



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN
ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LIZETH CAROL DAMIÁN TÉLLEZ

TUTOR: Esp. PEDRO LARA MENDIETA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por ser mi fortaleza, por llenar mi espíritu y por todas las bendiciones que me ha dado a lo largo de la vida.

A MI MADRE LETICIA TÉLLEZ:

Gracias por estar a mi lado incondicionalmente, por darme ánimo y fortaleza cuando he creído que no puedo más, hoy este logro es más tuyo que mío porque sé que sin tus consejos y apoyo no estaría en donde me encuentro hoy. Espero algún día, ser mitad de lo que tú eres TE AMO MAMI.

A MI PADRE CLEMENTE DAMIÁN:

Gracias por cuidarme y protegerme, por enseñarme a ser una mujer con principios por estar a mi lado y brindarme tu incondicional apoyo, hoy te digo con orgullo que he cumplido mi promesa, llegue a mi objetivo, para que te sientas orgulloso de mis logros porque lo hice por ti, para regresarte un poco todo lo que me has dado, espero nunca decepcionarte. TE AMO PAPITO

A MIS HERMANOS:

Mi hermanita Fany gracias por tu cariño, por ser mi mejor amiga, y desvelarte conmigo en las noches de estudio, pero sobre todo gracias por ser mi primer paciente y confiar en mí.

Mi hermanito Brandon por su cariño y ayuda en extensas tareas, gracias por estar a mi lado.

A MI ABUELITA MARÍA DEL CARMEN JUÁREZ

Abue gracias por estar en cada momento importante de mi vida y brindarme tu apoyo incondicional Te quiero mucho.

A ADRIAN TORRES

Gracias por todo el amor que me das, por orientarme y compartir conmigo bellos momentos, por tu ayuda y comprensión, conocerte fue lo mejor que me pudo pasar, eres un hombre admirable.

A MI FAMILIA:

Por todo su cariño, su apoyo y por hacer suyos mis logros los quiero mucho.

*A mí amada Universidad Nacional Autónoma
de México por brindarme los conocimientos
para alcanzar este logro.*

*A los Profesores,
Doctores y Maestros
que compartieron su
conocimiento y
experiencia durante
mi estancia en esta
gloriosa
Universidad.*

*A la Facultad de
Odontología por
abrirme sus puertas.*

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

*Un especial agradecimiento al Esp. Pedro Lara
Mendieta por sus consejos, conocimiento y dedicación
que siempre mostro para la realización de esta tesina.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	8

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	9
----------------------------------	---

CAPÍTULO II

BRUXISMO

2.1 DEFINICIÓN.....	12
2.2 ETIOLOGÍA.....	13
2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	14
2.4 CLASIFICACIÓN.....	15
2.4.1 BRUXISMO DIURNO.....	15
2.4.2 BRUXISMO NOCTURNO.....	16
2.4.3.1 FASES DEL SUEÑO.....	17

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO

3.1 DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO.....	18
3.2 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.....	18
3.2.1 HISTORIA CLÍNICA.....	19
3.2.2 EXAMEN CLÍNICO.....	20
3.2.3 FOTOGRAFÍAS INTRAORALES Y EXPLORACIÓN DENTAL.....	25
3.2.4 FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES.....	25

3.2.5 RADIOGRAFÍAS	26
3.2.6 MODELOS DE ESTUDIO	27
3.2.7 ENCERADO DE DIAGNÓSTICO	29
3.2.8 ELECTROMIOGRAFÍA	30
3.2.9 FÉRULAS DE DIAGNÓSTICO	30
3.3 DIMENSIÓN VERTICAL	31

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PARA PACIENTE BRUXISTA

4.1 ELIMINACIÓN DE FACTORES CAUSALES DE SÍNTOMAS	33
4.2 FARMACOTERAPIA	33
4.2.1. FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS	34
4.2.2 ANSIOLÍTICOS	34
4.2.3 ANESTÉSICOS LOCALES	35
4.3 FISIOTERAPIA	36
4.3.1 TERAPIA DE CALOR	36
4.3.2 TERAPIA DE FRIO	37
4.3.3 EJERCICIOS DE APERTURA CONTRA UNA RESISTENCIA	38
4.4 MODIFICACIÓN CONDUCTUAL	39
4.4.1 PSICOTERAPIA	39
4.5 TERAPIA ORTOPÉDICA CON FÉRULAS	39
4.5.1 FÉRULAS DE ESTABILIZACIÓN	41
4.5.2 FÉRULAS DE MORDIDA POSTERIOR	42
4.5.3 FÉRULAS BLANDAS	42

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

5.1 OCLUSIÓN: PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.....	43
5.2 OBTENCIÓN DE DATOS	44
5.2.1 ESTADO FUNCIONAL DE LA OCLUSIÓN	44
5.2.2 SÍNTOMAS EN EL APARATO MASTICADOR	45
5.2.3 EXAMEN DEL SISTEMA MASTICADOR.....	46
5.3 CONTROL SINTOMATOLÓGICO.....	46
5.3.1 OPCIONES DE TRATAMIENTO.....	47
5.4 PLANEAMIENTO CLÍNICO.....	48
5.4.1 ELECCIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO.....	49
5.5 AJUSTES DE LA OCLUSIÓN.....	50
5.5.1 ETAPA PREOPERATORIA.....	50
5.5.2 DESGASTE SELECTIVO.....	50
5.5.3 RESTAURACIONES UNITARIAS.....	51
5.5.3.1 RESTAURACIÓN DE DIENTES SEVERAMENTE DESGASTADOS	52
5.5.4 REHABILITACIÓN ORAL.....	54
5.5.5 PROCEDIMIENTOS ORTODONTICOS.....	54
5.5.6 CONSULTAS QUIRÚRGICAS.....	54
5.6 MANTENIMIENTO.....	55
CONCLUSIONES.....	56
FUENTE DE INFORMACIÓN.....	57



INTRODUCCION

Los trastornos TTM son alteraciones ocasionadas por un cambio en el estímulo sensitivo o propioceptivo, por ejemplo una restauración con una oclusión inadecuada.

Los patrones de contrato oclusal influyen sobre la actividad de los músculos masticatorios, si se introduce un contacto elevado se puede inducir dolor muscular, periodontal o pulpar, durante y después de la masticación.

El equilibrio dental es de suma importancia en la oclusión de los órganos dentarios, que en conjunto realizan la función masticatoria, fonética y deglución, cuando el equilibrio se altera se puede presentar una parafunción denominada bruxismo.

El cual se define como la acción de apriete, golpeteo constante y rechinar dentario de forma consiente o inconscientemente es decir diurno o nocturnamente ocasionando desgaste de los órganos dentarios, fatiga muscular y cefaleas.

Clínicamente encontramos desgaste dental que en ocasiones puede llegar a la cresta gingival, sensibilidad dental, daño periodontal, perdida de hueso o fracturas dentales por la fuerza excesiva que ejercen los músculos.



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



Para poder realizar un adecuado tratamiento se necesita llegar a un diagnóstico correcto valorando los signos y síntomas, la edad del paciente los hábitos y la perspectiva del mismo ante el tratamiento.

La rehabilitación clínica para estos pacientes se realiza con aditamentos protésicos removibles o coronas fijas ya que se busca recuperar la dimensión vertical por dicho problema y la función masticatoria.

Cabe destacar que la rehabilitación protésica, no será suficiente sino se complementa con terapias diurnas o nocturnas de ayuda para la disminución de tensión en los músculos masticatorios los cuales son responsables del deterioro dental dando como consecuencia una parafunción.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la importancia del diagnóstico para la Rehabilitación de pacientes Bruxistas en Odontología Restauradora.



CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

- El primer antecedente de bruxismo lo encontramos en el texto del antiguo testamento cuando se habla de “crujir y rechinar los dientes” como un castigo eterno. ⁽³⁾
- En 1901 Karolyi fue el primero en hablar de Neuralgia traumática, que tiempo después conoceríamos como bruxismo, también conocido como “Efecto de Karolyi” ⁽¹⁰⁾
- En 1907 Marie y Pietkiewicz proponen que el termino bruxismo procede de “la bruxomanie”. ⁽¹⁰⁾
- En 1928 Tischler califica al bruxismo como habito oclusal neurótico. ⁽²¹⁾
- En 1920-1930 Monson y Goodfriend denominan el concepto de “SOBRECIERRE” en el área de oclusión y determinan el tratamiento, el cual consiste en levantar la mordida mediante incrustaciones o guardas en los dientes posteriores. ⁽¹⁰⁾
- En 1931 Frohmann primero en establecer la palabra Bruxismo. ⁽²¹⁾



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



- En 1934 el Dr. Jaimes Costen Otorrinolaringólogo establece que a la pérdida de soporte oclusal dentario suelen ir acompañados de síntomas como problemas de oído y dolor TTM, también conocido como “Síndrome de Costen”.⁽⁷⁾⁽¹¹⁾
- En 1936 Miller establece al bruxismo como el apretamiento dentario nocturno y bruxonimia como el apretamiento dentario diurno.⁽¹⁰⁾
- En los años 1930-1940 Schuyler y Lindblom, promueven el concepto de interferencia oclusal convirtiéndolo así en una explicación popular de las alteraciones de ATM, para lo cual el tratamiento constaba de de terapias oclusales libre de interferencias originado un incremento de la dimensión vertical.⁽¹⁰⁾
- En 1950-1960 en base al concepto Neuromuscular de disfunción oclusal se diseñan aparatos como los planos de mordida de Hawley o de Sved para inducir la relajación de los músculos a través de la desoclusión.⁽¹⁰⁾
- En 1961 Ramfjord basándose en un estudio descubre que en pacientes con bruxismo puede existir alguna clase de interferencia oclusal.⁽²¹⁾



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



- En 1962 Posselt define a los hábitos como morder las uñas o los labios, hábitos orales parafuncionales.⁽²¹⁾
- En 1967 Drum hace referencia al bruxismo como un hábito parafuncional.⁽¹⁰⁾
- En 1971 Ramford y Ash realizan la diferencia entre bruxismo excéntrico y bruxismo céntrico.⁽²¹⁾
- 1980 Weinberg y Linn llegan a la conclusión que una modificación en la oclusión puede causar dolor craneomandibular agudo.⁽⁷⁾
- En 1982 Moody concluyo que los pacientes con DTM manifestaban niveles considerables de estrés en comparación de otros pacientes con distintas dolencias.⁽⁷⁾
- En 1999 Carlsson y Magnusson definen a parafunción como actividad que carece de propósitos funcionales.⁽²⁾
- En 2001 en una revisión de Kato, Montplaisir y Lavigne se define al bruxismo como una actividad Parafuncional oral cuando una persona esta despierta o dormida.⁽²⁾



CAPÍTULO II

BRUXISMO

Etimológicamente bruxismo viene de los vocablos:

brykh- βρύχω que significa 'morder' e *-ismos* que significa 'proceso patológico' ⁽⁴⁾

2.1 DEFINICIÓN

El bruxismo se define como el hábito de apriete o rechinar dentario de característica constante y fuera de las fuerzas oclusales normales de los órganos dentarios que se puede presentar en el paciente consciente o inconscientemente es decir diurno o nocturnamente, originando como consecuencia la destrucción estética de los incisivos y alterando la funcionalidad de los molares, clasificando al bruxismo como una parafunción debido a que este comportamiento carece de propósito funcional siendo potencialmente lesivo. ^{(1)(2)(3) (9)}



Fig. 1 BRUXISMO DENTAL¹

¹ <http://www.tratamentodaatm.com.br/wp-content/uploads/brumo-e-desgaste-dent%C3%A1rio.jpg>



2.2 ETIOLOGÍA

En la etiología encontramos que el bruxismo se relaciona con ansiedad y estrés sin embargo variaciones del sueño (parasomnias) como pesadillas, babeos o hablar durante el mismo provocan alteraciones agrupadas dentro de este mismo grupo por lo tanto se puede considerar de etiología multifactorial.⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Otro factor asociado es el consumo de alcohol, drogas, enfermedades sistémicas, traumas o la dependencia a la nicotina que desencadena un episodio de ansiedad, presentándose con mayor frecuencia en la población joven aunque estudios recientes comprueban un aumento significativo de bruxismo en la infancia asociándolo al estilo de vida de una época a otra.⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁸⁾

Considerando que el bruxismo afecta de 15% a 23% de la población siendo la edad un factor diferencial debido a que presenta en un 14% en niños y solo un 3% en la población geriátrica.⁽⁸⁾



2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE BRUXISMO

El síntoma primordial y de preocupación para un paciente bruxomano es el dolor muscular, sensación de cansancio en la articulación temporomandibular, tensión en los músculos y cefaleas constantes.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Clínicamente podemos encontrar el desgaste dental en ambos maxilares que en algunos casos, este desgaste puede llegar a la cresta gingival, daño en esmalte, causar sensibilidad dental, hipertrofia de los músculos masticatorios, dolor y disfunción en la ATM.⁽⁶⁾⁽⁹⁾



FIG.2 FACETAS DE DESGASTE OCLUSAL²



Fig,3 DOLOR MUSCULAR³

² Fuente. <http://scielo.sld.cu/img/revistas/est/v48n3/f0111311.jpg>

³ Fuente. <http://abadet.files.wordpress.com/2011/07/dolor-122.jpg>



2.4 CLASIFICACIÓN

2.4.1 BRUXISMO DIURNO

La actividad parafuncional de característica diurna, consiste en golpeteo y frotamiento de los dientes, así como hábitos orales que una persona realiza de manera inconsciente como morderse la lengua las mejillas o chuparse el pulgar, acompañado de hábitos inusuales como morder los lápices o alfileres y morderse las uñas.⁽¹¹⁾⁽²⁾

Es común que durante el día se aprieten los dientes con fuerza, presentándose con frecuencia al realizar una tarea por ejemplo, conducir, leer, escribir a máquina o realizan un esfuerzo físico importante como levantar objetos pesados.⁽¹¹⁾

Tomando en cuenta que aun, cuando la persona esta despierta la actividad parafuncional se da a nivel subconsciente es decir no se dan cuenta de los hábitos que generalmente realizan.⁽¹¹⁾

2.4.2 BRUXISMO NOCTURNO

El bruxismo nocturno se relaciona con trastornos de sueño, acompañado de contracción muscular que provoca la fricción de ambos maxilares, estos episodios de bruxismo coinciden con frecuencia cuando el paciente cambia de una fase profunda de sueño a una superficial. ⁽²⁾⁽⁹⁾

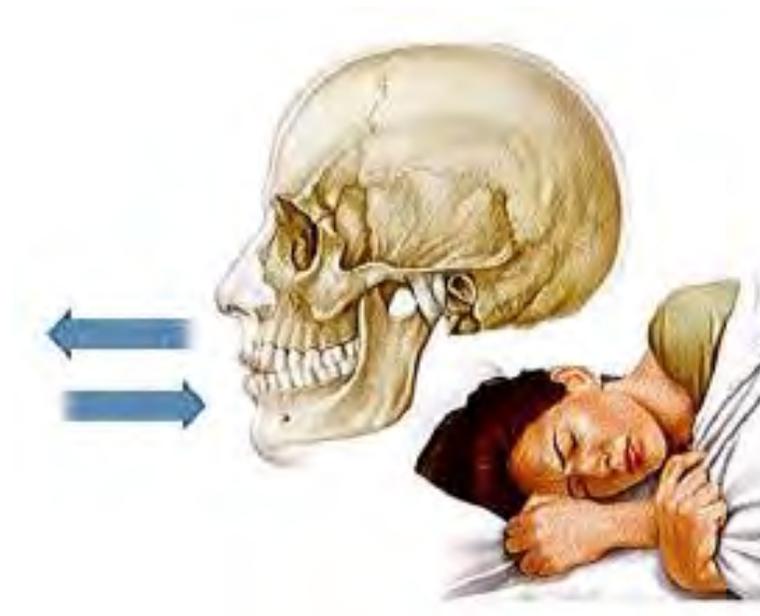


Fig. 4 BRUXISMO NOCTURNO⁴

⁴ Fuente. http://dentistajavierperez.com/style/images/preguntasfrecuentes/bruxismo_foto5.jpg



2.4.3.1 FASES DEL SUEÑO

- Fase de sueño no REM (rapid eye movement):

Esta fase de sueño es importante ya que restablece la función de los sistemas corporales, por lo tanto es indispensable para el reposo físico ya que está comprobado que la falta de esta fase provoca sensibilidad musculoesquelética, dolores y rigidez.⁽²⁾⁽¹¹⁾

- Fase de sueño REM:

Esta fase de sueño por restablecer la función de la corteza cerebral y de las actividades del tronco cerebral, haciéndolo importante por para el reposo psíquico.⁽²⁾⁽¹¹⁾

- Fase 1 y 2:

Corresponden a estadios iniciales del sueño poco profundo con predominio de ondas alfa rápidas y pocas ondas beta.⁽²⁾⁽¹¹⁾

- Fase 3y 4:

Corresponde a estadios de sueño más profundos con predominio de ondas beta más lentas⁽²⁾⁽¹¹⁾



CAPÍTULO III DIAGNÓSTICO

3.1 DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO

Diagnóstico s. m.

1. Determinación o identificación de una enfermedad mediante el examen de los síntomas que presenta. diagnosis.
2. Examen de una cosa, un hecho o una situación para buscar solución a sus males. diagnosis.⁽¹⁸⁾

En la etapa de diagnóstico se recaba toda la información del paciente en la historia clínica para analizarla e interpretarla y conseguir llegar al adecuado tratamiento odontológico. Evaluando alteraciones y considerando los factores que lo causan, tomando en cuenta el daño presente, los hábitos del paciente y la edad del mismo.⁽¹⁰⁾

3.2 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Examen clínico
- Fotografías intraorales
- Fotografías extraorales
- Radiografías
- Modelos de estudio
- Encerado de diagnóstico
- Electromiografía
- Férulas de diagnóstico



3.2.1 HISTORIA CLÍNICA

En la historia clínica se registra de forma ordenada los datos del paciente signos y síntomas, necesidades, problemáticas y limitaciones permitiendo identificar al paciente con el objetivo de determinar un diagnóstico.⁽¹³⁾

Deberá ordenarse de la siguiente forma:

- Ficha de identificación (datos personales del paciente)
- Motivo de la consulta
- Antecedentes personales
- Antecedentes sistémicos
- Antecedentes odontológicos
- Examen bucal

ANAMNESIS

El clínico deberá recabar la información posible en base a lo que el paciente refiere, haciendo un cuestionario de característica directa, precisa y clara.⁽¹³⁾

- ¿Dónde duele?
- El dolor es unilateral o bilateral
- ¿Cuánto tiempo dura el dolor?
- Está asociado a movimientos de masticación
- Momento del día que distingue o se agudiza el dolor (por las mañanas, tarde o últimas horas del día).



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



- Se difunde el dolor y de ser así, hacia que estructuras lo hace oído, cabeza, cuello, hombro o espalda.
- Presencia de ruidos o chasquidos en la articulación temporomandibular.
- Si el paciente distingue que se le dificultan los movimientos mandibulares (abrir o movimientos laterales).
- Vértigo
- Fonación del paciente, es decir si habla con pocos o nulos movimientos de la mandíbula.
- Conocer la actividad física del paciente.
- Determinar si existe una relación oclusal entre la postura y los síntomas referidos.⁽¹³⁾

Los pacientes que presentan tensión emocional refieren dolores crónicos, pérdida de la autoestima, conducta hostil y apatía es frecuente que estos pacientes lleguen a padecer depresión o dependencia a fármacos.⁽¹³⁾

3.2.2 EXAMEN CLÍNICO

En la exploración clínica se debe identificar toda posible variación de las funciones normales del sistema masticador así como las variaciones de salud que se encuentren.⁽¹³⁾



Debido a la complejidad de la cabeza y el cuello es importante valorar ciertas estructuras no masticatorias para descartar otros posibles trastornos, es conveniente examinar la función general de los pares craneales, ojos, oído y cuello si se observan signos anormales se remitirá al paciente con el correspondiente especialista. ⁽¹¹⁾

El examen clínico se dividirá en 5 partes puesto que la exploración es compleja: ⁽¹³⁾

a) OBSERVAR LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES DEL PACIENTE

Apertura activa:

Se valoran amplitud, simetría y existencia de dolor abriendo la boca sin forzarlo. ⁽¹³⁾

Amplitud:

La distancia de apertura normal en adultos es de 40mm, en promedio es de 46mm. ⁽¹³⁾

Simetría:

La desviación en los movimientos de apertura y cierre mayor a 2mm se considera patológica. ⁽¹³⁾

Existencia de dolor: origen del dolor articular, muscular, otitis entre otros.

Movimientos laterales:

Es importante valorar los movimientos de lateralidad ya que indican la funcionalidad del cóndilo. ⁽¹³⁾



b) EXPLORACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Palpación externa: dolor a la palpación o desplazamiento condilar (fig.5).⁽¹³⁾

Palpación interna:

Se coloca el dedo meñique en el conducto auditivo presionando suavemente hacia el tragus valorando si hay desplazamiento condilar.⁽¹³⁾

Auscultación: ruidos articulares chasquidos y crepitaciones.⁽¹³⁾



Fig. 5 PALPACION EXTERNA⁵

⁵ Fuente. <http://zl.elsevier.es/imatges/274/274v06n01/grande/274v06n01-13078722fig02.jpg>

c) EXPLORACIÓN DE LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS

El objetivo de la exploración será evaluar la parafunción muscular y las alteraciones que puede producir, como daño en articulación temporomandibular, afectar al periodonto o condicionar el desgaste dental. Se realiza en reposo y en contractura muscular valorando la hipertrofia o atrofia, volumen y tonicidad de los músculos temporal, masetero, pterigoideo, pterigoideo interno, pterigoideo externo, digástrico, esternocleidomastoideo y trapecio. (13)

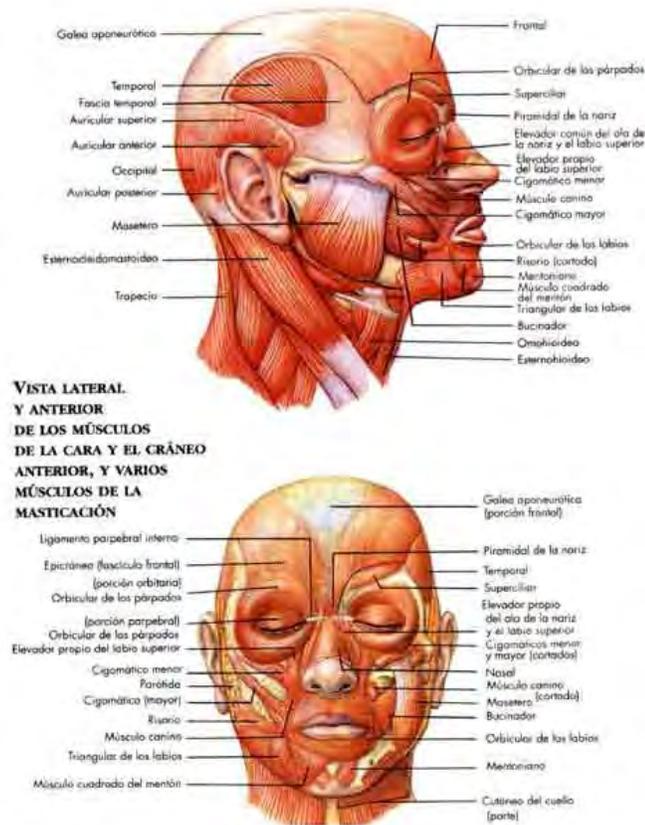


Fig 6. MUSCULOS FACIALES⁶

⁶ Fuente. <http://www.monografias.com/trabajos57/sistema-muscular/Image15764.jpg>



d) EXAMEN DENTAL

Las restauraciones altas generan un punto prematuro de contacto (trauma oclusal) obligando a la mandíbula a realizar un cambio postural causando una sobre carga del sistema neuromuscular por tal motivo será importante observar el estado en el que se encuentran las restauraciones, calculo dental, caries, fracturas radiculares y el desgaste son factores a considerar.⁽¹³⁾⁽²⁰⁾

e) EXAMEN PERIODONTAL

El trauma oclusal generado por un tratamiento dental (operatoria dental, prótesis, ortodoncia, entre otras) y que tiene como consecuencia cambio de postura mandibular, genera una sobre carga oclusal en la dentición.

El trauma continuo dañara al tejido periodontal desencadenado perdida de hueso gradualmente.⁽¹³⁾



Fig. 7 DAÑO PERIODONTAL⁷

⁷ Fuente. <http://tecnicasdentales.com.ar/wp-content/uploads/2012/01/grado-cronico-de-bruxismo.jpg>

3.2.3 FOTOGRAFÍAS INTRAORALES Y EXPLORACION DENTAL

La exploración dental inicia con la inspección de los dientes estructuras de soporte para localizar cualquier indicio de deterioro, los signos y síntomas frecuentes son movilidad dentaria, pulpitis y el desgaste dental. ⁽¹¹⁾



Fig.8 DESGASTE DENTAL⁸

3.2.4 FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES

En ellas se observan las simetrías faciales, cierre labial, perfil blando, contracturas musculares ⁽¹⁷⁾

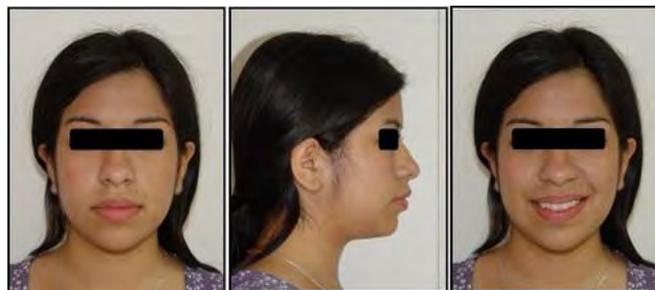


Fig. 9 FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES⁹

⁸ Fuente. <http://odontoclinica.org/odontoblog/wp-content/uploads/2008/10/erosion-abrasion-bruxismo.jpg>

⁹ Fuente. http://s3.amazonaws.com/dentoshopro/public/ckeditor_assets/pictures/148/content_01.jpg?1327935061



3.2.5 RADIOGRAFÍAS

El uso de radiografías como herramienta de diagnóstico en la práctica dental va dirigida principalmente a la observación de tejidos duros como los órganos dentales y hueso, evidencia de lesiones o alteraciones de desarrollo, quistes o neoplasias, y la pérdida ósea por enfermedad periodontal. ⁽¹⁰⁾

El uso de una imagen suele aportar información al expediente clínico. ⁽¹⁰⁾⁽²⁰⁾



Fig. 10 ORTOPANTOMOGRAFIA CON DESGASTE DENTAL¹⁰

¹⁰ Fuente. <http://www.galenored.com/userfiles/image/draabujder/radiografiaPanoramica.jpg>



3.2.6 MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio son útiles para analizar la morfología de los dientes, forma del arco dental, puntos prematuros de contacto, posición de los dientes, desgaste oclusal y la relación céntrica de los dientes superiores e inferiores. Los modelos montados en el articulador semiajustable permite estudiar las relaciones oclusales desde el punto de vista lingual (fig.13) proporcionando una visión detallada de las facetas oclusales y sus relaciones funcionales siendo de gran ayuda en la planeación del tratamiento.⁽¹⁰⁾



Fig. 11 MODELOS DE ESTUDIO CON DESGASTE DENTAL ¹¹

¹¹Fuente.www.scielo.org.ve/img/fbpe/revistas/aov/v38n2/.



Fig 12 MODELO DE TRABAJO EN EL ARTICULADOR¹²



FIG 13 VISTA LINGUAL DE LOS MODELOS DE ESTUDIO¹³

¹² Fuente. DR. Pedro Lara Mendieta

¹³ Fuente. DR. Pedro Lara Mendieta.

3.2.7 ENCERADO DE DIAGNOSTICO

El encerado de diagnostico es un proceso en el cual se planifican las restauraciones, para determinar la mejor opción de tratamiento, este auxiliar proporciona una vista de forma tridimensional de lo que puede ser el resultado final. ^{(14) 366}

Fig .14 ENCERADO ANTES DE
MODELAR¹⁴



FIG. 15 ENCERADO MODELADO Y TERMINADO ¹⁵

¹⁴ Fuente. http://www.occlusion.es/wp-content/uploads/bruximania_13.jpg

¹⁵ Fuente. http://www.occlusion.es/wp-content/uploads/bruximania_20.jpg



3.2.8 ELECTROMIOGRAFÍA

La electromiografía (EMG) es un examen para verificar la salud de los músculos y nervios, el examen se realiza de la siguiente forma el médico introduce un electrodo muy delgado a través de la piel y hasta llegar al musculo, pidiendo al paciente que contraiga el musculo, el electrodo detecta la actividad eléctrica liberada por el musculo, la temperatura corporal es un factor que puede afectar los resultados del examen posteriormente el músculo puede presentar hematomas y estar sensible por unos días.⁽¹⁵⁾

Recientemente se a desarrollado un dispositivo ambulatorio que registra la actividad electromiografía de los músculos maseteros denominado (BiteStripTM)⁽¹⁾

3.2.9 FÉRULAS DE DIAGNÓSTICO

Las férulas oclusales ofrecen un tratamiento de forma temporal, y puede ser diseñada para modificar un factor etiológico de los TTM en este sentido los síntomas se modifican temporalmente y tendría un valor diagnostico.⁽¹¹⁾



3.3 DIMENSIÓN VERTICAL

La dimensión vertical se define como la posición vertical de la mandíbula en relación con el maxilar cuando los dientes de ambos maxilares se encuentran en su máxima intercuspidad, sin embargo los dientes no son los determinantes de la dimensión vertical es decir la posición de los dientes es determinada por la dimensión vertical por el espacio disponible entre ambos maxilares. ⁽¹⁶⁾

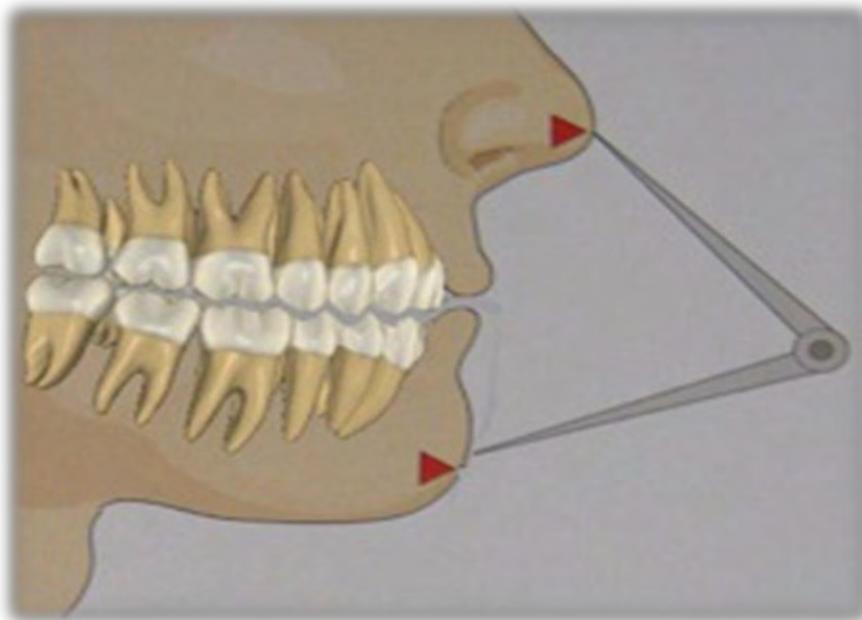


Fig. 16 DIMENSION VERTICAL ¹⁶

¹⁶ Fuente: http://odontologiavirtual.unicartagena.edu.co/Oclusion_6_Unidad_files/dimension-vertical-2.jpg



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



Conceptos erróneos de la dimensión vertical

- La dimensión vertical no se puede determinar solo con la comodidad del paciente.
- Realizar medidas de la distancia interoclusal no es un procedimiento exacto para determinar la DV correcta de la oclusión.
- La DV perdida no significa que cause TTM.⁽¹⁶⁾

La dimensión vertical no siempre se verá afectada incluso por la abrasión severa de la dentición debido a la elongación del proceso alveolar equilibra la dimensión vertical reducida de los dientes desgastados.⁽¹⁶⁾

Existe evidencia clínica que nos dice que incluso en las oclusiones seriamente desgastadas no pierden la dimensión vertical.⁽¹⁶⁾

Cabe mencionar que la restauración de la dimensión vertical en una oclusión muy desgastada constara de de aumentar la apertura de mordida debido a que el desgaste normalmente no produce pérdida de la DV, la explicación a esto se debe a que el proceso eruptivo equilibra el desgaste por la adición continua de capas de cemento en la raíz y la concurrente elongación de los procesos alveolares para mantener la DV en otras palabras el procesos alveolares se alargan por la remodelación progresiva del hueso.⁽¹⁶⁾



CAPITULO IV

TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PARA PACIENTE BRUXISTA

Una de las consideraciones importantes para el tratamiento terapéutico de trastornos oclusales es identificar el agente causal, haciendo necesario determinar un tratamiento que sea de ayuda al paciente de forma sintomática y de característica reversible.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

4.1 ELIMINACIÓN DE FACTORES CAUSALES DE SÍNTOMAS

Debido a que los trastornos de ATM y musculares desaparecen sin terapia alguna y el agente causal se desconoce, es de importancia dirigir el tratamiento terapéutico inicial al alivio de los síntomas que aturden al paciente, incluso el tratamiento sintomático inicial dependerá de los antecedentes del mismo.⁽⁷⁾⁽¹²⁾

Cabe mencionar que dicho tratamiento no deberá generar en el paciente un nuevo trastorno.⁽¹²⁾

4.2 FARMACOTERAPIA

La molestia principal del paciente es el dolor y comúnmente la respuesta común es administrar alguna clase de medicamento que contrarreste la molestia en forma sistémica y local.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Asociada a esta terapia es aconsejable modificar los hábitos del paciente tales como evitar alimento duro y sugerir evitar practicar deportes de contacto y ejercicio físico.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾



4.2.1. FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Los antiinflamatorios que se utilizan con mayor frecuencia son Ibuprofeno y Naproxeno los cuales pueden prescribirse por dos semanas dos veces al día y bajo supervisión medica debido al daño gástrico que puede provocar.⁽¹¹⁾

4.2.2 ANSIOLÍTICOS

Un medicamento ansiolítico es útil para controlar un grado elevado de estrés emocional que se cree puede contribuir a producir un TTM, el clínico debe recordar que los ansiolíticos nos eliminan el estrés solo modifican la percepción del mismo, por lo tanto es un tratamiento de apoyo.⁽¹¹⁾

El grupo de ansiolíticos más utilizados son las bezodiazepinas de las cuales el diazepam es de mayor interés debido a la posibilidad de dependencia no debe utilizarse por más de 7 días en forma consecutiva, por lo tanto una dosis única de diazepam (2.5mg-5 mg) por las noches es útil para relajar los músculos y reducir la posibilidad de una parafunción nocturna al prescribir esta dosis única la duración del tratamiento suele ampliarse hasta dos semanas.⁽⁶⁾⁽¹¹⁾

Fármacos como el clonazepam y alprozolam están indicados en síntomas agudos relacionados con bruxismo nocturno y ansiedad su potencial adictivo contraindican el uso prolongado en trastornos crónicos.⁽²⁾⁽⁶⁾⁽¹¹⁾



4.2.3 ANESTÉSICOS LOCALES

Los anestésicos locales inyectados directamente en la zona dolorosa o puntos desencadenantes de dolor a la palpación, propician un alivio a corto plazo, obteniendo el efecto terapéutico al romper el ciclo del dolor de forma pasajera dando oportunidad a las neuronas centrales sensibilizadas a recuperar un estado normal.⁽¹¹⁾

Al reaparecer el estímulo nociceptivo el paciente experimenta una reducción del estímulo doloroso la cual puede durar horas o incluso días permitiéndole abrir la boca para la inspección oral o para procedimientos de impresión.⁽¹¹⁾

En este sentido los anestésicos locales tienen un efecto terapéutico sobre el estímulo doloroso y de ayuda como herramienta de diagnóstico.^{(10) (11)}

Los fármacos que se utilizan con mayor frecuencia son:

Lidocaína al 2% y la Mepivacaína al 3%, otra solución inyectable es el hialuronato sódico a pesar de no pertenecer al grupo de anestésicos locales se ha recomendado la inyección intracapsular de esta solución para el tratamiento de trastornos de ATM, sin embargo su uso se ha limitado puesto que en Estados Unidos aún carece de aprobación.⁽¹¹⁾



4.3 FISIOTERAPIA

La terapia física abarca un grupo de procedimientos de apoyo que suelen aplicarse por el paciente en la comodidad de su casa y conjuntamente con un tratamiento dental definitivo. ⁽¹¹⁾

Estos pueden ser:

- Terapia de calor
- Terapia de frío
- Ejercicios

4.3.1 TERAPIA DE CALOR



Fig. 17 TERMOTERAPIA¹⁷

Este tratamiento tiene como característica el calor que se aplica directamente en la zona afectada, ya que diversas teorías proponen que la situación inicial del dolor se debe a la reducción de flujo sanguíneo en los tejidos causando mialgias que se asocia a molestias musculares locales. ⁽¹¹⁾

¹⁷Fuente. http://4.bp.blogspot.com/ioMrY_hScUU/UDeV_RnuGXl/AAAAAAAAACDY/9huI_c14btE/s1600/10+trucos+para+una+piel+perfecta_toalla+suave.jpg



El calor crea una vasodilatación de los tejidos aumentando la circulación sanguínea dando lugar a la reducción de los síntomas. ⁽¹¹⁾

Se realiza de la siguiente forma:

- Se aplica calor de forma superficial con una toalla húmeda y caliente sobre el área sintomática en intervalos de 10 a 15 minutos. ⁽¹¹⁾

4.3.2 TERAPIA DE FRIO



FIG. 18 TERAPIA DE FRIO ¹⁸

Al igual que la terapia de calor la terapia por frío es un método sencillo, el frío relaja a los músculos que sufren espasmos aliviando su dolor. ⁽¹¹⁾

¹⁸ Fuente. <http://pad2.whstatic.com/images/thumb/c/c9/Reduce-the-Appearance-of-Scars-from-Your-Face-Step-3.jpg/550px-Reduce-the-Appearance-of-Scars-from-Your-Face-Step-3.jpg>



Se debe aplicar el estímulo frío directamente en el área afectada, desplazándolo con movimientos circulares y sin presionar los tejidos, el paciente sentirá una sensación desagradable que rápidamente cambiara a otra de calentamiento y continuara a otra de entumecimiento de la zona al percibirla se deberá quitar el hielo el cual no deberá permanecer por más de 7 minutos, continuar con el estímulo frío después de un periodo de calentamiento ya que se cree que en período de calentamiento se produce un aumento de flujo sanguíneo e cual facilita la reparación tisular. Se puede realizar este procedimiento cuantas veces desee el paciente sin exceder a más de 7 minutos puesto que puede lesionar más el tejido. ⁽¹¹⁾

4.3.3 EJERCICIOS DE APERTURA CONTRA UNA RESISTENCIA

Los ejercicios de apertura contra una resistencia se realizan indicando al paciente que coloque dos dedos debajo del mentón y que intente la apertura al mismo tiempo que los dedos ejercen una mínima fuerza en sentido contrario esta maniobra se realiza en repeticiones de 10 dos a tres veces al día, dando como resultado la relajación de los músculos elevadores. ⁽¹¹⁾

La fuerza ejercida por los dedos no debe inducir síntomas dolorosos de ser así se suspenderá. ⁽¹¹⁾



4.4 MODIFICACIÓN CONDUCTUAL

Muchos pacientes con disfunción de la ATM están bajo algún tipo de tensión mental esto no significa que sean candidatos a psicoterapia sin embargo deberá ponerse atención especial a los pacientes con sentimiento de culpa que los orille a lastimarse, por lo tanto el dentista no está calificado para ayudarlo. ⁽⁶⁾⁽¹¹⁾

4.4.1 PSICOTERAPIA

La psicoterapia es una terapia activa si se realiza en conjunto con un aparato placebo el éxito de la psicoterapia incrementa. ⁽¹¹⁾

La tensión muscular del paciente puede reducirse conforme entiende el impacto que tiene la tensión sobre los síntomas de su enfermedad y explicarle que las preocupaciones y la depresión tienden a empeorar sus síntomas por lo tanto menos tensión en su vida tendrá menos síntomas. ⁽¹¹⁾

4.5 TERAPIA ORTOPÉDICA CON FÉRULAS

Karolyi introdujo los planos de mordida o guardas oclusales y surgiendo diversos fundamentos y diseños para el tratamiento del bruxismo y disfunciones de ATM. ⁽¹²⁾



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



Los guardas o férulas oclusales se han diseñado para diversas:

- 1) Aumentar la dimensión vertical del paciente
- 2) Evitar que el desgaste oclusal continúe
- 3) Eliminar interferencias oclusales
- 4) Relajación de músculos mandibulares
- 5) Reducir cefaleas
- 6) Reposicionar cóndilos y discos

El aparato oclusal también es conocido como férulas, protector de mordida, protector nocturno, aparato interoclusal o incluso aparato ortopédico, es de característica extraíble por lo general está hecho de acrílico duro, el cual se ajusta en las caras oclusales e incisales de los dientes de una de las arcadas creando un contacto oclusal preciso con la cara oclusal de los dientes de la arcada opuesta.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

Las férulas oclusales tienen varios usos uno de ellos es proporcionar de manera temporal estabilidad de la articulación temporomandibular hablando ortopédicamente, otro uso es obtener un estado oclusal óptimo que reorganice la actividad muscular anormal y fomente la función muscular normal, también son utilizadas para proteger los dientes y las estructuras de sostén de las fuerzas oclusales anormales las cuales los puedan alterar o desgastar. Pueden ayudar a reducir los dolores musculoesqueléticos por lo tanto no curan el bruxismo del paciente, es decir cuando se suspende el uso de un dispositivo oclusal el bruxismo reaparece.⁽²⁾⁽⁶⁾⁽¹¹⁾

4.5.1 FÉRULAS DE ESTABILIZACIÓN

Este tipo de férulas proporciona una relación oclusal óptima para el paciente, una vez colocada en boca los cóndilos se encuentran en su posición musculo esqueléticamente estable simultáneamente los dientes presentan un contacto uniforme, además de proporcionar una desoclusión canina de los dientes posteriores en movimientos excéntricos.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

El objetivo será la relajación muscular está indicado para tratar dolor muscular, al usarla puede reducirse la actividad parafuncional que se presenta en periodos de estrés.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾



Fig. 19 FERULA DE RELAJACION MUSCULAR¹⁹

¹⁹ Fuente. DR. Pedro Lara Mendieta



4.5.2 FÉRULAS DE MORDIDA POSTERIOR

El plano de mordida posterior de acrílico duro se coloca en molares mandibulares conectado con una barra lingual metálica su objetivo será modificar la dimensión vertical y reposicionar la mandíbula.⁽¹¹⁾

Se recomienda su uso en casos de disminución grave de la dimensión vertical y para ciertos trastornos de alteración discal ⁽¹¹⁾

4.5.3 FÉRULAS BLANDAS

Las férulas blandas constan de una material elástico que se adaptan en los dientes maxilares el uso terapéutico es obtener un contacto uniforme con los dientes opuestos aunque la mayoría de los casos sea difícil lograrlo puesto que los materiales blandos no se ajustan con facilidad.⁽¹¹⁾

Se recomienda para pacientes con un elevado grado de bruxismo y para personas que puedan sufrir traumatismo en los arcos dentarios al practicar un deporte. ⁽⁶⁾⁽¹¹⁾



Fig.20 FÉRULAS FLEXIBLES²⁰

²⁰Fuente.http://media1.grpcdn.net/media/catalog/product/cache/3/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/2/0/2013514121453_oferta_a06D000000gi9n0IAA_3.jpg



CAPITULO V

TRATAMIENTO EN ODONTOLOGIA RESTAURADORA

El saber determinar el tratamiento adecuado es fundamental para devolverle al paciente la salud dental, mejorar su estética, correcto funcionamiento masticatorio y prevenir lesiones futuras.⁽¹⁴⁾⁽²⁰⁾

5.1 OCLUSIÓN: PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

Ante un caso clínico con rehabilitación de la oclusión se aconseja estudiar la secuencia del tratamiento basándonos en el protocolo de conducta, el cual se estructura con la conformidad de las fases sistémicas.⁽¹⁹⁾

- Obtención de datos
- Control sintomatológico
- Planeamiento clínico
- Ajustes de la oclusión
- Mantenimiento

Con el fin de ayudar al odontólogo para determinar una o varias alternativas de tratamiento.⁽¹⁹⁾

Es importante considerar que un buen resultado clínico dependerá de la secuencia es decir si una fase no hubiera sido debidamente explorada se vería afectada la siguiente fase originando un resultado final inesperado.⁽¹⁹⁾



5.2 OBTENCIÓN DE DATOS

Cuando no se realiza correctamente la obtención de datos mucha información relevante podría perderse o no ser considerada anticipadamente viéndose perjudicado el resultado del tratamiento.⁽¹⁹⁾

Además de los datos personales se indagará en el estado bucal, y el estado general o sistémico del paciente, así como averiguar sobre posibles heridas en la cara o en las articulaciones temporomandibulares, accidentes, extracciones difíciles o la presencia de un hábito parafuncional.⁽¹⁹⁾

Lo más relevante en la fase de obtención de datos será el estado funcional de la oclusión, presencia de síntomas en el aparato masticador y el examen del mismo.⁽¹⁹⁾

5.2.1 ESTADO FUNCIONAL DE LA OCLUSIÓN

Para valorar el estado funcional de la oclusión se detectará:

- Dientes ausentes
- Dientes en mordida cruzada
- Dientes sin vitalidad
- Las relaciones interoclusales
- Contactos céntricos
- Contactos excéntricos
- Facetas de desgaste
- Grado de movilidad
- Movimientos de trabajo



- Movimientos de protrusión
- Contactos prematuros
- Interferencia de balanceo
- Trabajo de protrusión
- Presencia o ausencia de una contactos de balanceo

Dentro de lo posible realizar el montaje de los modelos de trabajo en articulador semiajustable es una parte importante de esta fase.⁽¹⁹⁾

5.2.2 SÍNTOMAS EN EL APARATO MASTICADOR

La presencia de síntomas en el aparato masticador se registra junto con los signos clínicos detectados. Siendo importante considerar dentro de este grupo de síntomas:⁽¹⁹⁾

- Presencia de dolor en cualquier área de la región facial
- Limitación de movimientos mandibulares
- Presencia de crepitaciones y chasquidos en la articulación temporomandibular

Considerando que el dolor es el factor importante en una disfunción, forma parte de la queja principal del paciente este puede estar asociado a otras enfermedades como neuralgias del trigémino, jaquecas, mialgias faciales y sinusitis. Es importante detectar los síntomas en el aparato masticador porque estos influirán inevitablemente de manera directa en el resultado final del tratamiento positivamente o negativamente.⁽¹⁹⁾



5.2.3 EXAMEN DEL SISTEMA MASTICADOR

Se exploran los componentes del sistema masticador con ayuda de:

- Inspección de movimientos mandibulares
- Palpación intraoral y extraoral de los músculos masticatorios
- Palpación de la articulación temporomandibular
- Detección de chasquidos y crepitaciones

Un examen cuidadoso de las condiciones del aparato masticador puede evidenciar síntomas que podrían ser inadvertidos por el paciente y cuya manifestación resultaría más adelante. Cuando un grado de disfunción es detectado se podrá proseguir con la segunda fase del protocolo el *control sintomatológico*.⁽¹⁹⁾

5.3 CONTROL SINTOMATOLÓGICO

Esta fase del protocolo se refiere a la rehabilitación que comprende a la oclusión prerestaurada, de característica reversible durante el desarrollo del tratamiento indicado es decir no debe producir modificaciones permanentes.⁽¹⁹⁾

No se aconseja continuar con el tratamiento dental sin antes liberar al paciente de los síntomas que provocan disfunción en el aparato masticador. Es importante considerar la elección de una terapia tomando en cuenta que existen varias modalidades de las mismas con sus debidas indicaciones.⁽¹⁹⁾



5.3.1 OPCIONES DE TRATAMIENTO

- a) Una alternativa inmediata de tratamiento para síntomas agudos es el uso de sprays refrigerantes de cloruro de etilo, o la inyección de anestésicos en los músculos involucrados.⁽¹⁹⁾
- b) la aplicación de compresas calientes, indicación de una dieta con alimentos blandos y la ayuda de ejercicios musculares además de la cooperación del paciente.⁽¹⁹⁾
- c) Entre más crónico es el caso clínico más complicado y lento es el proceso sintomatológico por tanto el uso de medicamentos para el control del dolor es una de las alternativas del médico.⁽¹⁹⁾
- d) Estimulación eléctrica de los nervios y músculos la cual recibe cierta aceptación por los médicos sin embargo se encuentra poco difundida, se cree que esta estimulación activa las fibras nerviosas de gran diámetro produciendo una modulación efectiva en el mecanismo de transmisión de dolor a nivel medular, la estimulación de baja frecuencia libera endorfinas, sustancia química capaz de mediar los receptores nerviosos responsables de la sensación dolorosa (quimiorreceptores), los efectos descritos pueden producir un tipo de analgesia durante el periodo de estimulación que mejora al paciente.⁽¹⁹⁾



- e) La retroalimentación electromiografía relaja a los músculos voluntarios, requiere una aparatología específica y los resultados aún están en fase de investigación.⁽¹⁹⁾

- f) Ante el caso de un fuerte componente emocional asociado con procesos disfuncionales se aconseja consultar un psiquiatra o psicólogo. Cuidando de no provocar una respuesta negativa en el paciente ante tal propuesta.⁽¹⁹⁾

- g) De todas las opciones de tratamiento antes descritas la que produce mejores resultados es el uso de férulas oclusales.⁽¹⁹⁾

5.4 PLANEAMIENTO CLÍNICO

En la fase anterior controlamos el estado del paciente, de acuerdo a la evolución del tratamiento podemos promover una monitorización de la respuesta clínica y personal.⁽¹⁹⁾

En la respuesta personal valoramos el interés del paciente hacia el tratamiento, en la respuesta clínica se evalúa la mejoría de sus condiciones funcionales y la desaparición o disminución de sus síntomas, se recomienda contar con alternativas de tratamiento ya que en algunos casos lo que proponemos no resulta lo más conveniente para determinado paciente en un momento dado.⁽¹⁹⁾



5.4.1 ELECCIÓN DE UN PLAN DE TRATAMIENTO

Se realiza una secuencia de tratamiento oclusal que puede ser desde un desgaste selectivo y llegar a un caso extremo de cirugías gnatólogicas.⁽¹⁹⁾

En este sistema protocolar, exige una secuencia de operaciones que pueden establecer una parte constante de un plan de tratamiento preestablecido por ejemplo en casos complicados que se requiera la rehabilitación total de la boca, cuando existen pérdida de unidades dentales, las alternativas de tratamiento sería realizar trabajos complejos de prótesis fija, o prótesis completa en casos extremos.⁽¹⁹⁾

Durante la fase de planeamiento clínico deben tomarse decisiones referentes a las indicaciones del tratamiento, como puede ser en el caso de bruxismo agresivo se considera la posibilidad de una rehabilitación total de la oclusión para sustituir o prevenir una excesiva pérdida de estructura dental que ha ocurrido como consecuencia del hábito parafuncional.⁽¹⁹⁾

Sin olvidar que el planeamiento clínico no es una serie de pasos inflexibles, ciertos factores que se lleguen a presentar pueden modificar el plan determinado.⁽¹⁹⁾

En casos complejos donde el tratamiento de control no ha dado los resultados esperados es conveniente derivar al paciente con otros especialistas, estas áreas pueden ser especialistas del dolor, el Neurólogo, Fisioterapeutas, Psicólogo, Cirujanos Maxilofaciales, ortopedistas, Periodoncista, Ortodoncista y Endodoncista y de esta forma conocer información que nos ayude a modificar el plan de tratamiento.⁽¹⁹⁾



5.5 AJUSTES DE LA OCLUSIÓN

El ajuste de la oclusión tiene por objetivo reintegrar el aparato masticador a su equilibrio funcional, comprendiendo desde el desgaste de un punto alto de la oclusión hasta una rehabilitación compleja, esta fase se realizan procedimientos irreversibles.⁽¹⁹⁾

5.5.1 ETAPA PREOPERATORIA

Consistirá en la eliminación de las interferencias del lado de balanceo, es decir la modificación del contorno oclusal de ciertas restauraciones sin anatomía, existe ocasiones en la que se beneficia al apaciente pues se alivian ciertos contactos que pueden causar daño.⁽¹⁹⁾

5.5.2 DEGASTE SELECTIVO

Con el desgaste selectivo se busca como objetivo la estabilidad oclusal. La Técnica consiste en eliminar los primeros contactos evidentes en relación céntrica, cuidando de no realizar un desgaste excesivo y solo comprometer las vertientes involucradas en los deslizamientos de los dientes antagonicos, evitando eliminar los contactos de oclusión céntrica.⁽⁷⁾⁽¹⁹⁾



En casos de desgaste excesivo como el bruxismo los pacientes pierden la guía anterior y presentan una tendencia a desarrollar guías posteriores de balanceo (guía mesiotrusiva) este tipo de guía se vuelve traumatizante en algunos casos produciendo un torque de la mandíbula junto a una hiperactividad muscular del paciente.⁽¹⁹⁾

Por lo tanto no siempre el desgaste selectivo corrige esta condición pues se necesitaría en algunos casos hacer una reducción excesiva de la estructura dental y sería necesario un procedimiento de restauración total.⁽¹⁹⁾

5.5.3 RESTAURACIONES UNITARIAS

Dentro de esta secuencia se debe considera las malposiciones dentarias, la perdida de la relación oclusal debido a la destrucción excesiva de las caras oclusales, desgastes pronunciados o cualquier alteración que afecta los órganos dentarios de las aradas, por lo tanto la restauración unitaria o múltiples restauraciones llevaría a la oclusión a un estado de equilibrio.⁽¹⁹⁾

Para indicar el aspecto de restauraciones unitarias o desgaste selectivo prerestaurador es importante contemplar el número de unidades a restaurar.⁽¹⁹⁾

El tratamiento de pacientes con desgaste deberá ser diseñado para lograr:⁽¹⁴⁾

1. Contactos en todos los dientes y una relación céntrica verificable.
2. Armonía en la guía anterior del paciente con los movimientos funcionales normales.



3. Obtener desoclusión de los contactos posteriores al momento de realizar movimientos de mandíbula en cualquier dirección desde la relación céntrica.
4. Restaurar las superficies dentales que tengan problema de desgaste
5. Proporcionar información al paciente sobre la postura normal de la mandíbula en la cual los dientes no están en contacto es decir solo deberá haber contacto durante la deglución (labios juntos, dientes separados).
6. Si el bruxismo nocturno persiste después de la corrección oclusal estará indicado una férula.⁽¹⁴⁾

5.5.3.1 RESTAURACIÓN DE DIENTES SEVERAMENTE DESGASTADOS

Al restaurar la oclusión posterior primero deberá determinarse la guía anterior correcta, para establecer los contactos de apoyo estables en la oclusión posterior.⁽¹⁴⁾

- **AUMENTO DE LA DIMENSIÓN VERTICAL**

El aumento en la dimensión vertical mejorara la estética sin embargo en algunos pacientes puede conducir una tensión excesiva, por tal motivo está contraindicado el aumento si el hueso alveolar esta esclerótico y los músculos están hipertróficos.⁽¹⁴⁾

- **ALARGAMIENTO DE CORONA**

Este procedimiento se puede considerar para obtener suficiente estructura dentaria que proporcione retención y el contorno estético. ⁽¹⁴⁾⁽²²⁾

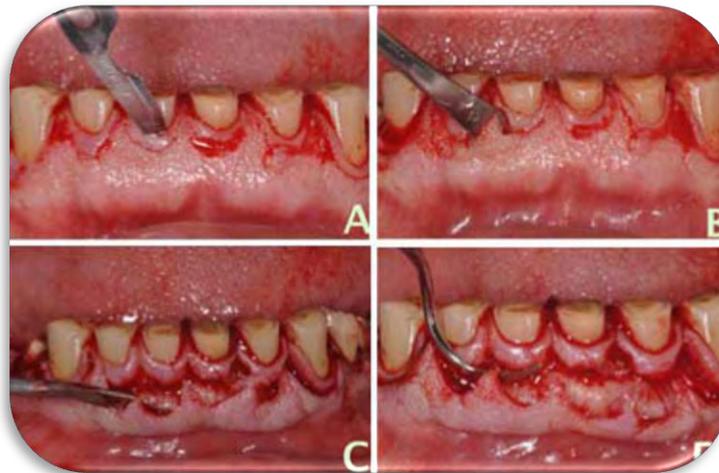


Fig 21 GINGIVOPLASTIA ²¹

- **ENDODONCIA Y RECONSTRUCCIÓN CON UN ENDOPOSTE**

Este tratamiento es una opción cuando no hay suficiente estructura dentaria realizándose para proporcionar retención. Este procedimiento se puede combinar con el alargamiento de corona. ⁽¹⁴⁾

²¹ Fuente. <http://www.scielo.cl/fbpe/img/ijodontos/v6n3/fig2-20.jpg>



5.5.4 REHABILITACION ORAL

La pérdida considerable de la relación oclusal exige una reconstrucción compleja que se considera dentro de la restauración incluyendo la colocación de férulas y recuperar las unidades faltantes sin olvidar que lo más importante es la construcción de una nueva oclusión para el paciente.⁽¹⁹⁾⁽²²⁾

5.5.5 PROCEDIMIENTOS ORTODONTICOS

Cuando un caso clínico resulta difícil realizar la corrección con procedimientos protésicos se pueden considerar realizar movimientos dentarios, por tanto es importante recordar la importancia de una actitud multidisciplinaria que reciba ayuda de otras especialidades.⁽¹⁹⁾

5.5.6 CONSULTAS QUIRURGICAS

Ante la severidad de un caso clínico a veces se torna imposible la solución para establecer un tratamiento, debido a que muchas veces el paciente tiene otras complicaciones principalmente en articulaciones temporomandibulares.⁽¹⁹⁾

Malformaciones, desviaciones en el crecimiento óseo, neoplasias o degeneraciones progresivas, exige la interconsulta con el cirujano maxilofacial, sin embargo cualquier decisión se debe tomar con cautela pues los resultados a veces son inesperados por tal motivo la cirugía debe tomarse como último recurso y no como una solución inicial.⁽¹⁹⁾⁽²²⁾



5.6 MANTENIMIENTO

La fase de mantenimiento será la última y representa la complementación de un tratamiento, en ella la supervisión periódica es necesaria. ⁽¹⁹⁾

Para los pacientes que deben usar férulas oclusales por un tiempo más o menos prolongado las visitas periódicas son destinadas a observar el estado funcional de la oclusión, además de evaluar la ausencia o permanencia de los síntomas residuales y la respuesta del paciente a la terapia. ⁽¹⁹⁾



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



CONCLUSIONES

Es importante que el Cirujano Dentista identifique los signos y síntomas que caracterizan al bruxismo y determinar la causa que provoca alteraciones temporomandibulares, con ayuda de un correcto diagnóstico el cual es fundamental para determinar el plan de tratamiento ideal en cada tipo de afección.

Si no se realizara un diagnóstico detallado se omitiría información importante dando como resultado un tratamiento final imprevisto, que lejos de mejorar la salud buco dental del paciente la dañe aun más.

Durante la investigación de este trabajo observe que dependiendo del grado de deterioro dental se planeara el tratamiento apropiado, que puede involucrar restauraciones simples o llegar a procedimientos complejos y largos para obtener los resultados esperados.

De igual manera es básico continuar con tratamientos paliativos como férulas oclusales, relajantes musculares y termoterapia entre otros, y continuar la fase de mantenimiento para controlar el bruxismo y prolongar el éxito de la rehabilitación.



FUENTE DE INFORMACIÓN

1. Vicuña I Daniela, A María Eugenia, Oyonarte W Rodrigo. Asociaciones entre Signos Clínicos de Bruxismo, Ansiedad y Actividad Electromiográfica Maseterina Utilizando el Aparato Bite Strip® en Adolescentes de Último Año de Enseñanza Media (Secundaria). Int. J. Odontostomat.[revista en la Internet]. 2010Dic [citado 2013 Sep 05] Disponible:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2010000300007&lng=es.
2. Frugone Zambra RE, Rodríguez C. Bruxismo. Av Odontoestomatol [revista en la Internet]. 2003Jun [citado 2013 Sep 05]; Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000300003&lng=es.
3. Díaz Gómez Silvia María, Díaz Mirallesn Marta, Nápoles González Isidro de Jesús, Puig Capote Elizabeth, Ley Sifontes Luis. Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. AMC [revista en la Internet]. 2009Abr [citado 2013 Sep 05]; Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000200018&lng=es
4. <http://dicciomed.eusal.es/palabra/bruxismo>
5. Revista Odontopediatría disponible: http://www.adep.org.mx/pdf/revista1_1.pdf p.p 67- 75



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN
ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



6. Gupta B, Marya CM, Anegundi R. Childhood bruxism: a clinical review and case report. West Indian med. j. [revista en la Internet]. 2010 Ene [citado 2013 Sep 05]; Disponible: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442010000100020&lng=es.
7. García-Fajardo Palacios Carlos, Cacho Casado Alberto, Fonte Trigo Abelardo, Pérez -Varela Juan Carlos. La oclusión como factor etiopatológico en los trastornos temporomandibulares. RCOE [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2013 Sep 06]; Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2007000100003&lng=es.
8. Montero Parrilla José Miguel, Jiménez Quintana Zuilén. Rehabilitación ocluso-articular en un paciente bruxópata. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2013 Sep 05]; Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300011&lng=es
9. Mcneil charles, Fundamentos científicos y aplicaciones practicas de la oclusión, Barcelona, E.D Quintessence, 2005 Pp. 59
10. Ramford Siguard P, Ash Jr Major M, Occlusion 2da edición, Nueva Editorial Interamericana México 1972



**REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN
ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.**



11. Okeson Jeffrey P., Management of Temporomandibular Disorders and Oclusión, sexta edición, editorial Elsevier España, 2008. Pp.149,223,241,468
12. Pacheco Guerrero Nicolás D\libro\Libro electrónico de Oclusión.htm UNAM Facultad de Odontología
13. González García Enrique, Oclusión Practica Conceptos Actuales, Venezuela, ed Amolca, 2012
14. Dawson Peter E. Functional Occlusion from RMJ to Smile Design, Tomo II, editorial Amolca Venezuela, 2009, Pp.334
15. Enciclopedia medica
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003929.htm>
16. Dawson Peter E. Functional Occlusion from RMJ to Smile Design, Tomo I, editorial Amolca, Venezuela, 2009. Pp. 120
17. Vellini Ferreira Flavio, ortodontia: diagnostico e planejamento clínico 4/E,1ra edición , Portugal, editorial artes medicas latinoamericana, 2002. P 449
18. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. © 2007 Larousse Editorial, S.L. <http://es.thefreedictionary.com/diagn%C3%B3stico>



REHABILITACIÓN DE PACIENTE BRUXISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA.



19. Barrancos Mooney Julio, Barrancos Patricio J, Operatoria Dental Integración Clínica, 4ta edición, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 2006. Pp. 462-472
20. Barrancos Mooney Julio, Operatoria Dental, 3ra edición, Argentina, editorial Panamericana, 1999.
21. Nava Castro C, Métodos para Recuperar la Dimensión Vertical en pacientes bruxistas, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología, 2004.
22. Calefi Paulo L, Sorgini Danilo B, Borie Eduardo, Toniollo Marcelo B, Barros Luiz Antonio B, Pedrazzi Vinicius. Tratamiento Periodontal Quirúrgico en Rehabilitación Oral Estética: Reporte de Caso Clínico. Int. J. Odontostomat. [revista en la Internet]. 2012 [citado 2013 Oct Disponible:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2012000300020&lng=es.