitud forzada de los mismos por dolor y espasmo.

*** ODONTOGRAMA DEL PACIENTE.**

18 Ausente.

17 Ausente.

16 Extracción Indicada (grado de movilidad III).

15 Caries de segundo grado.

14 Caries de segundo grado.

13 Caries de tercer grado.

12 Caries de tercer grado.

11 Caries de segundo grado.

21 Caries de segundo grado.

22 Extracción Indicada (grado de movilidad III).

23 Caries de segundo grado.

24 Caries de segundo grado.

25 Ausente.

26 Caries de segundo grado.

27 Ausente.

28 Ausente.

38 Ausente.

37 Caries de primer grado con presencia de desgaste.

36 Caries de primer grado con presencia de desgaste.

35 Caries de primer grado con presencia de desgaste.

34 Caries de primer grado con presencia de desgaste.

33 Caries de primer grado con presencia de desgaste.

- 32 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 31 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 41 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 42 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 43 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 44 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 45 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 46 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 47 Caries de primer grado con presencia de desgaste.
- 48 Ausente.

✧ Exploración bucal .

Se identificaron los siguientes signos y síntomas.

A) Dentarios :

- Superficies planas uniformes del cuadrante izquierdo superior y en las zonas posteriores inferiores.
- Desgaste oclusal excesivo en forma de copas en dientes anteriores superiores y caninos inferiores.
- Desgaste oclusal desigual en 31,41,32 y 42.
- Erosión en 12,13,23,33,43,34 y 36.
- Sonidos oclusales audibles (bruxismo excéntrico) durante el sueño.
- Hipersensibilidad pulpar en 13 y 12.
- Fracturas parciales de corona en 11,23,41.

B) Muscular:

- Hipertonicidad de los siguientes músculos:
masetero, temporal, esternocleidomastoideo, infrahioideo.
- Miositis del músculo masetero.
- Hipertrofia de los músculos maseteros.
- Mialgia del músculo masetero y temporal.
- Fatiga de todos los músculos masticatorios.
- Dolor de cabeza ocasionado por la contractura de los músculos temporales .Generalmente aparece el dolor después del trabajo y en ocasiones por la mañana.

C) Articulación temporomandibular.

En la inspección clínica de la ATM no se identificó ninguna alteración.

Radiográficamente se encontró un ligero aplanamiento e inclinación de los cóndilos.

D) Periodontal.

Clinicamente se observó :

- Encía de color normal, puntilleo en forma de cáscara de naranja y textura firme en ambas arcadas.
- Movilidad dentaria de grado III en 16 y 22.

Radiográficamente :

- Inflamación del ligamento periodontal en anteriores superiores y 16.
- Poca pérdida bilateral de hueso en la zona posterior inferior por las fuerzas excesivas y progresivas.
- Hueso denso y trabeculado cerrado en la zona de los dientes anteriores inferiores.

3.1.8.AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.

Se utilizaron :

- Radiografías de tipo panorámica y dentoalveolares.
- Modelos de estudio.

3.1.9. DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN.

La alteración que desarrolló aparentemente el paciente fue bruxismo ocasionado por las siguientes causas:

A) Local.

- Desarmonía entre relación céntrica y oclusión céntrica.
- Discrepancias oclusales.
- Interferencias en trabajo y balance.
- Combinación de dos o más de los factores presentes.

B) Sistémica.

- Deficiencias nutricionales.

C) Psicológica.

- Provocada por una tensión nerviosa (stress, irritación, agresividad, enojo, cansancio) de manera involuntaria o subconsciente dando como resultado un desgaste en las caras oclusales de los dientes.

D) Ocupacional.

- Por el tipo de trabajo que realiza el paciente.

F) Farmacológica.

- Por ingestión excesiva de café.

3.1.10.DIAGNÓSTICO.

Por los datos obtenidos a través de la exploración física(bucal y general), se determinó que se trata de un paciente bruxista.

3.1.11.PLAN DE TRATAMIENTO.

Se llevó acabo un extenso plan de tratamiento que incluyó los siguientes procedimientos :

A) PARODONCIA.

- Técnica de cepillado (barrido).
- Control de placa 1 vez a la semana durante 4 meses.
- Profilaxis.
- Odontoxesis en 11,21,14,15,23,24,26 una vez al mes durante 4 meses en los dientes con movilidad grado II, la cual desapareció después de este procedimiento.

B) EXODONCIA.

- Se hizo extracción del 16 y 22 por pérdida de soporte óseo.

C) ENDODONCIA.

- Por el desgaste excesivo en forma de copas se le realizó la endodoncia en 12 y 13 por haber presentado caries de tercer grado.

D) GUARDA OCLUSAL.

- Por el tipo de desgaste se indicó el uso de guarda oclusal permisiva, permitiendo a los músculos posicionar la mandíbula en su relación adecuada.

- El tipo de material que se utilizó para la realización de esta guarda fue de polivinilxiloxano o acetato de 0.60 mm.
- Se realizaron aumentos de acrílico aproximadamente de 1 a 2 mm. Cada 20 días en un lapso de 6 meses, efectuando 5 en total durante la recuperación de la dimensión vertical.
- La indicación al paciente para el uso de esta guarda consistió en usarla solamente en las noches, durante los dos primeros meses, posteriormente se incrementó su uso en el transcurso del día hasta la recuperación de la dimensión vertical , retirándola en el momento de ingerir sus alimentos.

E) PREPARACIONES.

- Se realizaron preparaciones para corona total en todos los dientes superiores existentes. La terminación efectuada fue de tipo chaflán (porque es la indica para el tipo de material a utilizar).

F) PROVISIONALES .

- Ya que se obtuvo la recuperación de la dimensión vertical en la guarda oclusal, se transfirió el aumento de 10 mm en la elaboración de los provisionales, por el método indirecto.
- Pónticos : 22 y 25
- Terminación : Punta de bala (22) e Higiénica (25).

G) RESTAURACIONES.

Prótesis fija:

- Se realizaron coronas totales con frente estético y con caras oclusales y palatinas de metal cerámico (para evitar la fractura del material de procelana).
- Pónticos : 22.
- Terminación : Punta de bala.
- Pilares : 11,12,13,14,21,23.
- Coronas Totales Individuales en: 15,24 y 26.
- Material : Porcelana y metal cerámico.
- Terminación : Chaflán.

Prótesis Removible :

La clasificación que presentó el paciente fué :

- Clasificación de Kennedy Clase I subdivisión 1.
- Pónticos : 17,16,25,27.
- Descansos : 15,14,24,26.
- Pilares : 15,14, 24,26.
- Retenedores directos : de tipo circular simple en : 15,14,24,26.
- Material utilizado para los pónticos : Acrílico de color 67.
- Metal utilizado en la barra y retenedores : Cromo-Cobalto.
- Barra utilizada : Barra palatina única.

H) AJUSTE OCLUSAL.

La técnica que se utilizó fue la siguiente:

Paso 1. Eliminación de interferencias retrusivas y del deslizamiento desde relación céntrica hasta oclusión céntrica.

Paso 2. Ajuste de la oclusión céntrica logrando contactos estables, simultáneos y de puntos múltiples bien distribuidos.

Paso 3. Eliminación de interferencias protrusivas y estableciendo contactos bilaterales distribuidos en los dientes anteriores.

Paso 4. Reducción de interferencias en el lado de balance.

Paso 5. Reducción de las inclinaciones cuspídeas excesivas en los contactos laterotrúsivos en el lado de trabajo.

Paso 6. Anulación de desarmonías oclusales enérgicas.

Paso 7. Control de las relaciones de contacto dental.

Paso 8. Anulación de las superficies dentales irregulares.

En este tipo de pacientes es difícil que desaparezca por completo el hábito, por esta razón debe controlarse con citas periódicas cada dos meses, continuando con el uso de guarda (de acetato de grosor de 0.40 mm). Indicando el uso de la guarda sólo por las noches.

Se tenía planeado hacer una prótesis removible en inferior con caras oclusales metálicas, realizando un aumento aproximado de 3 mm; este tratamiento quedó inconcluso ya que el paciente no contaba con los recursos económicos necesarios para su realización.

3.2.CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL PARA PACIENTES BRUXISTAS, CON O SIN DOLOR Y DISFUNCIÓN.

Esta información podría auxiliar al Cirujano Dentista a determinar un diagnóstico y ayudar a establecer las necesidades del paciente.

NOMBRE : _____

DIRECCION : _____

No .DE TEL : _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____

1.HISTORIA.

Salud general.

a)Tiene frecuentes dolores de cabeza ?,Qué área de la cabeza ?

Cuánto tiempo dura ?

Es migraña ?

b)Ha sufrido de deficiencias nutricionales ?

c)Úlceras?

d)Toma regularmente medicamentos ? Si o No.

Cuáles ?

e)Es alérgico a algún medicamento ? Si o No.

Cuál ?

f) Si usted ha tenido algún problema en su dentadura o alguna otra enfermedad por favor descríbalos.

g) Si usted ha tenido problemas con respecto a sus dientes o mandíbula, por favor descríbalos.

h) Por favor indique algo más acerca de usted, que sospeche que pueda estar relacionado a su condición.

2. QUEJA PRINCIPAL.

a) Cuál es el principal problema que lo trajo hasta aquí ?

b) Este problema empezó repentinamente o gradualmente ?

c) Fecha de comienzo.

d) Cuánto tiempo le ha molestado este problema ?

Años _____ Meses _____

e) En que área comenzó?

f) Los síntomas le afectan uno o ambos lados ? Derecho o izquierdo. Si fue ambos lados, cuál vio usted más afectado?

3. SÍNTOMAS DE DOLOR.

a) Tiene dolor en las siguientes áreas ?

Por favor circule la D al lado derecho y la I al lado izquierdo.

Articulaciones	D	I
Vertis occipital (base del esqueleto)	D	I
3. Oído	D	I
dentro del oído	D	I
al frente del oído	D	I
Lóbulos del oídos sensibles hinchazón	D	I

Músculos de la cara	D	I
Ojos	D	I
Frente	D	I
Cuello	D	I
Hombro	D	I
paleta de los hombros	D	I
Arriba de la espalda	D	I
En medio de la espalda	D	I

b)Tipo de dolor : agudo,lento,superficial, profundo ?

c)Frecuencia?

d)Duración : el dolor es permanente ? intermitente ?

e)Cuánto tiempo le dura el dolor ? minutos ? horas ? todo el día ?
es duradero ?

f)El dolor es siempre el mismo ? aumenta ? disminuye ? se
mantiene gradual ?

g)El dolor empieza repentinamente ? o gradualmente ?

h)El período del dolor a que hora es más intenso ?

A que hora del día o de la noche el dolor es más severo ?

i)Cuál es el medicamento que toma para curar el dolor ?

j)Le aumenta o le baja el dolor?

k)Por favor describa algún método o posiciones de la mandíbula o
la cabeza ,que haya encontrado para aliviar el dolor.

Cuándo ?

14. Siente usted extremo calor en los músculos de sus maxilares ?

Cuándo ?

15. Tiene usted sangrado gingival o hinchazón con los chicles ?

16. Sabe usted la cantidad de saliva que produce su boca ?

17. Tiene usted un sabor salado en su boca ? Un sabor cobrizo o un sabor amargo ?

18. Se hincha su cara ? Qué parte ? Cuándo ?

19. Siente usted mareos ? Cuándo ? Frecuentemente ?

20. Siente usted desmayarse ?

21. Síntomas del oído.

Tiene usted Tinnitus (sonidos en el oído) ? D I

Pop (ruidos al abrir o cerrar la mandíbula) D I

Dolor intenso, sofocante ? D I

Ha cambiado la capacidad de oír ? D I

22. Ha tenido sus dientes en buena posición (derechos, bien alineados) ?

23. Te han arreglado el tipo de oclusión tu dentista ?

24. Por favor describe brevemente en cuanto a la localización del problema, o los síntomas desde que comenzaste a tener molestias.

25. Hay algo que quisieras decirme ?

CONCLUSIONES.

En el presente trabajo se demostró la alta frecuencia del bruxismo, así como las complicaciones que ocasionan al paciente al no ser identificado oportunamente y no habersele dado un tratamiento correctivo y de rehabilitación adecuada. Las fuentes de información sobre el tema confirman que se debe atender y estudiar en forma sistematizada al bruxista, paciente que debe recibir apoyo y orientación adecuada para evitar el abandono de su tratamiento.

Gracias al conocimiento e intervención pertinente del Cirujano Dentista se lograron resultados favorables y benéficos en la rehabilitación del paciente con problemas de bruxismo, utilizando técnicas eficaces.

CITAS BIBLIOGRAFICAS.

(1)Shafer,W.G.;Levi,B.M.:“Tratado de Patología Bucal”,México 1986.

(2)Okeson,J.P.:“Oclusión y Afecciones Tempromandibulares”, España .1996.

(3)Austin,D;Attanasio,R.: “ A produce for making a bruxism device in the office”.1991.

(4)Dawson,E.P: “Evaluación,Diagnóstico y Tratamiento de Problemas Oclusales” ,España .1995.

(5)Salsech,C.J.: “Trabajos Originales”. 1990.

(6)Behsnilian,V.: “Oclusión y Rehabilitación”.1974.

(7)Gutiérrez,S.L;García,M.C.: “Patología de la Oclusión I “. España .1995.

(8)Pingitore,G.M.A.;Chroback,V.D,;Petrie,J.:”The social and psychological factors of bruxism”.1991.

(9)James,A.;Calvin,P;Rinchuse,D.J.;Zullo,T.: "Assessment of buccal separators in the relief of bruxist activity associated with myofascial pain dysfunction".1992

(10)Menapace,S.E.;Rinchuse,D.J.;Zullo,T.;Calvin,J.P.;Schorhokia, N.H.: "The dentofacial morphology of bruxers versus non bruxers".1994.

(11)Quinn,J.H.: "Mandibular excersises to control bruxism and desviation".1994.

(12)Sheman,P.: " An aspect of temporomandibular joint disfunction :The inestable bite syndrome".1966.

(13)Arnold,M.: "Clínicas Odontológicas de Norteamerica".México. 1981.

(14)Franklin,R.I.: "Oclusión".1970.

(15)Martínez ,R.E.: "Oclusión Organica".México.1970.

(16)Okeson,J.P.;Phillips,B.A.;Berry,D.T.R. y Paesani,D. and Galante,J.: "Nocturnal bruxing events in healthy geriatric subjects".1990

(17)Ramfjord,S.P.; y Ash,M.M.: "Oclusión".1971.

(18)Morgan,D.H. : "Enfermedades del Aparato Temporomandibular

(19)Harness,D.M.;Peltier,B.: "Comparison of MMPI scores with self-report of sleep disturbance and bruxism in the facial pain population".1991.

(20)Brecker,S.C.: "Procedimientos Clínicos en Rehabilitación Oclusal".Buenos Aires.1961.

(21)Lunden,T.F.;George ,J.M. and Sturdevant,J.R.: "Stress un patients with pain in the muscles of mastication and the temporomandibular jpints".1988.

(22)Gutiérrez,S.L.; y García,M.C.: "Patología de la Oclusión II:Secuelas del bruxismo".España.1995.

(23)Gutiérrez,S.L.; y García,M.C.: "Patología de oclusión III:Exploración y Diagnóstico del Bruxismo y sus Secuelas".España.1995.

(24)Diccionario de Especialidades Farmaceuticas.: "PLM".1990.

BIBLIOGRAFÍA Y HEMEROGRAFÍA

Abraham,J,;Pierce,C;Rinchuse,D,Zullo,T.: "Assesment of bucal separators in the relief of bruxist activity associate with myofascial pain-dysfuntion".The Angle Orthodontist . 1992; 62:177-183.

Arnold,M.: "Clínicas Odontológicas de Norteamerica".Nueva editorial Interamericana S.A de C.V ; 1a edición ;Traducción por la Dra.Irina Lebedeff Spenger; pp:359-369,México.1981.

Ash,M.M.: "Oclusión Funcional". Nueva ediitorial Interamericana:pp:96,97,187-212 .México.1984.

Austin,D;Attanasio,R.: " A produce for making a bruxism device in the office".J.Prosthetic Dentistry.1991; 66:266-269.

Beaton,R.D;Egan,J.K;Nakggawa-Kogan,H. and Morrison,K.N. : "Self- reporte symtoms of stress with temporomandibular disorders: comparisions to healthy men and woman"; L.Prosthetic Dentistry. 1991;65:289-292.

Behsnilian,V.: "Oclusión y Rehabilitación".2^{da} edición; pp:94-100,Montevideo .1974.

Brecker ,S.C. : "Procedimientos Clínicos en Rehabilitación Oclusal".Editorial Mundi;pp:297-309.Buenos Aires.1961

Carranza ,F.A. : "Periodoncia .Patología y Diagnóstico de Enfermedades Periodontales". Editorial Mundi ; pp:94,97,104. Argentina.1978.

Carranza,F.A. : "Periodontología Clínica de Glickman".Nueva Editorial Interamericana.5a edición; pp:72,73,89,296,442-445,474-476,535,972-978,1024.México.1984.

Chistensen,G.J. : "Anormal Occlusal conditions: a forgotten parte of Dentistry". JADA.1995 ;126:1667-1668.December.

Dawson,P.E. : "Evaluación ,Diagnóstico y Tratamiento de los Problemas Oclusales".Masson-Salvat; pp:459-465.España .1995.

Fernández ,P.A;Fernández ,P.A. : "Teorias Oclusales y Psicológicas del bruxismo.Parte I".Revista Europea de Odonto-Estomatología.1995 ;VII(1):31-36.Granada ,España .

Fernández, P.A;Fernández,P.A. : "Teorias Oclusales y Psicológicas del bruxismo.Parte II".Revista Europea de Odonto-Estomatología .1995 ;VII(2): 99-104.Granada,España.

Franklin,R.I. : "Oclusión".Editorial Mundi .S.A.I.C.Y.F.; pp:59,65,75,88,102,210,225,228,229.Buenos Aires Argentina. 1970.

Genco,R.J. : " Periodoncia".Editorial Interamericana.McGraw-Hill;pp :3-31,359-360 .México .1993.

Graber,T.M. : " Ortodoncia Teoría y Práctica".Editorial Interamericana.McGraw-Hill; pp: 306-308,447,448,734,739,773. México.1974.

Gross,M.D. : "La Oclusión en Odontología Restauradora".Editorial Labor ;pp:122,157,177,178,188,193.España.1986.

Gutiérrez ,S.L; García,M.C. : "Patología de la Oclusión I.Bruxismo.Revista Europea de Odonto-Estomatología.1995;1:15-22. Granada,España.

Gutiérrez ,S.L;García ,M.C. : " Patología de Oclusión II:Secuelas del Bruxismo".Revista Europea de Odonto-Estomatología.1995 ; 2:77-84.Granada,España.

James ,A.;Calvin,P.; Rinchuse,D and Zullo ,T. : “ Assessment of buccal separators in the relief of bruxist activity associated with myofascial pain dysfunction”. ;The Angle Orthodontist.1992; 62:177-183.

Lunden,T.F. ;George ,J.M. and Sturdevant,J.R.: “ Stress un patiens with pain the muscles of mastications and the temporomandibular joints”.J.of Oral Rehabilitation. 1988;15:631-637.

Marsel,T.; Chew-W;Mc Neill-C;Hatcher-D; Miller-A. : “ Magnetic resonance spectroscopy of the human masseter muscle in nonbruxing and bruxing and bruxing subjects”.J.Oro Facial Pain .1995;9:116-130.

Martínez ,R.E.: “ Oclusión Organica” .Editorial Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V.; pp : 9,214,240,267,275,278,282,318 ; México.1981.

Menapace,S.E.;Rinchuse,D.J;Zullo,T;Pierce,C.J.;Shnorhokian, H. : “ The morphology of bruxism vs no bruxism”.The Angle Orthodontist. 1994; 64 : 43-52.

Morgan ,D.H. : “ Enfermedades del Aparato Temporomandibular”.
Editorial Mundi;pp: 283-289; Argentina .1979.

Okeson,J.P.;Phillips,B.A;Berry ,D.T.R. y Paesani,D. and
Galante,J.: “ Nocturnal bruxing events in healthy geriatric
subjects”.J.of Oral Rehabilitation .1990; 17:411-418.

Okeson,J.P. : “ Oclusión y Afecciones Temporomandibulares”.
Mosby/Doyma Libros .;pp : 154,159-161,164,165,257,258,356
,389,390,456-483.España.1996.

Pingitore,G.;Chrobak,V;Petrie,J.: “ The social and psychologic
factors of bruxism”.The Journal of Prosthetic
Dentistry.1991;65:443-446.

Quinn,J.H. : “ Mandibular excersises to control bruxism and
desviation problems” .Department of oral and Maxillofacial
Surgery.1995; 13: 30-34.

Ramfjord,S.P.: “ Oclusión” .Nueva Editorial Interamericana S.A de
C.V.; pp: 234-236.México .1983.

Roinstein,E.: " Diccionario de Enfermedades Farmaceuticas".
Consejo Editorial,ediciones P.L.M. S.A de C.V.; pp : 2-196.

Salsench,C.J. : " Trabajos Originales".Revista Europea de Odonto-
Estomatología.1990;2:37-43

Shafer,W.G.;Levi,B.M.: " Tratado de Patología Bucal". Nueva
Editorial Interamericana S.A de C.V ; 2a edición ; pp: 556-
557;México.1986.

Yustin,D.;Neff ,P.;Rieger ,M.R;Hurst,T.: "Characterization of 86
bruxing patients and long-term study of their management with
occlusal devices and others forms of therapy".J.Oro Facial Pain
.1993;7:54-60.

Zielinsky ,L. : " Concepto Integral de Oclusión".Revista Cubana de
Ortodoncia .1995; 26: 7-17.

Esta tesina es complemento del video " Rehabilitación de un Paciente Bruxista",en formato VHS con una duración de 15 minutos.