

24 78

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA ODONTOLOGIA

EL BRUXISMO Y OTROS HABITOS ORALES Y SU RELACION CON PACIENTES

QUE PRESENTAN PROBLEMAS PSIQUICOS.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

CORREA BREÑA ROSA MARIA.

1980

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO



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.

INTRODUCCION.

El apretamiento o rechinariento dentario, diurno o nocturno, tiene una influencia dañosa sobre los organos dentarios y los tejidos de sostén. Se ha comprobado también que es una de las causas principales de trastornos de la articulación mandibular y musculatura aunada a estos problemas.

Una gran parte de la población sufre de esta alteración (bruxismo) que viene siendo una neurosis habitual.

Debido a las ultimas investigaciones que se han hecho parece ser que el bruxismo tiene una etiología multiple, ya que ademas de la discrepancia oclusal y la tensión psíquica consideran también como factor etiológico otras causas como; alcoholismo, antibióticos, hereditarios, enfermedades que afecten al sistema nervioso central. Por lo tanto el enfoque lógico de este problema será la eliminación de la causa o causas excitantes.

Según la experiencia de varios autores, las alteraciones oclusales y la enfermedad parodontal son los factores excitantes más comunes de la iniciación y perpetuación de los hábitos de apretamiento y rechinariento. Y según la experiencia de los mismos la corrección de estos factores elimina el hábito.

Toda restauración o ajuste de la oclusión por desgaste selectivo puede producir un efecto perjudicial para todos aquellos individuos que sean susceptibles si no se efectúan como las reglas lo indican.

Por estas razones, para cualquier tratamiento dental que se efectue debe ser valorado en todos sus aspectos y realizado con la mayor precisión.

DEFINICION.

El diccionario médico New Gould, nos indica que la palabra BRUXISMO, deriva de la palabra griega " Brychein " que significa rechinar o hacer crujir los dientes.

La palabra manía es descrita como furor y presenta dos significados. A) excesivo entusiasmo o excitación, deseo violento. B) una forma de desorden mental, señalado por una elevación sostenida del animo con sentimiento exagerado de existencia, ilusiones y de grandeza. (12)

El BRUXISMO se define comúnmente como " el rechinar y movimientos de trituración de los dientes sin propósitos funcionales ". (15)

La bricomanía (nocturnal rechinar de dientes o apretamiento) es una condición común. Es estimado que ocurre en un mínimo de 10 % de la población y frecuentemente produce serios perjuicios a los dientes, encías y estructuras de soporte. (9)

Al BRUXISMO lo podemos conocer bajo muchos otros nombres, como son: bruxomanía, bricodoncia, briquismo, bricomanía, neurosis oclusal, efecto Karoly, stridor dentum. Este tipo de alteración consiste en excursiones involuntarias de la mandíbula -- que producen un choque perceptible o imperceptible, rechinar, to, choque cúspides y otros efectos traumáticos. (11)

La bruxomanía puede ser la expresión de una tensión nerviosa y de tendencia consciente o inconsciente de agresividad. O de manifestaciones de angustia somatizadas en la boca.

El bruxismo es un desorden psico-fisiológico que ha estado considerablemente inexplorado en la literatura psicológica. (8)

La tendencia de apretar los maxilares y rechinar los dien-

tes, van asociados con angustia o agresividad, ha sido observada y descrita tanto en animales como en el hombre. (15)

Se dice que esta alteración (bricomanía) ocurre más frecuente en hombres que en mujeres. Está se inicia generalmente durante el sueño ligero en periodos de abstracción. (11)

El bruxismo se efectua a nivel subconsciente controlado de - manera refleja y es por lo tanto, en la mayoría de los casos, - desconocido para el paciente, solo que el compañero de cuarto le haya llamado la atención sobre él.

Se considera que el apretamiento de dientes se realiza generalmente durante la vigilia y que el hábito es más común en las mujeres. (11) +

El bruxismo más intenso se presenta generalmente por la noche, pero muchos individuos rechinan los dientes durante el día cuando se encuentran bajo tensión.El rechinamiento o los movi--- mientos de trituración de los dientes son más comunes durante la noche, mientras que la presión o apretamiento son más comunes en el día. Pero ambos estados se pueden presentar tanto en el día - como en la noche (sueño). (15)

La tesis del Dr. Takajama nos dice que el bruxismo, consistía en movimientos regulares, repetitivos y contactos dentales de lado a lado, que difieren del modelo occidental reportado durante la masticación. (8)

Algunos autores han comprobado que el bruxismo ocurre princialmente cuando el sueño llega a su segundo nivel, y que esta asociado con movimientos oculares rápidos, movimientos corpora--- les y ritmo cardiaco acelerado. (15) ++

+ Erick M. Ross. Ed: Vicoba. 1978. Pag: 484.

+ + Ramfjord.Ash. Oclusión. Ed: Interamericana 2'. Pag: 112.

ETIOLOGIA.

Las teorías usadas para explicar esta conducta y los métodos usados al tratar esto son examinados en detalle.

Nadler (1959) ha clasificado los conocidos factores etiológicos del bruxismo en sus 4 categorías, a) los componentes dentales locales, b) elementos emocionales psicológicos, c) factores sistémicos y d) factores ocupacionales. Las investigaciones emprendidas desde el punto de vista de Nadler se han concentrado principalmente sobre los primeros tres factores, y el último d) solo agregado por abajo de lo que lo sitúan las teorías psicológicas.

Solo muy pocos casos de ocupacionales como factores del bruxismo que no tienen un contenido emocional, han sido reportados, (Bodenhan, 1952) ; (Caldhahard, Goldberg, 1954; Ingle, 1952); las averiguaciones o investigaciones etiológicas pueden ser clasificadas: local; psicológica y la sistemica, estas categorías no son mutuamente exclusivas y son presentadas por proposiciones herusticas solamente.

Teorías locales mecanicas.

Karolyi (1901) fué el primero en reconocer los factores locales como una mínima contribución, como causa del bruxismo en los pacientes con baja tensión emocional.

Wishler (1920) señalo que los menores defectos anatómicos, tales como la asperesa de las cúspides (al final) produce inconformida y tensión en neuróticos, la cual , por tanto termino en bruxismo.

Leaf (1944) observó la presencia de calculos, oclusiones multi-

laterales y excesivas inclinaciones y punteagudas. Mas recientes investigaciones o teorías han establecido que el bruxismo - resulta de oclusiones anormales (Beyron 1969, Graber 1969 ; Melkias, 1971; Ramfjord, 1961; y Ash, 1971). La base para las teorías mecánicas ha venido de ambas; investigaciones experimentales y epidemiológicas.

En un estudio epidemiológico sobre 4000 adultos, (Bober 1-958) encuentra una positiva afinidad entre mala oclusión y el bruxismo.

La evidencia experimental que mantiene el caracter asumido por las interferencias oclusales en la etiología del bruxismo, ha sido reportada por Jankelson (1955) quien produjo bruxismo - en 10 sujetos; al colocar cemento acrilico sobre las superficies oclusales de los dientes. Similarmente, Ramfjord(1961) - produjo bruxismo en 10 monos, colocando pasta de amalgama en los primeros molares inferiores. El bruxismo paró cuando los monos habian completamente bajado la capa de amalgama a través de fuertes rechinidos. (8)

El bruxismo es una parafunción. Para que se produzca deben coincidir dos factores predisponentes: 1.-Psíquico, produciendo un aumento en el tono muscular. 2.- Y el desencadenante local - constituido por interferencias oclusales. (11)

el tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por dolor o molestias, y por interferencias oclusales. La union de estos tres mecanismos produce la base neuromuscular del bruxismo.

La electromiografía ha hecho posible observar , registrar - los trastornos neuromusculares dentro del aparato masticador. Y a proporcionado la oportunidad de registrar alteraciones en la

tensión muscular básica o tono asociado con la tensión nerviosa y con el dolor. (8') (14)

La teoría más común ha sugerido que un mecanismo de retroalimentación existente entre el sistema nervioso central y los propioceptores de la mandíbula, (Beyron, 1969; Nutrick, 1970; Scandrett and Ervin, 1973.) Si el mecanismo de retroalimentación interrumpido por interferencias oclusales, una parte del umbral de irritabilidad, puede ser disminuido y el bruxismo puede resultar. Si el individuo empieza ahora a rechinar sus dientes -- experimentará dolor muscular y molestias, las cuales a su vez -- reducirán escasamente el umbral de la irritabilidad. El bruxismo sin embargo establece una retroalimentación positiva, en la cual el rechinado produce dolor y molestias que aparecen al mantener el rechinado.

Sin embargo, las interferencias oclusales suelen ser consideradas el mayor factor disparador en la disminución en el -- umbral de irritabilidad (Ramfjord y Ash, 1971), un número de autores que la tensión puede servir, como los factores disparadores (Scandrett y Ervin, 1973). Las críticas de la teoría mecánica, han notado que no todos los bruxistas tienen mala oclusión y que no todos los individuos con mala oclusión son bruxistas (Okinoura, 1969; Schultz. 1968). Robinson, Reding, Zepelin, Smith y Zimmerman, 1969; por ejemplo, encontraron un significado no satisfactorio entre la incidencia de mal oclusión y el rechinado dental nocturno.

Teoría Psicológica.

Un número de autores han sugerido que el bruxismo es una -- manifestación de una disfunción psicológica, Almansi, 1949, ha teorizado que el bruxismo es un síntoma de malestar emocional

y representaria la expresi3n de ira, ansiedad, odio, agresi3n - 3 sadismo los cuales el paciente ha reprimido fuertemente desde su interior.

La mayoria de estos puntos de vista proceden de la tradici3n psicoanalitica, la cual ha teorizado que el bruxismo es -- una expresi3n inconciente de agresi3n oral reprimida (Forsberg 1959, Pond, 1968; Ramadan 1970; Shappiro y Shannon, 1965; Walsh 1955.

De acuerdo con este punto de vista los individuos : oral - receptivo y oral - agresivo y son mas propensos al bruxismo; Saul 1935, en un intento de gratificar placeres orales ausentes tempranamente en la infancia.(Frohman, 1931, 1932; Mc Gartney, 1951; Ross, Bentley, Greene, 1953). (8)

La boca en el periodo de la infancia, es la fuente principal del placer. (1)

El amor, seguridad y bienestar se pueden obtener en el ni3o: chupando el pecho materno o bien el equivalente. La fase bucal del desarrollo psicosexual del ni3o ocupa todo el primer a3o de vida. (5)

La regresi3n y la dependencia infantil bucal muchas veces se combina con estados parafuncionales del sistema masticador; asi pues, esto nos da una respuesta con respecto al desarrollo posterior de los h3bitos como podrian ser; unicofagia, rechinar los dientes, apretarlos, digitalicos, h3bitos labiales.etc. (1)

Los h3bitos orales los podemos encontrar entre los estados parafuncionales relacionados con regresi3n y dependencia infantil, pudiendo ser considerados como razones predisponentes al bruxismo.(5)

Algunos autores han sugerido que , dos tipos basicos de -- personalidad, podrían encontrarse entre los bruxistas, (Lefor, 1972; moulton, 1955, 1966); Un tipo de ellos ha sido caracterizado como excesivamente pasivo, dependiendo e insinuando que -- tales frustraciones dejan a ellos, ansiedad reactiva y hostili-- dad. Para estos individuos apretar la mandíbula, es un intento de ayudar la supresión de la ansiedad. Un segundo tipo ha sido descrita como accesible, perfeccionista, obsesivo y dominante, -- en el cual el rechinar como una inconsciente expresión de an-- siedad manifestada durante las actividades normales del día .

Thaller (1960)., Comparó 25 pacientes normales con 25 bruxistas, usando el indice medico cornell y encontro una correlación entre ansiedad y bruxismo, determinando que los bruxistas eran agresivos potencialmente.

Maudsley , Molin y Levy, 1966, encontraron que los bruxistas tenian más síntomas de de depresión y ansiedad y tenian más frecuencia de tensión muscular, no solo en el sistema masticatq rio, sino en otras regiones del cuerpo. (8)

Sansbury y Gibson, estudiarón los síntomas de ansiedad y -- tensión y como ellos influncian cambios en el sistema muscular del individuo. Ellos demostraron que, un incremento en la estimulación de los musculos esqueléticos se acompañaba de ansiedad. (16)

Lindqvist, estudio 104 mujeres y 88 hombres de 12 años de edad, siendo los resultados que en los niños bruxistas, mostraron, muchos más síntomas de tensión y desordenes nerviosos, que los resultados de los no bruxistas . (8)

Los pacientes bruxistas ejercen una gran fuerza en los momentos de tensión, e incluso se encuentra gran tendencia al bru

xismo periódico cuando hay incremento en la tensión nerviosa y disminución del umbral de irritabilidad de las neuronas. (15)

El más reciente estudio de factores psicológicos en bruxismo ha sido reportado por Olkinuora; quien teorizó que hay dos tipos de bruxistas: tensos e intensos. Los bruxistas, intensos son genuinos bruxistas, quienes típicamente más bien rechinan - que apretar, bruxnocturno, y son genéticamente dispuestos al rechinado. Los bruxistas tensos son de tensión diurna, este hábito es una reacción de tensión y tales puntuaciones en test psicológicos serían altos en disturbio emocional y agresión que -- aquellos de los bruxistas intensos.

Olkinuora realizó un experimento, donde los pacientes que fueron diagnosticados como bruxistas tensos, reportaron una conexión entre propensión del bruxismo, severidad del bruxismo ó dolores y/ó fatiga en los musculos masticadores y disturbios - emocionales.

Los bruxistas intensos no reportaron ésta conexión, y se concluyo, que son menos agresivos y que provienen de clases sociales altas. (8)

Las condiciones psicológicas más entrelazadas al bruxismo son: ansiedad oral, sadismo oral, extraversión, dependencia, t-nurotismo, hipocondria, sociabilidad, suspicasia, exigencia mordedura oral, perfeccionismo, imprudencia optimismo, pesimismo - agresión general, tensión ocupacional.etc.(15)(11)(1)(8)(6).

Los datos psicológicos, aún cuando no son generales, hacen sugerir que por lo menos un número de bruxistas está bajo tensión y cada uno bajo fuentes o condiciones psicológicas intrapersonales ó bajas situaciones específicas, la variabilidad esta determinada por el sujeto.

Ernst (1969), encontró que la conducta roedora en ratas fué -- agravada por la liberación del endógeno dopamine, y Magee (1970), reportó que el bruxismo fué inducido en humanos que ingirieron dosis terapéuticas de L-Dopa, un precursor del Dopamine.

Kamen (1975) observó un violento bruxismo en pacientes que sufrían dyskinesia tardía, una retardada pero permanente complicación de la administración del phenothiazine.

La dyskinesia tardía está relacionada a las reacciones extrapiramidales.

B. L. Shapiro (1972), sintió que la L- Dopa para el parkinsonismo, actúa como un estimulante en los bajos centros cerebrales y con ello predomina la innibición cortical cerebral, -- permitiendo la aparición del bruxismo.

Las anfetaminas han demostrado incrementar el número de -- cambios al estado 1 del sueño, ~~asimismo~~ incrementa la frecuencia del despertamiento y apoyan la definición de que el bruxismo es un desorden del despertar. (8)

Otros doctores, reportan una definitiva asociación entre -- la ingestión de Alcohol y el bruxismo. Fué observado en 4 pacientes durante varios meses. (9)

En la etiología del bruxismo tenemos factores locales: En -- la mayoría de los casos son de tipo físico tales como cambios de volumen en los tejidos blandos y las interferencias cúspideas.

En cualquier sistema funcional se puede localizar una relación, entre forma y función. Se piensa que la oclusión es un tipo de relación entre forma y función. (18)

El concepto de forma es en el momento que las superficies -- oclusales superiores e inferiores se ponen en contacto.

Cuando se efectua un contacto oclusal, las fuerzas que deri

van de la contracción muscular se liberan en la mandíbula, articulación temporomandibular, ligamento parodontal, dientes, huesos y craneo y otras estructuras adyacentes, por consiguiente encontramos una alteración de forma es decir cúspide alta, existiendo una alteración de función. (13)

Segun Karolyi, observó que los traumatismos oclusales menores, tales como cúspides prominentes, pueden recibir indebida atención por parte del paciente neurótico dando por resultado hábitos de trituración. (15)

Se hace mención de que la causa principal del bruxismo es la interferencia. Por que se apoya la observación, que en pruebas electromiográficas, cualquier tipo de interferencia produce bruxismo. (3')

Los factores sistémicos son importantes dentro de la etiología del bruxismo. Entre los factores sistémicos encontramos a los disturbios gastrointestinales. Los parasitos intestinales fueron mencionados como factores causantes del bruxismo. También se incluye como causante de este a la hiperacidez de la orina.

Según Chadwick, dice que los primeros movimientos musculares en un niño son efectuados con el fin de satisfacer un deseo. Se piensa que durante la dentición, puede existir rechinido sobre las encías aunque los dientes no esten presentes.

Las abrasiones en los dientes deciduos anteriores son frecuentes, considerandose al bruxismo, como un intento inconsciente para colocar los planos individuales de los diente de modo que la musculatura obtenga descanso. Se dice que el bruxismo en niños ocurre entre los 6 y 8 años cuando el niño presenta el cambio de los dientes incisivos y el tiempo en que los sucesores --

permanentes entran en posición, el hábito es eliminado. (12)

En los factores sistémicos, en el niño encontramos que --- Miller y sus colaboradores, observaron las deficiencias nutricio-
nales, como los factores predisponentes al bruxismo, como ejem:-
de esta idea podemos mencionar la avitaminosis.

Miller menciona que el rechinar nocturno puede ser --
producido por irritación vesical, hiperacidez de la orina. parasi-
tos rectales, disturbios estomacales, problemas psicogénicos, -
dentición defectuosa y nerviosidad.

Factores que predisponen a un desequilibrio oclusal:

A) Extracción dentaria precóz que rompen áreas de contacto
y relaciones antagonistas, produciendo un desequilibrio en la o-
clusión.

B) Dientes con cúspides altas y surcos demasiado profundos.
Por lo general estas coronas estan sometidas a fuertes cargas --
oclusales o sobre carga oclusal.

C) Disarmonía de los planos oclusales, una faceta mas des--
gastada o brillante que las demas nos reporta un desequilibrio
en la relación oclusal.

D) Operatoria dental efectuada de una manera incorrecta pa-
ra el aparato masticatorio, como ejemplo podemos citar; obtura--
ciones sobre extendidas y sin una adecuada anatomía, por falta -
de formación de puntos de contacto, obturaciones altas. Produ---
ciendo todos estos factores un desequilibrio en la oclusión.

E) Masticación unilateral, podria ser efectuada por malos há-
bitos, por caries, ausencia de dientes, por mala posición denta-
ria. (Pucci) +

+ Pucci, M.F. Parodontio, Patología y Tratamiento

2° Ed. Montevideo. Pag: 113, 115, 116, 117.

La mayoría de los niños frotan los dientes en algún momento porque las interferencias oclusales aparecen durante la erupción de los dientes. Durante la etapa de la dentición mixta, el bruxismo es común, y algunos niños desarrollan patrón del bruxismo, que llagan a aplanar los dientes temporales.

Puede haber muchos factores predisponentes que aumentan la tendencia al bruxismo, pero éste no se producirá si no hay interferencias oclusales en algún momento. La resistencia del niño a la carga del bruxismo es tan alta que no hay peligro para su dentadura.

Si el bruxismo se torna tan intenso que se convierte en un irritante de por sí, o si el desgaste oclusal es mayor que el normal se impone ajuste oclusal. No se necesita hacer un ajuste refinado al equilibrar la oclusión infantil, pero es útil pulir y redondear todos los bordes agudos y eliminar toda interferencia grande si es que la corrección puede ser hecha sin mutilar un diente permanente. (6)

CLASIFICACION.

El rechinar, apretamiento y movimientos de trituración no funcionales en oclusión céntrica pueden ser de diferente importancia ya sea para los dientes o para el parodonto que la trituración excéntrica. Como ambos presentan una relación muy íntima serán denominados como bruxismo, pero serán de dos tipos:

A) Bruxismo Excéntrico. B) Bruxismo Céntrico.

Es decir que el primero será, el rechinar y movimiento de trituración de los dientes. Y el segundo será, el apretamiento de los dientes en céntrica. Ambos bruxismos serán una expresión de un aumento del tono muscular. En el caso de que domine cualquiera de los dos bruxismos dependerá de la ubicación de la interferencia oclusal o interferencias que actúan como factores desencadenantes de los movimientos no funcionales del maxilar. El bruxismo excéntrico tiene por lo general interferencias excéntricas como factores desencadenantes, mientras que el bruxismo céntrico se encuentra más frecuentemente asociado con inestabilidad oclusal en céntrica. (15)

Lo perjudicial de la bruxomanía es que es una fuente productora de fuerzas traumatizantes o potencialmente traumatizantes. En estas circunstancias dichas fuerzas tendrán la siguiente característica. a) Dirección Anormal. b) Intensidad excesiva y c) Habituales. Es decir frecuentes en su realización y duraderas o intermitentes. En el último caso esta intermitencia será de intervalos tan breves que no permitan una reparación normal de los tejidos afectados.

En un principio se diría que la bruxomanía fuera el hábito

más perjudicial, por que las fuerzas producidas por el hábito en esas circunstancias llenan los tres requisitos, mientras que en el apretamiento las fuerzas serían axiales y por lo tanto toleradas por el periodonto. Esto puede ser sólo aparente ya que el -- apretamiento en la mayoría de los casos se realiza durante la vigilia, en una oclusión céntrica de conveniencia hábitual. Por lo tanto en estos casos las fuerzas serán oblicuas al eje mayor del diente.

El apretamiento se produce ejerciendo a). una presión vertical directa sobre los dientes. b). empujando hacia delante direc--tamente sobre los dientes anteriores superiores. c) por presión unilateral, ya sea izquierda o derecha en los dientes postero--res. d). presiones alternantes. e). presiones sostenidas en forma vertical sobre todos los dientes. f) presión vertical pulsá--til de los músculos sin efectuar movimientos mandibulares.

El apretamiento en excursiones excéntricas se produce:

- a). presión sobre los dientes anteriores en protusiva.
- b). presión sobre grupos pequeños de dientes o sobre dien--tes individuales en transtrucción.

La bruxomanía se puede producir de la siguiente manera:

- a) Con movimientos de lmm. aproximadamente en cada excur---sión lateral, alternadamente.
- b) con movimientos extensos en cada excursión lateral alter--nadamente.
- c) Rechinando los dientes desde relación céntrica hasta una excursión lateral y retornando a céntrica, repitiendo el ciclo.
- d) Deslizando desde céntrica hasta protusiva y retornando;--apoyo sólo sobre los dientes anteriores.

e) Dejando sólo los dientes anteriores borde a borde en una posición latero-protusiva.

f) Con movimientos complicados e irregulares de los dientes anteriores inferiores contra la superficie palatina de los anteriores.(11)

En el bruxismo, durante las excursiones excéntricas intervienen contracciones musculares isotónicas, mientras que el apretamiento más estático en oclusión céntrica representa actividad muscular isométrica. Esto no es científico, debido a los cambios que existen en los movimientos y por lo tanto será diferente la longitud de los músculos afectados.

De esta manera el apretamiento indica tanto la actividad muscular isométrica como la isotónica.(6)

El bruxismo excéntrico presenta una doble etiología, que es la sobrecarga psíquica e interferencia oclusal.

Karolyi, a principios de este siglo, reconoció el papel de las interferencias oclusales además de los factores psíquicos - en la aparición del bruxismo, también señaló que los traumatismos maderados o los defectos oclusales menores tales como una cúspide prominente, pueden recibir indebida atención por parte del individuo neurótico dando por resultado hábitos de trituración.

El apretamiento anormal o bruxismo céntrico se efectúa principalmente con la contracción habitual de los músculos del maxilar sin la presencia de de ninguna situación de urgencia física o psíquica. Estas contracciones de los músculos del maxilar pueden perdurar durante largos periodos en las horas de vigilia, y es probablemente más común durante el día. Este apretamiento es subconsciente y silencioso, el paciente no se da muchas veces cuenta de dicho hábito.

Supuestamente no existen movimientos maxilares aparentes -- asociados con el apretamiento habitual, se acompaña éste con frecuencia de un movimiento muy ligero de algunos dientes. Probablemente tiene un ligero movimiento de la posición céntrica a la oclusión céntrica o bien, alrededor de esta última. (15)

Reding, enfatiza sobre las bases de sus propios estudios -- que hay agudas diferencias psicológicas y neurofisiológicas. Entre los dos tipos de bruxismo diurno y nocturno, para apoyar la idea de que debería de hacerse una distinción entre bruxismo diurno y bruxismo nocturno, pone en consideración los siguientes argumentos:

1.- El sonido de rechinar está asociado con el bruxismo nocturno pero no con el diurno.

2.- El grado de conciencia es fundamentalmente diferente en los dos casos. (13)

MANIFESTACIONES DE BRUXISMO A NIVEL DENTAL.

El hábito del bruxismo puede ser realmente una forma de respuesta protectora a las interferencias oclusales. Es concebible que sea un mecanismo natural para el autoajuste de interferencias oclusales. A medida que los contactos dentarios proximales se desgastan y los dientes migran hacia delante, existiendo una necesidad de ajuste oclusal para compensar la migración mesial. Los alimentos toscos del hombre premoderno fueron lo suficientemente abrasivos como para desgastar las cúspides y las vertientes interferentes cuando el mecanismo del bruxismo era estimulado por los presorreceptores que rodean la raíz. En efecto, se creó un mecanismo de borramiento natural como respuesta a las fuerzas oclusales excesivas, la dieta tosca aportaba el desgaste para ajustar la oclusión dentro de límites tolerables. (6)

El desgaste oclusal es principalmente el resultado de los contactos oclusales. La firmeza de estos contactos, cuando los dientes funcionan juntos dependen del carácter de las estructuras de sostén de los dientes, la forma de la raíces, la relación corona-raíz, la posición de los dientes y la dureza de la superficie de contacto oclusal, incluyendo los materiales restaurados. Por lo tanto al ser estos materiales desiguales, existirá una desigualdad en el desgaste. (15)

Las manifestaciones de la oclusión patológica en los dientes se revela al estudiar la topografía oclusal de los mismos.

Los signos más evidente son: las facetas de desgaste, las superficies planas e inclinadas. La presencia de una faceta de desgaste en la superficie mesial de la cúspide palatina de una

premolar o de una molar y una faceta correspondiente en la superficie distolingual de la cúspide vestibular de un diente inferior, es signo seguro de una discrepancia entre las relaciones céntricas. Casualmente como un 95 % de estas facetas aparecen en el lado izquierdo.

Los incisivos fracturados, mellados o cortados son muchas veces signos de oclusión patológica; así mismo el desgaste exagerado de la superficie oclusal y la erosión cervical también lo son.

Las restauraciones también ofrecen signos, por ejemplo, la persistente fractura de una o varias obturaciones de amalgama; las facetas brillantes sobre las incrustaciones y coronas.

Las raíces de los dientes ofrecen evidencia de oclusión patológica roentgenográficamente, cuando se observan resorciones apicales. La hipertrófia del cemento localizado, se observa en dientes sometidos a un estrés continuo. Las fracturas del tercio apical, pueden ser originadas por una maloclusión. (11)

Se realizó un estudio en que se presentaba el progreso del diente desgastado y el cambio en la estructura y morfología sobre dientes de sujetos bruxistas comparandolos con los no bruxistas. Los resultados de dicha investigación fuerón, que puede estar concluido en que los dientes desgastados progresan mas rapidamente en bruxistas que en no bruxistas. Investigaciones de microscópio electrónico, revelarón que en los dientes de un mismo modelo, con hondo surco y estriaciones sobre la faceta desgastada de activos bruxistas. (diez dientes del mismo modelo). (22)

El desgaste oclusal o incisal excesivo puede ocasionar sensibilidad extrema, debido a la exposición de la dentina. (11)

Las manifestaciones de la pulpa en una oclusión patológica son: sensibilidad exagerada debido a una pulpa hiperémica por trauma de la oclusión. Cuando las fuerzas son anormales y la resistencia del tejido pulpar es baja, puede resultar una pulpitis con una eventual muerte pulpar. Si la resistencia pulpar es alta reaccionara a las fuerzas anormales depositando dentina secundaria.

Lo más común de las manifestaciones de la oclusión patológica en los dientes, es sin duda, el desgaste oclusal, también llamado erosión oclusal y abrasión dentaria.

El desgaste oclusal no se debe considerar fisiológico, si este es irregular y presente solo en algunos dientes, y tampoco si es excesivo y presente en todos los dientes.

La edad no debe considerarse como factor causal del desgaste oclusal. (11)

Los daños de importancia producidos por el bruxismo resultan con frecuencia en mayor grado en la corona del diente que en el periodonto. El desgaste de los dientes ocasionados por el bruxismo puede dar por resultado una reducción inestética en la longitud de la corona, trastornos en las relaciones de contactos interproximales, y producir pulpitis, exposición o muerte de la pulpa. Otras secuelas del bruxismo podrian ser, bordes de esmalte afilados e irritantes, dientes o restauraciones fracturadas, e incluso estrangulación apical de la pulpa. (15)

Se piensa que son los alimentos abrasivos la causa principal del desgaste. Es importante señalar que no son la causa del desgaste oclusal en el hombre civilizado, como podría serlo en los hombres de vida rudimentaria. En el hombre moderno son las partículas de esmalte, desprendidas durante la bruxomanía, -

las que causan el desgaste oclusal. En individuos que se alimentan con viandas abrasivas, no son las particulas de estos alimentos - las que causan el desgaste oclusal en su totalidad; es la instauración de una o varias interferencias oclusales, ocasionadas por el grano abrasivo, la que provocará la bruxomanía, y esta situación no cesará hasta que el individuo haya dejado mutilado sus - dientes y en oclusión balanceada.

Cuando los alimentos son la causa del desgaste se observará en las superficies oclusales concavidades redondeadas y lisas, -- y no facetas brillantes como en la bruxomanía.

. El grado de desgaste oclusal posterior es muy similar al desgaste incisal en la mismo individuo. el desgaste oclusal progresa y se hace más severo con la edad del individuo, por falta de dureza en la dentina y por el largo tiempo transcurrido con la condición patológica que hace músculos más potentes. El sexo no parece tener influencia en la aparición del, desgaste oclusal. (11)

En un desgaste oclusal observamos, áreas brillantes sobre - el tejido dentario obturaciones oclusales y dientes artificiales también podemos encontrar facetas de atrición, que se localizan - en los bordes incisales y en el vertice de las cúspides de los caninos y los premolares adaptandose entre si apareciendo como patrones de desgaste oclusal. (18)

El desgaste se puede presentar de diferentes maneras: A manera de escalonas y surcos, se puede observar en las superficies - linguales de los dientes anteriores superiores, cuando estos escalones son demasiado desgastados y profundos, que irritan el tejido palatino.

Facetas y excavaciones en forma aplanada o presentar al rededor, rebordes de esmalte filosos. Se localizan en las superficies

oclusales e incisales de los dientes anteriores.

Desgaste en media luna, se localiza en los cuatro y los seis dientes anteriores del maxilar, en donde la superficie linguoincisal se adelgasa mucho tomando la apariencia de media luna, cuya línea se extiende, desde incisal de un canino, a incisal del otro canino.

En los casos en que el desgaste es exagerado y en superficies planas, uniformes pueden tener como consecuencia la obliteración de las cúspides y la formación de superficies oclusales planas o ahuecadas.

Los pacientes que usan prótesis, el desgaste es mayor en posteriores que en anteriores ya que la estabilidad se da en la región posterior.

Desgastes cortantes, afecta principalmente a las superficies linguales de los dientes del maxilar superior (anteriores) hasta dejarlos sumamente delgados y filosos. (4)

Cuando existe un desgaste no solo afecta la estética de los dientes sino que también a la pérdida de dimensión vertical (7)

Algunos autores dicen como consecuencia del desgaste, puede existir, aflojamiento de los dientes y aplastamiento de los prismas de esmalte.

La erosión del esmalte, viene como resultado de la regurgitación nerviosa del contenido ácido del estómago, asociado esto a la tensión nerviosa. (15)

La movilidad dentaria es causada por el bruxismo, a través de un largo tiempo. (15)

Se observa en gran número de casos que el periodonto es fuerte y firme y se aduce que el desgaste oclusal ha provocado un hueso sano y una encía fuerte. Esto es un error pues los dientes se

desgastan por que el hueso es duro y no es que se haga duro por el desgaste de los dientes. (11)

Erosión, es un desgaste en la corona lingual a nivel del cuello asociado en aquellos dientes con mayor presión funcional donde se genera una acidez.

Movilidad exagerada, en esta afección dental, que puede ser causada por el bruxismo (rechinar de dientes) es decir -- que ademas del desgaste existe una movilidad dentaria, que en realidad para que exista dura un largo tiempo. En el caso del apretamiento no existe desgaste oclusal pero si movilidad dentaria verticalmente.

Periodontitis, el trauma intenso produce cambios patológicos por el desgarramiento de las fibras y la producción de hemorragia y la posible necrosis que sigue. Las presiones excesivas también causan compresión y estiramiento del ligamento periodontal. Las mismas presiones estimulan la actividad osteoclástica de manera que la reabsorción del hueso alveolar es común en la hiperfunción. El resultado obvio de estos cambios es que el diente se afloja. El grado de hipermovilidad que genera el trauma oclusal varia de leve a extremo. Algunos dientes se aflojan tanto por el trauma oclusal que se los puede impulsar hacia arriba y abajo o moverlos lateralmente en cualquier dirección. (6) .

La periodontitis originada en la fuerza oclusal suele guardar relación con las bolsas o alguna forma de gingivitis, no se encontró una investigación científica de la interrelación de los problemas gingivales y los intraalveolares.

El efecto destructivo de las fuerzas excesivas suele ser reversible si las fuerzas son reducidas hasta llevarlas dentro de sus límites normales tempranamente. (6)

Una boca con poca higiene está en vías de deterioro. La única variable es la velocidad de deterioro, que puede variar de un paciente a otro y aun de un diente a otro de la misma boca. La respuesta histica a los productos nocivos de la masa de microorganismos depende tanto de la resistencia general del huésped como de la resistencia de las zonas específicas sometidas al ataque de las toxinas microbianas.

La diferencia de resistencia entre un diente y el siguiente se relacionaría con gran frecuencia con las diferencias en la intensidad de las fuerzas oclusales. (6)

Puede existir en el bruxismo hiperemia pulpar con hipersensibilidad, especialmente al frío. En algunas ocasiones el bruxismo es tan grave que puede producir una necrosis pulpar. (15)

Sonidos oclusales audibles, son los sonidos que da el bruxismo. En un estudio que se efectuó nos manifiestan que el bruxismo se puede alterar por medio de la estimulación, disminuyendo el índice de rechinado desde tres rechinos de intervalos de 5 segundos, hasta 1.75 rechinos por minuto. Al hacerse intensivo este tratamiento por medio de veintidos sesiones el rechinado ha disminuido hasta .75 por minuto.

No obstante los rechinos de alta intensidad han logrado disminuir por medio de este procedimiento. Este tratamiento (Keller y Strangs) debe ser visto solo como un efecto marginal. (8)

MANIFESTACIONES NEUROMUSCULARES.

Las manifestaciones neuromusculares son: 1) Limitación de movimientos acompañadas de dolor o sin él. 2) Dificultad de apertura al despertar. 3) Traba de la mandíbula en ciertas posiciones al abrir. 4) Compensación en el cóndilo opuesto por hipermovilidad, subluxación o movimientos irregulares de apertura y cerrado. 5) Desfunción muscular, sensibilidad y convulsión tónica muscular

Sintomatología: el paciente nota cierto impedimento en la función acompañado de chasquido y a veces de crepitación, hay periodos de sensibilidad durante la función y el descanso. Todos estos malestares pueden desaparecer por un tiempo indeterminado y volver a resurgir con aumentada severidad, hasta finalmente se establece el dolor agudo y el trismus.(11)

Hipertonidad, es una manifestación, en la cual el tono muscular se encuentra aumentado, (Bruxistas). (11), (15), (6), (2)

El tono muscular puede aumentar por la tensión emocional o nerviosa, por dolor o molestias, y por interferencias oclusales.

Las contracciones del tono muscular postural o antigravitacional dentro de los músculos masticadores depende de la actividad refleja miotática, a la cual se añade la actividad eferente gamma o fusomotora. El centro del reflejo miotático se encuentra íntimamente relacionado con el control de los patrones de los reflejos condicionados de los movimientos del maxilar, los cuales han surgido como resultado de los impulsos nerviosos procedentes de las diversas terminaciones nerviosas propioceptoras y sensoriales dentro del aparato masticador. La influencia del sistema nervioso central sobre el tono muscular se efectúa principalmente a

través del sistema fusorotor, c 2; disarmonía local entre las partes funcionales del aparato masticador que actúa sobre el mecanismo, reflejo que controla los movimientos subconscientes del maxilar. (15)

Perry, demostró una relación entre una situación de tensión y un aumento en la función del masetero. Los maseteros son de hecho los primeros músculos en contraerse en personas que tienen -- fuertes estados de tensión.

Se observó que los pacientes con más manifestaciones clínicas de ansiedad y tensión eran los pacientes más sobre activos -- muscularmente. (16)

Por lo tanto los músculos masticadores son sensibles a la -- palpación en los pacientes con bruxismo.

Mialgia, el estado hipertónico y en ocasiones doloroso de -- los músculos del maxilar en el bruxismo es de la misma naturaleza que las mialgias " profesionales " en los músculos del cuello y -- del brazo de los mecanógrafos bajo tensión mental, o de las mial-- gias posturales manifestadas como dolor de espalda en personas -- bajo tensión psíquica que tienen anomalías posturales. Se observó una similitud electromiográfica entre los mecanógrafos y los pa-- cientes con bruxismo.

En pacientes con hipertonicidad muscular y bruxismo, así co-- mo en pacientes con mialgias, la influencia reguladora sobre la -- actividad muscular procedente de impulsos sensitivos y propiocep-- tivos así como la actividad refleja dentro de los músculos no -- funcionan normalmente, o pueden faltar. (17)

En ocasiones los músculos masticadores son sensibles a la -- palpación en los pacientes con bruxismo. Los puntos sensibles son más comunes a lo largo del borde anterior e inferior del masetero

y el pterigoideo interno, pero puede también encontrarse en la región temporal.

Frecuentemente los pacientes con bruxismo se quejan de sensación de cansancio en los músculos maxilares, principalmente al despertar por la mañana, o bien experimentan un trabazón del maxilar, teniendo que dar masaje a los músculos maseteros y temporales antes de poder abrirlo.

Los pacientes con hipertonocidad de los músculos maxilares y bruxismo pueden morderse el carrillo o la lengua, o bien los labios accidentalmente a consecuencia de la contracción violenta de dichos músculos. En algunos casos se asocian con la tensión muscular anormal, cefaleas del tipo de cefaleas emocionales o por tensión.

Hipertrofia de los músculos masticadores. El aumento de tono muscular que se manifiesta como una resistencia incontrolable a los intentos que efectúa el dentista para llevar, el maxilar del paciente hacia la relación céntrica es común en los pacientes con bruxismo. La frecuencia de la hipertrofia puede ser unilateral o bilateral de los músculos masticadores, especialmente de los maseteros. La hipertrofia unilateral del masetero se confunde en ocasiones con tumor de la glandula parótida. La hipertrofia e hipofunción de los músculos maseteros puede influenciar el desarrollo del maxilar inferior durante el crecimiento y dar lugar a marcada asimetría facial. (15)

La fatiga, depende probablemente de dos factores; 1.- consumo del material contractil, y del acumulo de productos de deshecho de la contracción, entre los más importantes ácido lactico.

El ácido lactico produce alguna energía en forma de ATP que pudiera ser utilizada para la contracción muscular.

Cuando existe un ejercicio brusco en el que se necesita más energía de la que puede proporcionar los procesos oxidativos sobre todo cuando no se puede sostener la oxidación con oxígeno mediante reacciones glucolíticas que el ácido piruvico se reduce a ácido láctico. (Stauton. BQ)

La hiperactividad nos conduce a la fatiga muscular por falta de materia energética y acumulación de productos de deshecho. (Stauton. BQ)

El dolor hace su aparición en músculos, tendones, fascias y articulaciones. El dolor puede ser inducido en los músculos por vasoconstricción, provocada por el frío, anoxia, acidosis o fatiga todo esto sugiere que el suministro sanguíneo no puede ser ignorado como factor cuadyuvante. Una tensión sostenida sin suministro sanguíneo adecuado (de entrada y de salida) impedirá que los músculos satisfagan su requerimiento metabólico y evitará que ellos desalojen las materias catabolicas. (11) La tensión muscular no es la fuente directa del dolor, pero si la compresión de los vasos sanguíneos dentro de los musculos y la disminución que sigue del aporte sanguíneo. (Schwartz)

Miositis, los pacientes con bruxismo severo acusan dolor a la palpación de los músculos involucrados, es posible asegurar la localización de la interferencia sin haber visto aún la oclusión, sólo en base a los datos que brinda la palpación muscular y las respuestas dolorosas.

Limitación de movimientos, como consecuencia de los dolores provocados por la miositis; puede surgir una limitación de movimientos mandibulares. (21)

INFLUENCIAS SOBRE EL SISTEMA
ESTOMATOGNÁTICO.

Parodonto.

Cuando las fuerzas oclusales exceden la capacidad de adaptación fisiológica de los tejidos, éstos se dañan. Este daño es referido como trauma de la oclusión.

Los factores que afectan a los tejidos periodónticos son; 1) la presencia de inflamación en el ligamento periodontico en una periodontopatía va encaminada a la degeneración de sus fibras --- principales impidiendo la capacidad del ligamento periodóntico -- para resistir las fuerzas oclusales. 2) Destrucción del hueso alveolar y de las fibras periodónticas en una periodontopatía aumenta la carga de los tejidos de soporte remanentes, resultando excesivas las fuerzas para el parodonto. 3) La edad y los desórdenes sistémicos que inhiben la capacidad anabólica o inducen a la degeneración, disminuyen la capacidad del parodonto para soportar -- fuerzas funcionales . (11)

La pérdida del apoyo periodontal, estructuras periodontales - inadecuadas después de la pérdida de dientes, o disminución de la tolerancia tisular, dan lugar a una oclusión traumática secundaria sin ninguna alteración en la oclusión. La oclusión traumática secundaria puede ser precipitada por fuerzas oclusales exageradas - normales, o incluso subnormales, dependiendo del grado de debilidad de los tejidos periodontales. (15)

Las estructuras de soporte experimentan continuamente modificaciones microscópicas durante la vida como respuesta directa a - las variaciones de las fuerzas. Las desviaciones de la normalidad

de la normalidad que se producen en el periodoncio cuando las fuerzas son eliminadas del todo o aumentada excesivamente causaran un daño parodontal. (6)

En general la inflamación de la encía se difunde más al hueso que al ligamento periodóntal. En caso de que la fuerza oclusal sea excesiva, cambiará la alineación de las fibras del ligamento periodóntico y alterará la trayectoria de la inflamación, resultando que la inflamación se extiende directamente al ligamento periodontico en lugar de al hueso. Las destrucciones alveolares verticales o en forma de cráter y las bolsas intraóseas son el resultado de esta condición.

En ausencia de inflamación, el trauma de oclusión produce cambios destructivos en los tejidos periodónticos, que varían desde compresión y tensión aumentadas del ligamento periodóntico y del hueso. Estos cambios son reversibles. El persistente trauma de la oclusión causa resorción del hueso alveolar y un ensanchamiento en forma de embudo de la porción crestal del ligamento periodóntico. (11)

El trauma oclusal se limita a los tejidos intrabucuales y que no es capaz de generar cambios en los tejidos gingivales. Aunque aparente haber una relación clínica entre el trauma oclusal y la recesión gingival. (6). Por las investigaciones hechas se ha deducido que el trauma de la oclusión no causa gingivitis o bolsas periodónticas. La iniciación de estos fenómenos requiere de la presencia de irritantes locales como pudieran ser restos alimenticios, bacterias, sus productos, la placa bacteriana, calculos. (11).

Las bolsas intraóseas son causadas por irritación local combinada con trauma de la oclusión y por presiones causada por el -

empaquetamiento de alimentos. (11)

Los dientes pueden llevar a cabo funciones normales después de haber perdido una porción bastante grande del periodónto; sin embargo, cuando se ha sufrido una pérdida bastante grande del apoyo periodontal, la actividad funcional normal ocasionará lesión traumática del periodonto incluso en presencia de relaciones oclusales ideales. Todo paciente con una enfermedad periodontal muy avanzada llegará finalmente a una etapa que cuando muerda algo e incluso el simple contacto oclusal al deglutir puede producir una lesión traumática a las estructuras periodontales residuales. (15)

De todas las regiones del periodónto, las más susceptibles son; la zona de bifurcación y trifurcación.

Cuando existe inflamación, inmediatamente empiezan haber movimientos en el diente que se agravan con el trauma de la oclusión. Los dientes se aflojan y se mueven debido al ensanchamiento exagerado del ligamento periodóntico que permite ese fenómeno.

Los cambios que produce el trauma de la oclusión histológicamente hablando, en el periodonto son; 1) necrosis. 2) trombosis 3) Resorción y 4) aposición.

Una fuerza traumática no causa inflamación. En estos casos lo que pasa es que la inflamación se agrava, se difunde más rápidamente y se extiende en presencia de trauma por oclusión.

Las enfermedades periodónticas son disturbios de los tejidos de soporte del diente. Las desarmonias oclusales son un factor demasiado agravante.

Cuando existe una mejor relación funcional entre los dientes inferiores y superiores en todas las posiciones mandibulares, menor será el esfuerzo de los tejidos de soporte. (11)

El trauma oclusal produce cambios en el tono muscular y la textura de la encía.

Puede existir enrojecimiento y congestión del margen gingival, ausencia de puntilleo, inflamación, edema y brillantez de los tejidos o una combinación de estas condiciones.

La encía puede sufrir cambios, en su estructura y posición, tales como; nódulos epiteliales, medialunas traumáticas de stillman, festones gingivales, fisuras, chatamiento de la cresta de la cresta de la papila interproximal, depresiones lineares, hipertrofia, sangrado o recesión de la encía, pueden existir cambios en la condición y posición de la papila. (11)

El apoyo periodontal puede verse reducido en forma importante por la pérdida de varios o todos los dientes posteriores. En este caso la fuerza normal del cierre oclusal en la masticación y la deglución serán distribuidas sobre unos pocos dientes y con frecuencia en una distribución desfavorable. Por lo tanto cuando hay pocos dientes para la masticación las relaciones funcionales serán desfavorables. Esto puede requerir manipulaciones neuromusculares distorsionadas de los maxilares en un intento por lograr cierto grado de función. Tales relaciones funcionales alteradas por la pérdida de dientes aumenta la posibilidad de que se presente el trauma por oclusión.

Las caries oclusales pueden socavar y eliminar áreas de contención oclusal en oclusión céntrica. Esta pérdida de contención céntrica pueden permitir que los dientes se inclinen o sobresalgan con la subsecuente interferencia oclusal en las excursiones laterales. La caries proximal puede alterar la posición de los dientes debido a la pérdida de contacto proximal, alterando las relaciones oclusales con posibilidad de interferencia en la oclusión. El dolor que causan este tipo de caries tenderá a aumentar -

la tonicidad de los músculos masticadores predisponiendo, a la contracción muscular anormal, con la posibilidad de lesionar los tejidos periodontales.

El desgaste disparado de las superficies oclusales que resulta de la desigual dureza de los dientes, las restauraciones, o ambos factores combinados, pueden también originar oclusión traumática. En el caso de una amalgama segunda clase, mal condensada es más propensa al desgaste que el esmalte cuspídeo adyacente, pudiendo dar lugar a un esfuerzo excesivo y fractura de estas cúspides, principalmente en pacientes con tendencia al bruxismo. *

Toda terapéutica dental debe llevar el propósito de llevar a una oclusión estable al final del tratamiento, cualquier problema que se presente, puede ocasionar oclusión traumática.

El fin de la ortodoncia, así como en odontología protética o restauradora, consisten en establecer una relación aceptable entre oclusión céntrica y relación céntrica. En algunos casos, el resultado de la terapéutica ortodóntica puede parecer excelente cuando el paciente muerde en oclusión céntrica; sin embargo pueden existir grandes molestias asociadas con el bruxismo y disfunción temporomaxilar debido a una discrepancia inaceptable entre oclusión céntrica y relación céntrica. (15)

Manifestaciones neuromusculares y fuerzas traumáticas.

Los estudios electromiográficos de Moyers, Perry y Harris, y otros autores, indican todos que los individuos con maloclusión o interferencias oclusales presentan un patrón de contracción asincrónica en los músculos masticadores. Tomando en cuenta, que las interferencias oclusales pueden aumentar la actividad muscular durante el reposo y entre los contactos oclusales funcionales, así como aumentar la magnitud y frecuencia de las contracciones de los músculos maxilares.

Los movimientos del maxilar se inician cuando cierto número de unidades motoras entran en actividad; pero cuando se tocan interferencias oclusales, se presenta inhibición de la actividad --refleja normal ocasionada por la excitación desorganizada y prematura de los propioceptores o de las terminaciones sensitivas situadas en la membrana periodontal de los dientes afectados. Bajo tales condiciones se efectúa un esfuerzo continuo por los centros nerviosos controlados en forma refleja para establecer un patrón de compromiso de contactos oclusales a fin de evitar o reducir al mínimo la irritación y la lesión de los tejidos del aparato masticador. Los umbrales de excitación de las neuronas que controlan los movimientos de contacto oclusal sobre bases reflejas son variables, los impulsos tanto de origen central como periférico pueden cuando son aumentados por facilitación en la conducción nerviosa provocar lo que parece constituir una exagerada contracción de los músculos del maxilar. Este fenómeno de contracción aberrante se presenta en asociación con molestias o dolor local y con stress general y tensión emocional o nerviosa. (15)

El umbral para la propiocepción y la sensación táctil pueden ser disminuidos fácilmente por la acción entumecedora de la pre--

sión excesiva y prolongada asociada con el bruxismo o el apretamiento de los dientes. El bruxismo busca las interferencias oclusales y las fuerzas aplicadas es usada como un escape para la tensión nerviosa. El dolor en el lugar de hacer que se eviten las interferencias, parece propiciar una mayor aplicación de fuerzas. Así la acción disfuncional del bruxismo ha sido llamada de autodestrucción, siendo este mecanismo la etiología más frecuente del trauma por oclusión. (15)

Cuando existe oclusión patológica causan desarreglos neuromusculares por funciones y posiciones patológicas iniciadas en la mandíbula en las dos articulaciones y en los músculos del sistema gnático.

Las manifestaciones de una neuromusculatura alterada son los movimientos excesivos o limitados de la mandíbula acompañados o no por crepitación, chasquido, convulsiones tónicas, sensibilidad y dolor. Todo esto va a variar con cada sujeto.

El espasmo muscular o convulsión tónica puede ser intermitente y de repetición o sostenido.

El espasmo muscular se acentúa por factores locales como; la interferencia de los dientes en la armonía de la oclusión, por el bruxismo (aumento de tensión), fatiga y arterioesclerosis de los vasos de los músculos.

Todo cambio rápido en la oclusión, alteran los impulsos propioceptivos y estos desarreglan la función muscular.

El espasmo o convulsión tónica es una medida protectora del cuerpo humano; en presencia del dolor los músculos se espasman -- inmovilizando así la articulación y aliviando momentaneamente el dolor. (11)

El dolor actúa como una señal de alarma y también como mecanismo protector, al avisar al sujeto que la función debe restringirse.

Los pacientes informan que les es difícil en las mañanas ejecutar los movimientos mandibulares necesarios y que les toma de 15 minutos a una hora, poderlos ejecutar con facilidad por lo tanto la mayoría de estos pacientes, presentan apretamiento de los dientes o rechinarlos durante la noche.

Los movimientos mandibulares se pueden restringir de dos maneras; 1) involucra a las dos articulaciones limitando a la apertura, 2) involucra solo una articulación; un condilo casi llega a su posición normal en el movimiento de apertura máxima, mientras el otro gira y se traslada hasta cierto grado, produciéndose así una desviación y una apertura limitada. (esto es en un plano sagital).

Un signo muy importante en el caso de alteración neuromuscular temporomaxilar, es la desviación de la mandíbula, generalmente del lado del que presentan los síntomas, al abrirse la boca demasiado. (11)

Articulación temporomandibular.

Los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) y el dolor muscular comprenden: artritis traumática aguda, espasmos musculares, artritis traumática crónica y osteoartritis. en algunos casos pueden estar presentes uno o más de estos padecimientos y sus manifestaciones pueden estar limitadas sólo a las articulaciones y las estructuras adyacentes; pero los síntomas pueden afectar a todo el aparato masticatorio, pudiendo extenderse incluso a otras partes de la cabeza y el cuello.(15)

Los cambios sufridos en la articulación temporomandibular pertenecen a las artropatías de origen traumático o microtraumático y que es degenerativa.(11)

Los tejidos de la ATM, así como de las demás partes del aparato masticatorio, por lo general se encuentran protegidos por reflejos neuromusculares a través de la coordinación de la función y de las fuerzas musculares. Todo lo que aumenta la actividad muscular básica o tono como la tensión psíquica, frustración, tensión emocional, interferencias oclusales o dolor pueden producir -- trastornos funcionales y dolor en la ATM y músculos adyacentes.

El Dr Erik Martinez R.adopta una nomenclatura de las afecciones de la ATM con el termino de artrosis.+

La artrosis temporomaxilar es una afección degenerativa, trófica y no infecciosa de los tejidos articulares, iniciada por --

+ Erik Martinez Ross. Oclusión. Ed: Vicoba S.A. 1978
pag: 450, 451.

trauma intrínseco produciendo cambios en la ATM.

La artrosis es conocida también por sus síntomas; crujido temporomandibular , chasquido articular, machoir a ressort, de los franceses, clicking of the joints, de los americanos. etc.

Por sus cambios articulares también se denomina: osteoartrosis TM, subartrosis, osteoartrosis, disartrosis.

Esta afección predomina más en mujeres que en hombres y es común de todas las edades principalmente entre 20 y 40 años. (21)

Como en el bruxismo, cualquier tipo de interferencia oclusal cuando se combina con tensión psíquica, puede ocasionar artritis traumática de la ATM y dolor muscular. La interferencia oclusal más común en el desencadenamiento de dicha actividad muscular anormal es un deslizamiento en céntrica o bien una área inestable en el recorrido retrusivo entre relación céntrica y oclusión céntrica. Los trastornos producidos por interferencias oclusales se observa mejor electromiográficamente durante la deglución inconsciente.

Las interferencias oclusales del lado de balanceo son perturbadores del aparato masticatorio pudiendo desencadenar bruxismo y dolor asociado en los músculos y ATM.

Las interferencias del lado de trabajo, rara vez desencadenan actividad anormal. Por ejemplo si el bruxismo se efectura en contra de un reborde o faceta de desgaste en la punta de un canino superior o sobre el borde de los incisivos superiores, puede presentarse dolor en la ATM.

El dolor o las molestias por tratamientos o padecimientos dentales, periodontales, sinusales y de otro tipo van ha producir un aumento en la actividad muscular básica aumentando la posibilidad de artritis traumática de la ATM acompañada de dolor muscular

Por lo general se ha observado, que las contracciones musculares prolongadas asociadas con endurecimiento y dolor pueden deformar los patrones de movimiento del maxilar y de esta manera -- provocar nuevas interferencias oclusales.

Se ha observado que en caso de que estén ausentes los dientes posteriores hay predisposición a la artritis traumática, debida que existe una mayor presión sobre la articulación al morder -- con los incisivos, también existe una pérdida de la dimensión vertical, todo esto es producido por trastornos de las relaciones -- neuromusculares que acompañan al cambio de oclusión.

El desplazamiento distal y sobre cierre del maxilar inferior es el concepto básico de la patogenesis de los trastornos funcionales de la ATM. Sicher nos dice que la artritis traumática de la ATM era el resultado del pellizcamiento distal del cóndilo sobre los tejidos blandos y las vellosidades sinoviales por detrás de -- él.

Aquellos que aceptan esta teoría han relacionado el dolor en las áreas que rodean a la articulación a degeneración e irritación de las terminaciones nerviosas que penetran en la cápsula y la periferia articular. El dolor referido es aquel dolor que se encuentra más alejado de la articulación. Este dolor referido podría ser de los senos y músculos de cuello y cabeza.

Existe un concepto en el cual se dice que la disfunción y la fatiga muscular son la fuente del dolor de la ATM y sus estructuras adyacentes. Debido a esto está el síndrome de disfunción dolorosa de la ATM. En este síndrome se piensa que la oclusión desempeña un papel de menor importancia puesto que se ha recalcado la importancia de la tensión de la tensión psíquica y espasmos.

La sincronización del momento y el grado de contracción y relajación de los grupos musculares opuestos es demasiado importante para conservar la armonía de la actividad funcional de los músculos. Cuando un músculo se contrae, su antagonista se estira, de manera que lo que afecta a un músculo afecta a el otro.

Todos los músculos están en cierto grado de contracción. Incluso en reposo, el músculo conserva cierta tonicidad al mantener alguna de sus fibras en contracción. La tonicidad normal es aquella donde la contracción leve de los músculos antagonistas es la que da lugar a la postura de reposo.

El músculo nunca llega a fatigarse cuando está en su estado normal de tonicidad de reposo. Existe un equilibrio electroquímico donde mientras unas fibras están en contracción, otras están en reposo y entonces se establece el equilibrio, donde las fibras que están en reposo se contraen y las que están contraídas reposan, cuando este equilibrio no es adecuado, es decir si la duración y la intensidad de las exigencias son mayores de las que el músculo puede afrontar mediante la modificación de fibras en actividad y en reposo, se fatiga la totalidad del músculo.

El dolor que produce la fatiga puede ser por la isquemia --- generada por la fuerte contracción del músculo espástico al rededor de su propia red vascular, pero también puede ser por la generación de toxinas resultantes de la actividad química vinculada con la contracción prolongada. (6)

La articulación con movimiento limitado es, generalmente la que tiene síntomas dolorosos; y en la articulación opuesta con movimientos excesivos es generalmente la que presenta un chasquido.

Los chasquidos indican por lo general, una luxación menisco-temporal o una menisco-condilar.

Los chasquidos y las subluxaciones son síntomas de falta de coordinación.

Las manifestaciones clínicas de las artrosis temporomaxilares son las siguientes; 1) chasquido o cruídos articulares, 2) crepitación ocasional, 3) sensibilidad, 4) dolor en la articulación y alrededor. (11)

El chasquido o ruido seco de las articulaciones temporomandibulares es frecuente en la disarmonía oclusal. Puede estar presente el dolor o también no existir, y varia de un chirrido casi inaudible a un chasquido fuerte que puede ser escuchado en la habitación. (6)

Para la localización de estos sonidos es valiosísimo el uso del estetoscopio en la zona precondilar para ayudar a la interpretación de este síntoma. (11)

Los sonidos articulares son producto de una desarmonía entre los movimientos del condilo y su disco. En lugar de funcionar en el centro del disco, el condilo se desliza fuera de la cavidad o concavidad y hacia el reborde del disco. Se oye el chasquido o golpe seco cuando vuelve hacia el centro. La causa de la lesión es un control muscular incoordinado en el conjunto cóndilo-disco

Por lo general, el ruido desaparece al ser corregida la oclusión, pero puede llevar semanas o meses devolver a los músculos al patrón normal de función del cóndilo y el disco. (6)

El chasquido se presenta en un cóndilo o en los dos. Existen tres clasificaciones de chasquidos articulares; 1) Iniciales. 2) Intermedios. 3) Terminales. Pringle atribuye el chasquido a una contracción brusca del músculo ptéridoideo externo que disloca al menisco anteriormente y hacia dentro. (11)

La luxación puede ser causada, por una incoordinación grave de la actividad muscular. (15)

La luxación afecta a los dos cóndilos, presentándose más ---
amenudo en la mujer joven.

La luxación consiste en el desplazamiento anterior del --
cóndilo enfrente de la eminencia articular. El despalzamiento pue
de ocurrir con fractura de cuello de cóndilo. La luxación, se co-
noce también como dislocación completa, se trata inmovilizando la
mandíbula por una o varias semanas de acuerdo con la severidad --
del accidente, para evitar hemorragias secundarias del accidente,
para evitar hemorragias secundarias y permitir la reparación ti-
sular. (11)

La subluxación, indica que el maxilar inferior está temporal-
mente " pegado " o trabado en cierta posición que no corresponde
a la apertura máxima de la boca. La subluxación es es una manifes-
tación de la actividad anormal de los músculos maxilares. Esto es
ta relacionado con una disarmonía en el sistema masticatorio co--
mo un estado de tensión psíquica. (15)

La subluxación dislocación incompleta o luxatio imperfecta,
es una condición muy común. La subluxación puede ser: subluxación
menisco temporal o bien cóndilo meniscal. El paciente aprende a --
reducirla ayudado por sus manos o por movimientos mandibulares -
especiales.(11)

El esguince o distensión de los ligamentos temporomandibula-
res suele ocurrir al mismo tiempo que la luxación o subluxación.
La distensión es la consecuencia de la tensión anormal que ejer--
cen los músculos maxilares espásticos sobre los ligamentos, y pue
den existir durante los movimientos mandibulares de apertura exa-
gerada de la boca.(15)

Existen dos tipos de anquilosis, fibrosa y ósea. La anquilo-
sis fibrosa es el resultado de cambios fibróticos en la articula-

ción a consecuencia de una hemorragia ocasionada por un trauma -- externo.

La anquilosis ósea es el resultado de una infección. Las articulaciones se inmovilizan.

El tratamiento de las artrosis requiere de la terapia simultánea de tres regiones; temporomaxilar, músculos y los dientes.

La terapia consiste en combinación de fármacos, medios mecánicos, ejercicios musculares, etc. (11)

HÁBITOS SECUNDARIOS.

La tendencia habitual a morder diversos objetos llevados a la boca o la mordedura de tejidos bucales blandos, representan -- una válvula de escape para la tensión psíquica o emocional y se encuentran por lo tanto, relacionadas con el bruxismo. En varios - pacientes con bruxismo se han notado que cuando se ha extirpado su interferencia oclusal o interreferencias oclusales, han substituído el bruxismo por hábitos tales como morderse las uñas o las ramas de sus anteojos, morderse el labio o la lengua, empujar los - dientes con los dedos, o hacer presión o frotar la lengua contra - los dientes. En casos serios o muy graves de irritación de la len- gua o de las mejillas, el paciente puede necesitar ayuda psiquiá- trica, pero en la gran mayoría de los casos estos hábitos son de poca importancia clínica. Con frecuencia los hábitos pueden ser - controlados explicándole el asunto al paciente. Sin embargo los - hábitos antiguos de mordedura de lengua o de los labios en perso- nas adultas son muy difíciles de romper incluso si se emplean dis- positivos de advertencia condicionada. Con frecuencia resulta me- jor no tocar dichos hábitos si no han ocasionado daños.

No se debe utilizar la hipnosis para hacer cesar estos hábi- tos, puesto que pueden precipitar una crisis psiconeurótica.

Los hábitos ocupacionales o profesionales como el tipo de -- mantener clavos dentro de la boca, morder hilos, mordisquear lá- pices, etc., pueden con frecuencia ser eliminados mediante esfuer- zos conscientes de parte del paciente. (15)

Causas ocupacionales, tenemos que los jugadores por ejmplo; (tenis besibol, futbol, corredores etc.,.)

Los boxeadores, usan un aparato protector de hule, pero este no es usado solo como protector si no también lo aprietan dentro

de el para encauzar la tensión de la pelea.

hábitos de tipo emocional, aquellos que su ocupación son trabajos precisos y meticulosos ejemplo los relojeros, los cirujanos ellos entran en una gran tensión antes de efectuar cualquier acto quirúrgico. (8)

La masticación del chicle hábito voluntario e involuntario, es una forma de ruminación y también se considera como una forma de bruxismo. Primero la masticación del chicle es voluntaria pero despues se combierte en involunatria.

El chicle se mueve entre las superficies oclusales de los dientes y es voluntario , al volver a mascar la goma parece ser una forma de actividad motora inconsciente y ritmica como el bruxismo y provoca una liberación de tensión, todo hábito debe ser considerado como forma de bruxismo.

El bruxismo temporal podría ser un tipo de escape de tensión, ejemplo: cuando dicen apreto los dientes con rabia , apreto los dientes para no llorar. (18) También cuando la gente titirita de frío, o bien cuando carga un objeto pesado por el mismo esfuerzo tiende a apretar los dientes pero este bruxismo solo es temporal.

DIAGNOSTICO DEL BRUXISMO.

En la mayoría de los casos, los signos y síntomas de bruxismo no son evidentes; pero, algunos de ellos son indicativos, aunque de ninguna manera patognómicos o diagnósticos. Por estas razones es de sumo interés aprender a reconocer cuando tenemos un paciente que sea bruxista, aunque el no tenga la menor idea de que padece este hábito.

En un gran número de casos este hábito puede pasar de la subconciencia al nivel de la conciencia indicando al paciente la posibilidad de su existencia.

El diagnóstico del bruxismo se basa en signos y síntomas clínicos orientados junto con una historia confirmadora obtenida del paciente y de otras fuentes. Para establecer el diagnóstico del bruxismo resultan de utilidad varios dispositivos para registrar sonido, movilidad de los dientes y actividad muscular.

Si nosotros efectuamos un buen interrogatorio y la observación detallada de los elementos que forman el sistema estomatognático será una buena base para el diagnóstico.

Dentro del interrogatorio podríamos hacer preguntas tales como:

Existe sensación de cansancio de los músculos de la mandíbula al despertar.

Existe dificultad en los movimientos mandibulares.

Se muerde los labios, lengua, uñas, muerde objetos como ; -- plumas, hilos, clavos ,.etc.

Existe dolor en la A.P.M.

Existe sensibilidad de los dientes a la masticación

Existe sensibilidad vulnar al frío.

Y por medio de la exploración podríamos observar:

Facetas de desgaste sobre las superficies oclusales de los dientes

El tono muscular se encuentra aumentado.

Abrasión dentaria exagerada y desigual. (observación del tipo de oclusión que presenta el paciente.)

Existencia de hipertrofia de los músculos masticadores, principalmente del macetero.

Presencia de movilidad dentaria.

Presencia de isquemia en los tejidos que rodean al diente.

Sonidos apagados a la percusión de los dientes.

Existencia de gingivorragias, bolsas parodontales y resección gingival ya sea por vestibular ó palatino ó lingual.

Existencia de acumulación de sarro o alimentos.

Y además de estas preguntas que nos ayudan para el diagnóstico del bruxismo, podemos hacer una revisión general como:

Dientes: ausentes, cariados, desvitalizados, móviles, ectopicos, fracturados, retenidos, estado de los terceros molares.

Movimientos mandibulares apartir de relación céntrica a oclusión céntrica.

Interferencias en movimientos desde oclusión céntrica.

Alteraciones de movimientos protusivos.

Relaciones incisales (Soolemordida horizontal y vertical).

Tipo de masticación.

Observaciones radiográficas : Si existe pérdida de hueso alveolar, Lamina dura, horizontal, vertical, infraósea.

Si existe hipercementosis, absorción radicular, exostosis

Existencia de dolor en ATM.

Si hay chasquido, crotitación, tinitus, hipermovilidad, subluxación, molestia al deglutir.

Apertura maxima anterior; si es normal, si hay dolor, desvía ción a la derecha, ala izquierda, angular.

Palpación articular; sin movimiento, al abrir, al cerrar, al trastruir, al protuir.

Palpación de los musculos: M pterigoideo externo e interno, digastrico, temporales, esternocleidomastoideo, región hioidea, - región occipital, espleneo y trapecio.

Dolor en cabeza y cuello: ocular, auditivo, frontal, senos - maxilares, parietal, temporal, occipital, cuello, hombros.

Estado de stress emocional: Insomio, fatiga, irritabilidad, - ansiedad, depresión.

Tipo de medicación que esta recibiendo o ha recibido.

Y por ultimo pondremos el tratamiento que se va a seguir.

()

La presencia de bruxismo señala el bajo nivel de tolerancia a la interferencia oclusal.

El diagnostico del bruxismo basado en signos y síntomas clínicos. El bruxismo es el mejor índice de uqe se dispone sobre la tolerancia o intolerancia del paciente a la disarmonía oclusal. - El análisis oclusal es difícil y en ocasiones proporciona resulta dos poco dignos de confianza en pacientes con bruxismo activo. El uso de planos de mordida provisionales, férulas oclusales, medicamentos o psicoterapia, puede ser necesario para lograr el relajamiento muscular adecuado para el diagnóstico de los factores oclusales desencadenantes de bruxismo. (15)

EL TRATAMIENTO DEL BRUXISMO.

El bruxismo es de gran importancia clínica en la planificación del tratamiento. Es de suma importancia reconocer los factores etiológicos, mediante el diagnóstico, así como eliminar factores causales.

Dado que el bruxismo tiene una doble etiología que incluye factores oclusales locales y factores psíquicos, el tratamiento racional debe incluir la eliminación de ambos factores. Ya que se necesita la presencia de ambos tipos de factores para que se inicie el bruxismo, este hábito disfuncional puede ser eliminado por terapéutica local o psicoterapia. (15) Y se ha demostrado que esto puede ser verdad en algunos casos de bruxismo excéntrico o de frotamiento; pero no está igualmente claro si la eliminación de la disarmonía oclusal por sí sola, puede eliminar el bruxismo --céntrico o de apretamiento. (21)

Para eliminar el bruxismo se debe rebajar el umbral de excitación neuromuscular por debajo del punto donde la interferencia oclusal comienza a actuar como desencadenante, o bien eliminar --suficientes interferencias oclusales hasta quedar dentro del límite de tolerancia para el mecanismo neuromuscular del paciente.

El tratamiento se va a dividir en dos grupos:

Terapia neuromuscular y rehabilitación oclusal.

A la terapia neuromuscular la vamos a dividir en: Terapias --psicológicas, farmacológica, fisioterapia y oclusal.

Terapia psicológica, decirle al paciente que tiene el hábito de apretar los dientes o bien de frotarlos y darle a conocer todos los daños que causa este hábito. (21) El dentista debe de ser

debe ser precavido para no ir a profundizar demasiado en los problemas emocionales del paciente, dado que esto puede agravar la inestabilidad del individuo psiconeurótico. (15)

Hipnosis, existen controversia entre los diferentes autores para la utilización de este recurso terapéutico.

Psicoterapia, efectuada adecuadamente puede reducir la tensión psíquica, y reducir por lo menos temporalmente, las manifestaciones del bruxismo.

Terapia farmacológica, existen dos tipos: general, local. Dentro del grupo de las generales, tenemos los relajantes musculares como el mebenesin, que reducen la actividad muscular. La dosis diaria es una capsula cada 20 kilos de peso, después de las comidas.

Se prefieren el uso de tranquilizantes tipo Equanil, librium, balium. El Equinal, es un relajante muscular que también tiene una fuerte influencia sobre la coordinación de las respuestas neuromusculares.

La terapia neuromuscular farmacológica local consiste en la anestesia directa por infiltración, de los músculos espásticos con el objeto de cortar el circulo vicioso patogénico de retroalimentación, como ejemplo del anestésico tenemos el hidrocloreuro de procaína al 2% en solución salina sin vasoconstrictor por que pueden producir isquemia. (21)

Ejercicios relajantes y fisioterapia.

Los ejercicios tanto locales como generales, pueden servir para hacer disminuir la tensión muscular y el bruxismo. Estos tratamientos van encaminados a aliviar los síntomas más que a eliminar la causa. Los ejercicios, masaje, calor y otras formas de fisioterapia proporcionarán el mismo alivio para el bruxismo que

las mialgias posturales o de otra naturaleza, solo sirven en apoyo de otras formas de terapéutica. (15)

Los ejercicios musculares se pueden utilizar con dos objetivos diferentes: Lograr la relajación de músculos espásticos, o entrenar músculos con la idea de recuperar la elasticidad y potencia disminuidas por desuso. Como por el principio de inervación recíproca, cuando un grupo muscular actúa, los antagonistas deben entrar en relajación, el mismo ejercicio sirve para relajar un músculo y entrenar a otros.

Cuando están los pterigoideos con miositis, consecuencia de contracciones sostenidas por tiempo prolongado, lo indicado es lograr su relajación. Si traccionamos fuertemente la mandíbula hacia abajo, se produce por relajación refleja la contracción de los elevadores, y por inervación recíproca, la relajación de los depresores (pterigoideo externo). Para evitar que la contracción de los elevadores sea isométrica, y el ejercicio sirva para entrenar esos músculos, permitimos que la mandíbula pueda realizar un corto y rítmico movimiento de cierre, y nueva apertura.

Por el contrario, si la miositis se presenta en elevadores, hacemos abrir la mandíbula contra una resistencia (codo en la mesa y puño de bajo del mentón). La contracción forzada de los depresores (pterigoideo externo), produce por inervación recíproca la relajación de los elevadores. Se puede efectuar un movimiento de abra y cierre, para tener una actividad isotónica a los depresores.

Terapia oclusal, las placas de mordida y férulas oclusales ocupan un lugar importante en la terapéutica. Van a modificar la forma de la oclusión, y a través de ella, permiten modificar todo el patrón funcional de la neuromusculatura estomatognática, rompiendo el círculo vicioso patogénico de la disfunción .

Las férulas son usadas para crear estabilización mandibular contra el cráneo y contacto oclusal bilateral uniforme simultáneo en dos tipos de pacientes; 1) En oclusiones muy alteradas en las cuales el establecimiento inmediato de relaciones oclusales armónicas está impedido por dientes perdidos o inclinados, mordida cruzada, desviación mandibular. 2) Cuando la desarmonía oclusal causal es difícil de encontrar, y el paciente acusa dolores agudos.

Estas férulas estabilizan la mandíbula contra el cráneo, eliminando de inmediato a la interferencia oclusal causante del círculo vicioso patogénico, distribuyen la carga oclusal en el máximo de propioceptores periodontales, consiguen una relativa paz en los músculos que estaban afectados por impulsos nocivos desde la interferencia cúspidea o por la mal posición mandibular.

Las férulas deben de cubrir toda la superficie oclusal, en áreas desdentadas que tienen antagonistas, deben continuarse con monturas, para que los contactos oclusales puedan realizarse en toda la extensión de la arcada. (21)

Las indicaciones de las férulas oclusales han sido 1) frenar el bruxismo por la eliminación de las interferencias oclusales; 2) dejar que el paciente frote sus dientes contra el acrílico y de este modo evitar el desgaste oclusal y 3) restringir los movimientos del maxilar y romper el hábito del bruxismo. (15)

Las placas de relajación son usadas para la relajación de los músculos elevadores; en caso de limitación de apertura por espasmos, dolor proveniente de la miositis en los músculos elevadores, o desviaciones mandibulares por posiciones intercuspideas lateralmente desplazadas. Estas placas actúan desorientando el patrón funcional adquirido patogénico. (21)

La placa de relajación es simplemente una placa de acrílico transparente adosada al paladar, con una plataforma anterior continuada con una pestaña que se apoya en el borde incisal de los dientes anteriores, para impedir que la placa se hunda y lesione el parodocio en palatino, ante la presión de los incisivos inferiores en la plataforma. Se retiene por medio de ganchos en cada lado a nivel del segundo premolar o primer molar.

El único contacto oclusal de esta placa, es su plataforma anterior, diseñada de modo que solo los dientes anteriores inferiores lo toquen, con los dientes posteriores suficientemente separados para permitir movimientos en todas direcciones sin contacto. El área oclusal de la plataforma debe ser cuidadosamente ajustada con la finalidad de ofrecer un contacto parejo y suave en el recorrido oclusal de posición intercuspal a la relación céntrica. Y nada debe de obstruir las excursiones de los bordes incisales inferiores en los movimientos mandibulares de lateralidad y protrusión.

Las placas de relajación deben de ser usadas por períodos -- cortos de tiempo, aproximadamente por dos o tres semanas y no más por que en caso contrario pueden permitir la extrusión de algún diente posterior. (21)

El principal inconveniente de todas las placas para mordida es que permiten el movimiento de los dientes. Este inconveniente es más grave con la placa simple para mordida, puesto que no tiene arco labial de alambre y permiten que se muevan tanto los dientes anteriores como los posteriores, otro efecto es que la guía incisiva de la placa de mordida puede interferir con el movimiento de bennett. Estas placas de mordida son de gran valor como auxiliar del ajuste oclusal y de la reconstrucción bucal. (15)

A principios de este siglo, Karelyi recomendó la terapéutica oclusal en forma de ajuste oclusal, cremas de oro sobre los molares para la elevación de la mordida, y férulas de vulcanita cubren las superficies oclusales de todos los dientes.

La eliminación de las áreas desencadenantes oclusales es el tratamiento de elección, por lo menos por lo que respecta al dentista.

Debemos tomar muy en cuenta que para el tratamiento de cualquier alteración debemos tomar en cuenta el factor etiológico.

Para poder efectuar un ajuste oclusal es necesario: el uso de un articulador ajustable o semi-ajustable con el propósito de hacer el desgaste sobre ellos antes de realizarlo en la boca y para tener de esta manera, una idea exacta de cuando y como interfieren las cúspides y cual será el resultado final; esto se puede verificar en el articulador. Si el desgaste debe ser excesivo sobre uno u otro diente, será menester hacer más adelante una restauración individual concordante. (11)

La técnica por desgaste mecánico se realiza en 4 pasos:

1.- Relación protusiva.

Se debe de ver la desoclusión posterior desde todos los ángulos posibles en el articulador y en la boca con ayuda del papel de articular, se ven todas las interferencias, que se eliminan por medio de una piedra de diamante, se sigue la anatomía del diente solo se desgastan las marcas fuertemente señaladas.

En este paso se le dice al paciente que haga movimientos de protusión y si hacen contacto premolares o molares se recortan las cúspides que contactan, vestibulares superiores y linguales inferiores o sea técnica de BULL.

2.- Lateralidad derecha.

El paciente mueve la mandíbula hacia el lado derecho, contacto de punta a punta con los caninos y se pone papel de articular, partiendo desde relación céntrica y nos fijamos que exista desoclusión en el lado de trabajo y de balance y donde marque el papel de articular nos indicara que hay presencia de interferencia oclusal y eliminaremos lo que encontraremos en el lado de trabajo de igual manera como se efectuo en el paso anterior y los de balance mediante el labrado de surcos mesiales a la marca en superiores y distales de la marca en inferiores, no se deben tocar las marcas.

3.- Lateralidad izquierda.

Se efectua igual al anterior, pero del lado izquierdo.

4.- En relación Céntrica.

Checar que todos los dientes tengan igual presión. Se le indica al paciente que abra y cierre sesiorandonos que lo haga en relación céntrica y eliminamos las interferencias que quedan señaladas por el papel de articular, desgastando totalmente la marca en inclinaciones mesiales superiores y distales inferiores.

En muchas ocasiones los dientes permanecen sensibles por algún tiempo, se ha recomendado el uso de una solución de ferrocianuro de zinc; el empleo de fluoruro de sodio aplicado topicamente produce un buen resultado. (11)

CARACTERISTICAS FISICAS D.L. HOSPITALFRAY BERNARDINO ALVAREZ.

El proyecto arquitectónico define dos cuerpos: el primero -- resultado en una sola planta, y el segundo formado por una torre -- de 10 pisos.

El cuerpo de una planta, al cual tiene acceso el mayor número de personas que llegan de la calle al hospital, da cabida a las partes de la consulta externa y las oficinas de gobierno del hospital. Comprende:

- A) Sala de espera para 75 personas.
- B) Sanitarios para el público.
- C) 8 consultorios con circulación posterior.
- D) 3 consultorios de psicología.
- E) 3 cubículos de trabajo social.
- F) 3 cámaras de gesel.
- G) 2 salones para terapia de grupo.
- H) Archivo clínico y bioestadística.
- I) Sanitarios de personal.
- J) Oficinas de Admisión.
- K) Oficinas de jefe de consulta externa.
- L) Sala de juntas para médicos de consulta externa.
- M) Oficinas de gobierno.

En las diez plantas que constituye la torre, se encuentran -- distribuidos:

A) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:

Laboratorios clínicos, radiodiagnóstico, electroencefalografía, farmacia, quirófano, 5 cubículos abiertos de cuatro camas cada uno y cuatro cuartos aislados para terapia intensiva, central

de esterilización y equipo, consultorio dental, oftalmología, consulta de medicina general, almacén de sangre, terapia ocupacional y terapia recreacional.

E) Hospitalización:

Seis niveles con dos secciones de 50 camas cada una que hacen un total de 600 camas estación de enfermeras, cuarto séptico, baños y sanitarios de enfermos, comedor cocina de distribución común, sala de terapia ocupacional y sanitarios de médicos residentes.

C) Servicios generales:

Cocina, almacén de víveres, comedor de personal, lavandería casa de máquinas, almacén general, vestidores de personal, mortuorio, bodegas, garage para ambulancias e intendencia.

D) Docencia:

Habitaciones para médicos residentes, seis aulas con capacidad para 80 personas, auditorio para dar cabida a 250 personas.

RECURSOS HUMANOS.

En este hospital laboran 617 empleados con las siguientes categorías:

TIPO DE PERSONAL	NUMERO
Médicos Psiquiatras	37
Médicos de otras Especialidades	13
Administradores del Hospital	1
Cirujanos	2
Dentistas	1
Cardiólogo	1
Oftalmólogos	2
Electroencefalografistas	1
Neurólogo	1
Médico Internista	1
Patólogos	2
Radiólogo	1
Enfermeras	11
Enfermeras Psiquiatricas	12
Auxiliares de enfermería	109
Psicólogos	13
Trabajadoras Sociales	14
Dietistas	5
Personal administrativo	102
Auxiliares de Intendencia	252
Mantenimiento	27
Maestros Terapistas	12
Auxiliares de laboratorio	8
Químico	1

Ingeniero

1

TOTAL :

617

De acuerdo al caso experimental realizado se observó gran cantidad de bruxistas principalmente de tipo: de rechinido o bien - movimientos hiperfuncionales sin ninguna función benéfica.

Fueron observados y explorados 140 pacientes de los cuales - 70 fueron pacientes con alteraciones en la tensión nerviosa y los otros 70 eran pacientes que presentaban un estado aparente de salud.

Los pacientes que fueron observados con un aumento en la tensión nerviosa se encontraban internados en el Hospital Fray Bernardino Alvarez. En donde fueron 25 mujeres y 45 hombres.

En el grupo de las mujeres se observó marcadamente que existían los dos tipos de bruxismo (narrado por el paciente y la ayuda de algunas enfermeras incluyendo la exploración manual de dichos pacientes). En el caso de los hombres la mayoría de ellos - presentaban bruxismo con severos desgastes atípicos que se alcanzaba a ver la parte coronaria de la pulpa o destrucción de sus dientes por los fuertes movimientos mandibulares.

A pesar de que existía falta o ausencia de órganos dentarios, en los dientes que presentaban antagonistas, tenían marcados, - fuertes desgastes atípicos.

En las mujeres encontramos que existía gran pérdida de órganos dentales.

Estos pacientes en momentos se quejaban de (fuertes cefaleas) dolor de cerebro, que para ellos eran desesperantes.

Todos los pacientes que tenían alteraciones nerviosas, se encontraban bajo tratamiento de medicamentos, en la cual la mayoría recibí relajantes musculares por lo que algunos de los síntomas - del bruxismo no estaban presentes en ese momento, pero fueron na-

crados por los pacientes que antes de ser internados presentaban migrañas severas en los músculos, masetero, y temporal incluyendo algunos cefaleas y migrañas en cuello.

En el caso experimental del grupo placebo se observaron 39 mujeres y 31 hombres. Este grupo se exploró con el fin de establecer un índice entre pacientes que referían stress (periódico, frecuente).

En el caso de hábitos orales se encontró que la mayoría de los pacientes con alteración en su tensión nerviosa presentaban gran cantidad de hábitos. (morder pasadores, plumas, trapos, dulces, uñas, labios etc.) El hábito que predominó con más frecuencia fue el del cigarro y lo más importante era que tenían una manera muy especial de fumar, la mayoría mordía fuertemente el cigarro y lo efectuaban con mucha frecuencia. El porcentaje que se obtuvo en los pacientes enfermos fue del 47% y en el grupo placebo fue de 8%.

COMPROBACION DE LA HIPOTESIS.

De acuerdo con la hipótesis planteada se dijo con anterioridad que los pacientes con problemas psíquicos tienden a generar más bruxismo.

Respecto a nuestro caso experimental se pudo observar que en el caso del paciente que presentaba alteración en la tensión en la tensión nerviosa existieron mayor número de bruxistas y también es bueno recalcar que el grado de daños que causa el bruxismo en el sistema estomatognático fueron más marcados y con mayores daños en el caso del paciente con alteración nerviosa que en el grupo placebo.

Según los resultados obtenidos de este caso experimental se encontraron 78% de pacientes bruxistas, en el grupo con alteración nerviosa aumentada (Pacientes internados en el hospital Fray Bernardino Alvarez). Y en el caso del grupo placebo se encontraron 31% de bruxistas actuales.

Debido al tratamiento que llevan los pacientes Internos (aumento en la tensión nerviosa) no fue posible obtener datos fidedignos puesto que tenían efectos de los medicamentos influyendo en su alteración nerviosa o alteración neuropsiquiátrica, dando probables datos falsos. Se consiguió hacer una doble investigación en algunos pacientes, para obtención y mejoramiento de las historias clínicas realizadas, pero en otros casos no fue posible hacer esto puesto que los pacientes eran dados de alta, en algunos casos no fue posible efectuar la historia clínica debidamente puesto que la cooperación del paciente no era muy buena debido al estado en que se encontraban.

A todos los pacientes se les efectuó dos tipos de historias

Clínicas, una de Signos y Sintomas y otra de Hábitos Orales.

Las historias clínicas realizadas fueron las siguientes:

Nombre.- Edad.- Sexo.- Fiso.-.

1.- Examen de los Organos Dentarios:

Dientes Ausentes.- D. Cariados.- D. Desvitalizados.- D. móviles.- D. con Desgastes Atipicos.- D. Hpersensibles al frio o al calor.- D. Sensibles a la percusión .- D. Fracturados .- D. Terceros Molares.-.

2.- Interferencias en Movimiento desde O.C:

Derecha.- Izquierda.- Protusión.-.

3.- Desplazamiento Mandibular de R.C. a O.C:

4.- Alteración de Movimientos en Protusiva:

Movimientos Impedidos por Anclaje.- Movimientos con Desviación a la derecha.- Movimientos con Desviación a la Izquierda.-.

5.- Relaciones Incisales:

Contactos Incisales en O.C.- Ausencia en Contactos Incisales en O.C .- Sobremordida Horizontal.- Sobremordida Vertical.- Hábitos Linguales.- Hábitos Labiales.- Otros Hábitos.-.

6.- Movimientos Mandibulares Restringidos:

Derecha.- Izquierda.- Protusión.- Apertura.-.

7.- Patrón Masticatorio:

Masticación Bilateral.- Masticación unilaterial Derecha o Izquierda.- Variable.- Incoordinada.- No Enterado.-.

8.- Parodonto:

Bolsas Parodontales.- Hecceión Gingival.- Acumulación de Alimentos.- Acumulación Sarro.- Gingivitis.- Si existe Isquemia en los tejidos que rodean al Diente.- Si existe sensibilidad al frio o a lo caliente.-.

9.- A.T.M. Sintomatologia de la A.T.M:

Chasquido.- Crepitación.- Dolor.- Hipomovilidad.- Subluxación.- Dislocación Espontánea.- Molestias al Deglutir.- Molestias al Despertar.- M al Comer.- M al Bostezar.- M al estornudar.- M al final del Día.- M en Posición Específica.-.

10.- Apertura Maxima Anterior:

Normal.- Restringida.- Dolorosa.- Desviación Derecha.- Desviación Izquierda.-

11.- Palpación Articular:

Sin Movimiento.- Al abrir.- Al cerrar.- Al transtruir.- al protuir.-.

12.- Palpación Muscular (S.N.M.) .-

Musculo Pterigoideo Externo.- M.P. Interno.- M. Temporales.- M. EsternocleiloMastoideo.- Región Occipital.-.

13.- Dolores en Cabeza Y/O Cuello:

Ocular.- Auditivo.- Frontal.- Senos Maxilares.- Parietal.- Temporal.- Occipital.- Cuello.- Hombros.-.

14.- Nivel de Stress Emocional:

Insomnio.- Fatiga.- Irritabilidad.- Ansiedad.- Depresión.- Sin Dato Patológico.-.

15.- Farmacos:

Automeicación.- Medicación Por Prescripción Médica.- Sin Medicación.- Analgésicos.- Tranquilizantes.- Antidepresivos.- Mus-relajantes.- Narcoticos.- Otros.-.

Historia de Hábitos Orales.

Nombre.- Edad.- Sexo.- Fiso.-

1.- Unicofagia.-

5.- Apretamiento de Dientes.-

2.- Hábitos Labiales.-

6.- Rechinido.-

3.- Hábitos Linguales.-

7.- Fumar.-

4.- Hábitos de Digitalicos.-

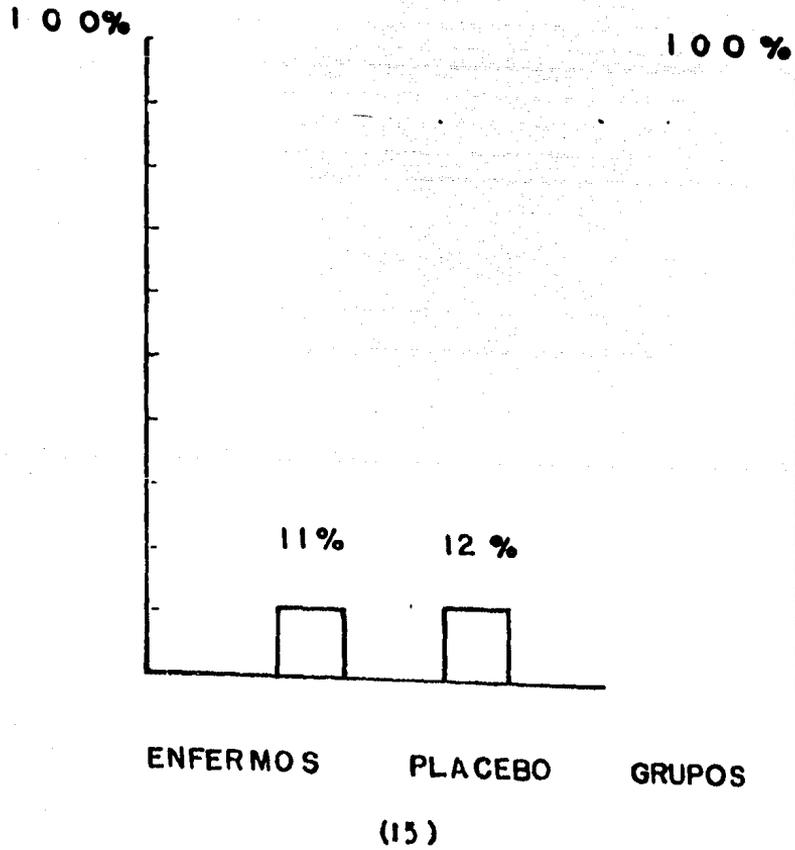
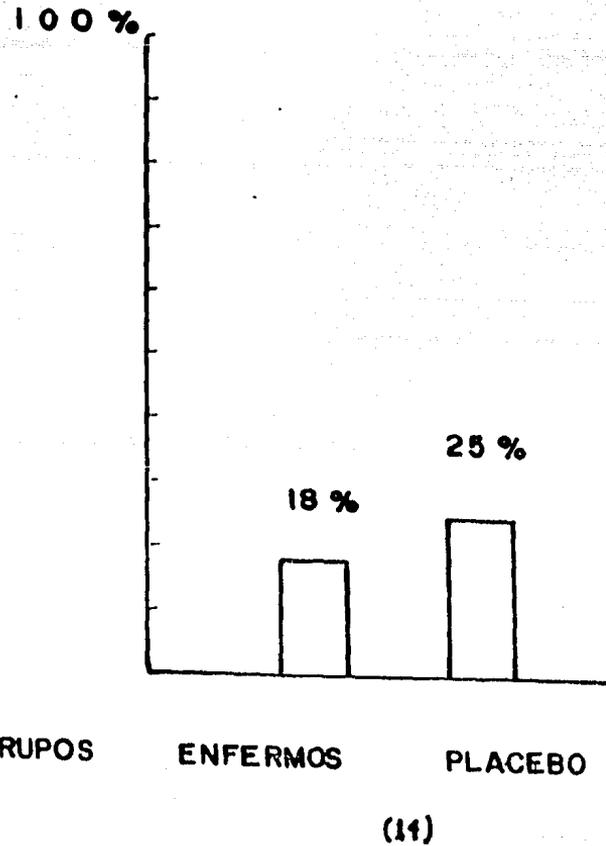
8.- Alcoholismo.-

9.- Tener Objetos en la Boca.- Morder cualquier Objeto.-.

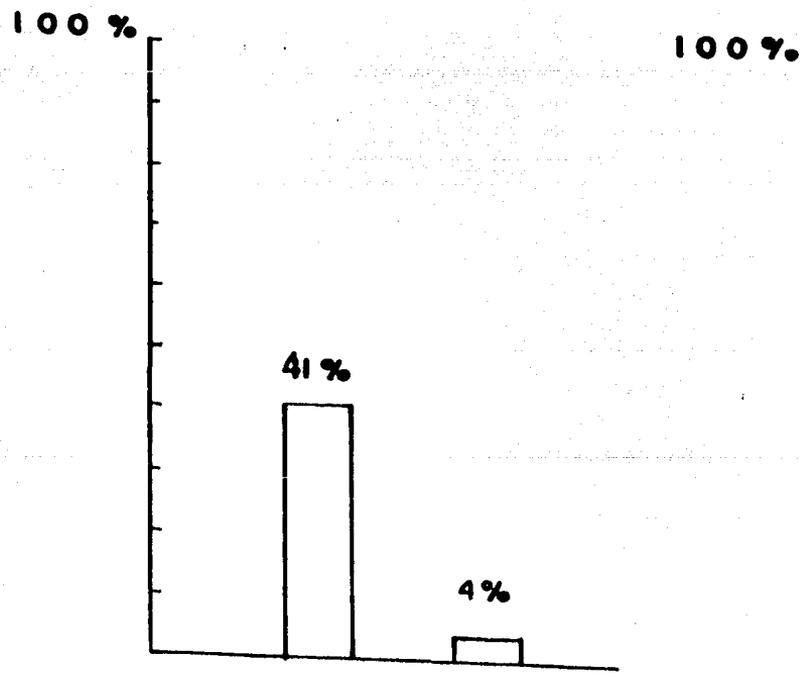
También se incluyo otro tipo de preguntas como tenia o habia presentado infecciones intestinales.- Si habia o tenia tratamientos prolongados con algun medicamento.

SIGNOS
Y
SINTOMAS

CHASQUIDO

DOLOR
NEUROMUSCULAR

BOLSAS PARODONTALES

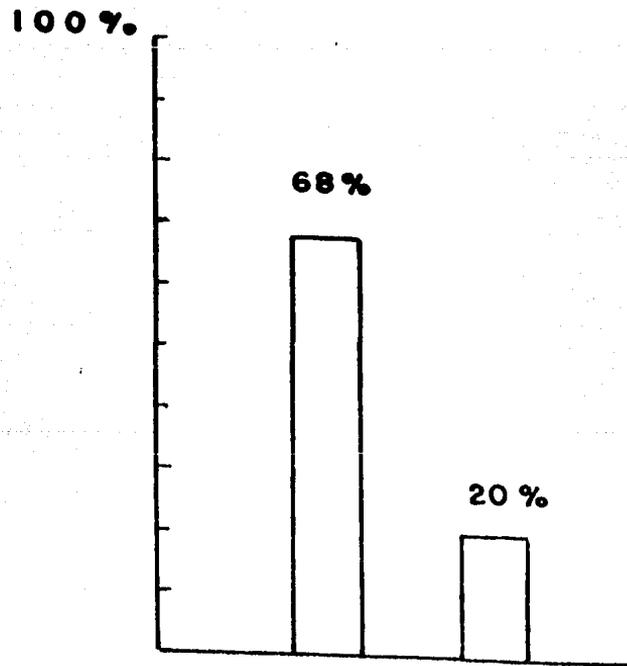


ENFERMOS

PLACEBO - GRUPOS -

(11)

**ACUMULACION
DE
SARRO Y ALIMENTOS**

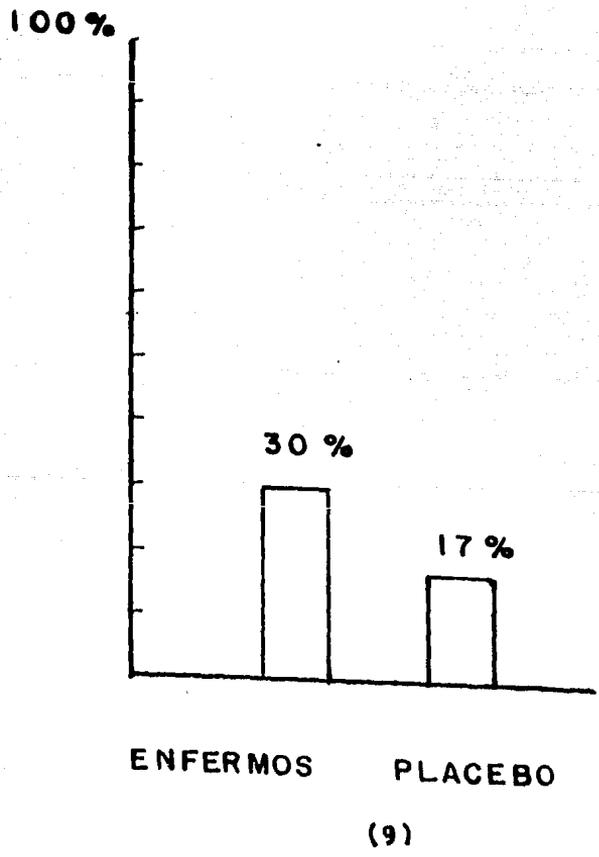


ENFERMOS

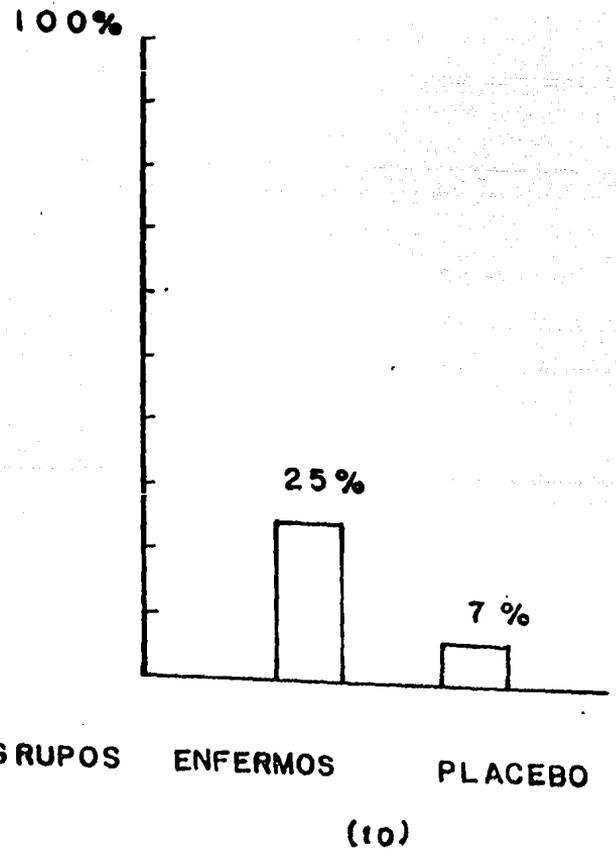
PLACEBO

(12)

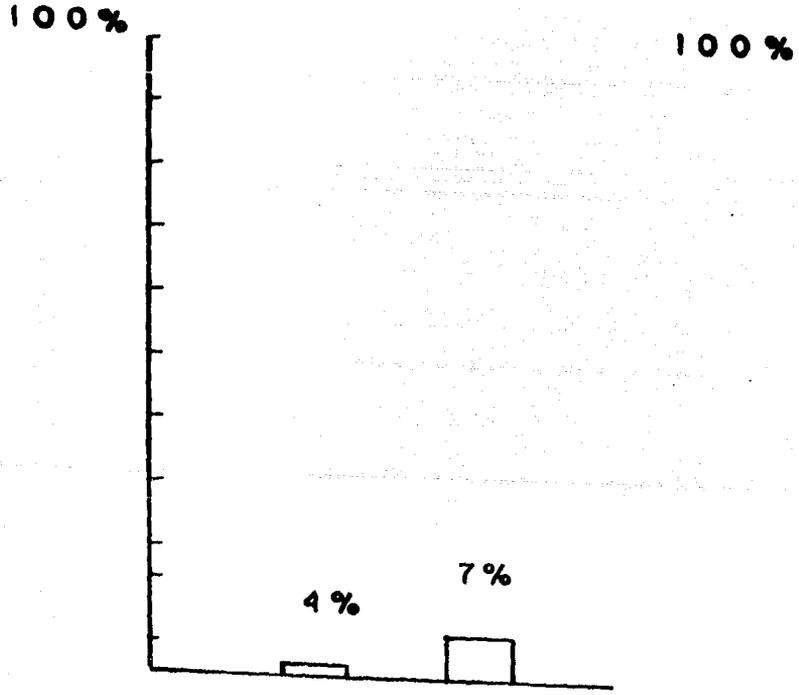
**SENSIBILIDAD
PULPAR
AL FRIO**



**MOVILIDAD
DENTARIA**

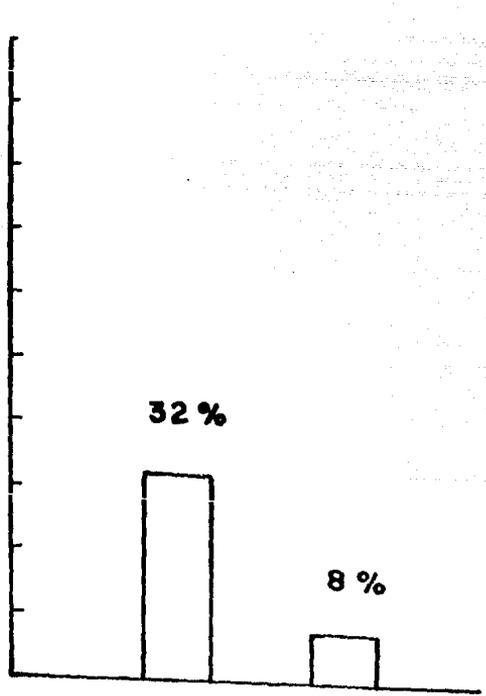


**MOLESTIAS
EN
A.T.M.**



ENFERMOS PLACEBO — GRUPOS —
(7)

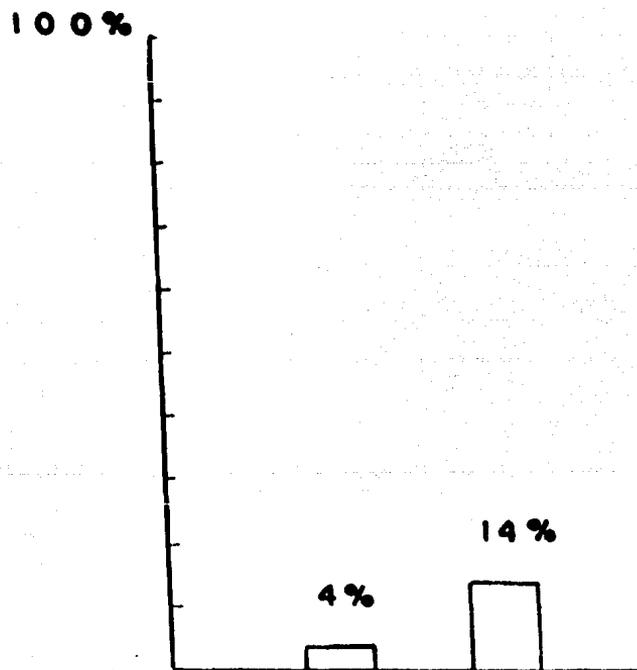
**SENSIBILIDAD
AL
MASTICAR**



ENFERMOS PLACEBO
(8)

CANSANCIO MUSCULAR

MATUTINO

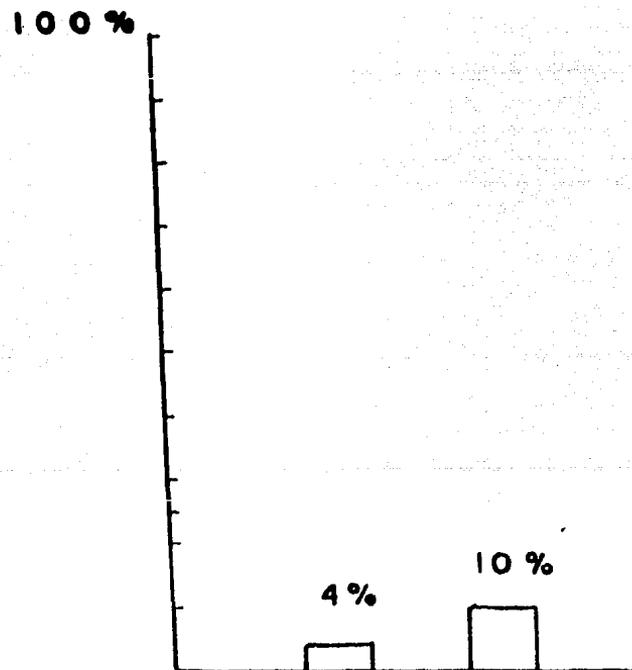


ENFERMOS

(5)

PLACEBO-GRUPOS- ENFERMOS

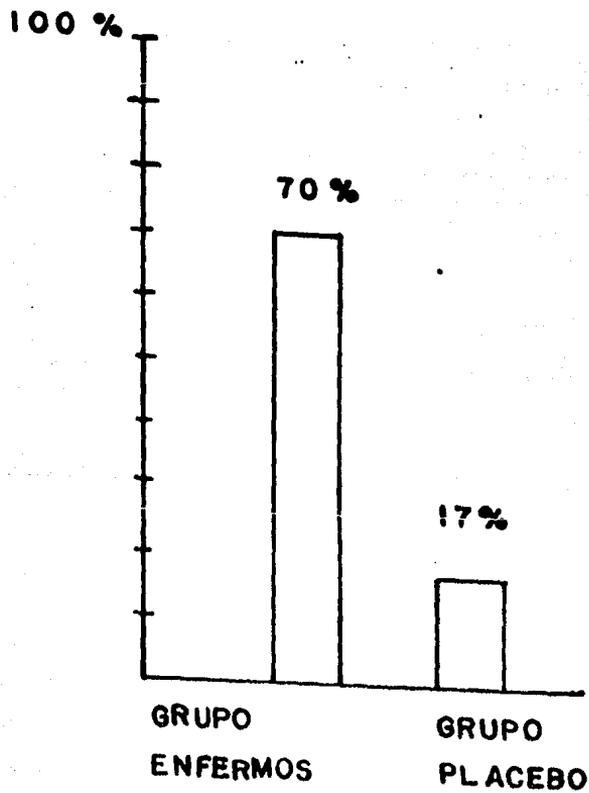
TRABACION MANDIBULAR



(6)

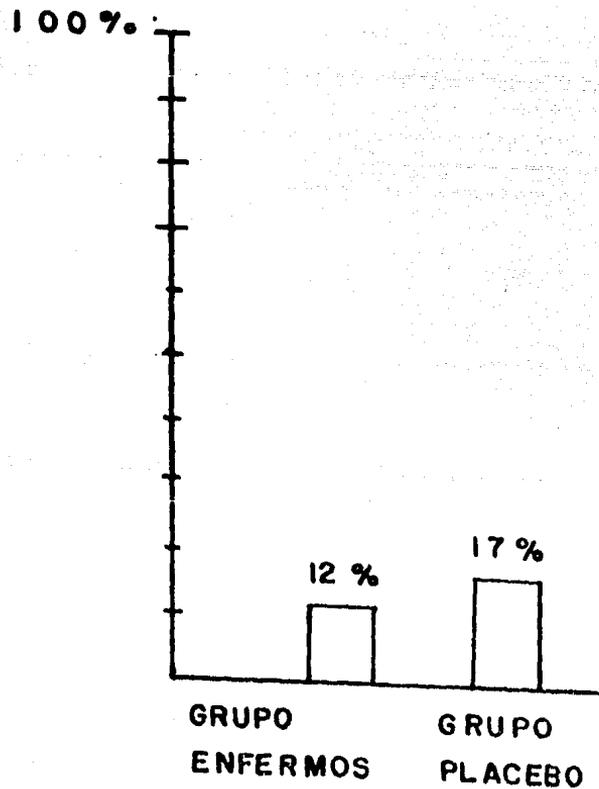
PLACEBO

RECHINAMIENTO CON FACETAS DE DESGASTE



(5)

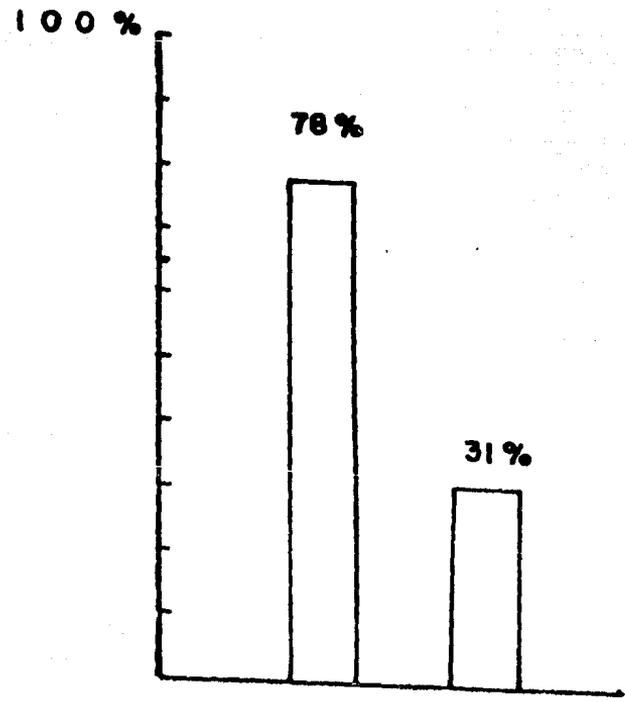
APRETAMIENTO



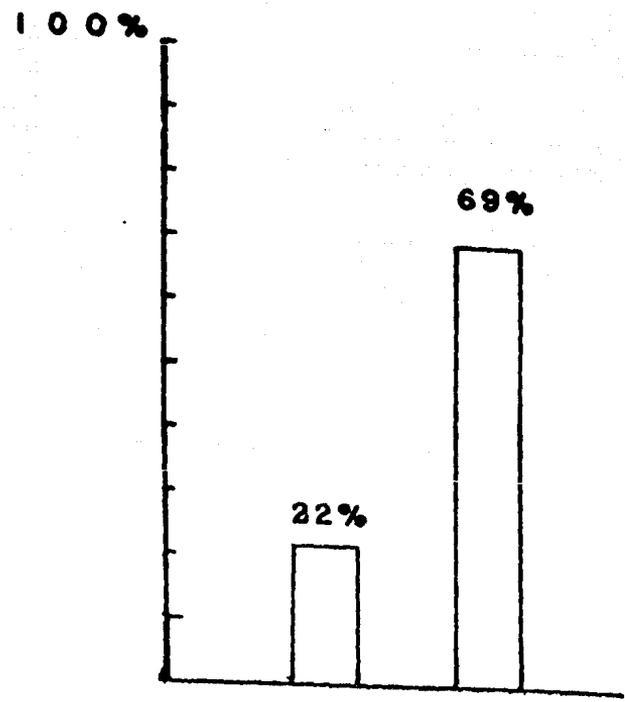
(1)

GRAFICAS DE PACIENTES

BRUXISTAS



NO BRUXISTAS



ENFERMOS

PLACEBO

- GRUPOS -

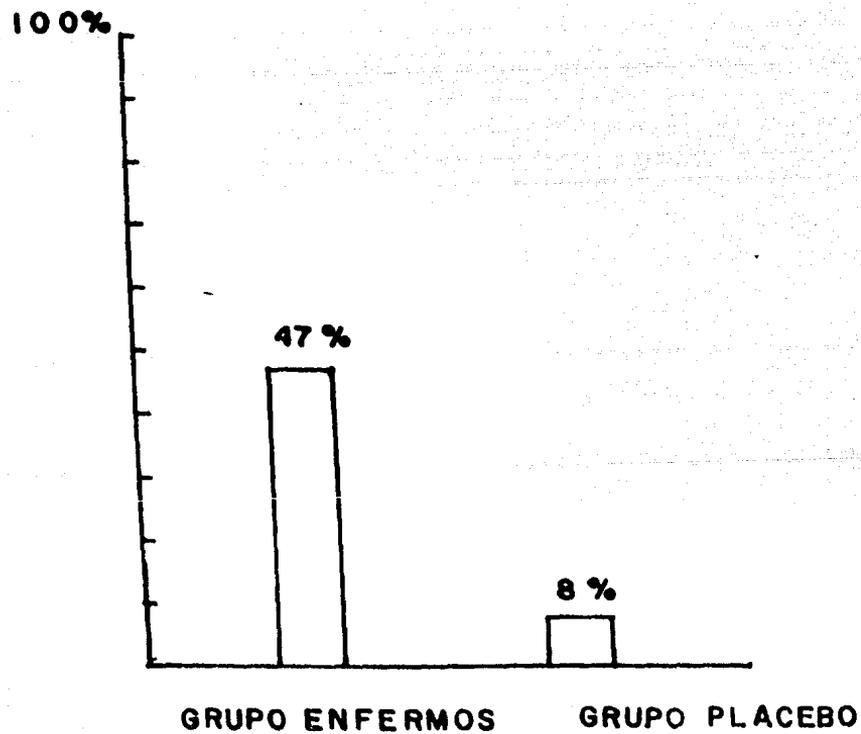
ENFERMOS

PLACEBO

(1)

(2)

OTROS HABITOS ORALES



(15)

CASOS

CLINICOS DE

PACIENTES BRUXISTAS CON

AUMENTO EN LA TENSION

NERVIOSA .

(GRUPO ENFERMOS)



PACIENTE N° 1.- 35 años. Sexo.- Masculino. Perteneció al grupo de los enfermos (Hospital Fray Bernardino A.).

Presenta: el Hábito de rechinar y apretamiento (narrado -- por el mismo paciente y observado por mi misma) Fuma con demasiada frecuencia (2 cajetilla diaria aproximadamente) muerde fuertemente los cigarros al fumarlos, las veces que fue observado el cigarro era mordido con los dientes; 22,23,24.

Se observa a nivel dental fuertes desgastes atípicos y astilladuras en los dientes, los desgastes atípicos se presentan en todos sus dientes. El 17,18,28,30,44,46, son dientes que están ausentes.

A nivel parodontal, existe una gran resección gingival, acumulación de sarro y alimentos.

El paciente manifiesta que antes de ser internado, presentaba fuertes cefaleas y que tenía dolor frecuente en los músculos de la masticación, incluyendo dolor al abrir la boca.

Presenta, un masajeo del lado derecho (no manifiesta dolor) es un paciente agresivo y nervioso.



PACIENTE N° 2.- 38 Años. Sexo.- Masculino. Pertenece al grupo de los enfermos (Hospital Fray Bernardino A.).

Presenta: el hábito de rechinar de dientes y rara vez apretamiento. (narrado por el mismo). Fuma frecuentemente (507 cigarrillos diarios). Nos dice que antes de ser internado ingería alcohol todos los días. Le agrada morder objetos duros.

Observamos a nivel dental fuertes desgastes atípicos que abarcan de molar a molar, se observa que presenta astilladuras en los dientes anteriores superiores. Están ausentes los siguientes: 17, 18, 28, 38, 47, 48.

A nivel parodontal, existe resección gingival principalmente en los dientes inferiores en la parte lingual y se observa en vestibular en dientes superiores. Hay acumulación de sarro y alimentos.

Este paciente se queja de dolor dental principalmente al tomar bebidas frías y en ocasiones sin causa aparente. A la percusión manifiesto dolor en todos los dientes.

Narra que muy rara vez le duelen los músculos masticadores. Pero se queja de dolor de cabeza frecuente (Cefaleas)

Es un paciente aparentemente tranquilo.



PACIENTE N° 3.- 29 Años. Sexo.- Masculino. Pertenece al grupo de los enfermos (hospital Fray Bernardino).

Presenta: el Hábito de rechinado de dientes (Observado y de mostrado a la hora de la exploración). Fuma poco u ocasionalmente con frecuencia trae dulces o chicles en la boca.

A nivel dental presenta; desgaste atípicos principalmente de canino a canino tanto en superior como en inferior.

Presenta una sobremordida vertical muy marcada. Los dientes 14,15,28, están ausentes.

A nivel parodontal existe acumulación de sarro, principalmente en lingual incisivos inferiores y acumulación de alimentos, con inflamación gingival.

Este paciente no nos manifestó ningún tipo de dolor.



PACIENTE N° 4 .- 20 Años. Sexo.- Femenino. Pertenece al grupo de los enfermos (Hospital Fray Bernardino A).

Presenta: El Hábito de apretamiento (narrado por ella), fuma y le gusta morder pasadores.

A nivel dental presenta ; poco desgaste dental (13,23, 31, 32,33,41,42,43.)

Presenta sobre mordida vertical.

A nivel parodontal; existe acumulación de alimentos y sarro en la parte lingual de los incisivos inferiores.

La paciente narra que antes de ser internada tenia dolor --- severo en los musculos temporales y también de Esterno- Cleido- mastoideo.

paciente : agresiva, se encontraba deprimida.



PACIENTE N° 5 .- 37 años. Sexo.- Masculino. Pertenece al --- grupo de los enfermos (Hospital Fray Bernardino A.)

Presenta: el hábito de rechinar y apretamiento (demostrado en ese momento por el paciente.). El paciente manifiesta que cuando esta nervioso aprieta fuertemente su maxilar. fuma (203 cigarrillos diarios).

Se observa a nivel dental, desgaste atípicos en los dientes: 14,13,12,21,22,23,25,33,32,31,44,43,42,41. Dientes Ausentes; 18, 24,34,35,36,37,38,46,47,48. Hay desviación de la línea media.

A nivel parodontal, existe gingivitis, acumulación de sarro y alimentos. En este paciente se observaron zonas de exostosis en el proceso alveolar superior y en el proceso alveolar inferior (marcada en la fotografía con - - -)

El paciente manifiesta que antes de tomar los medicamentos - que le prescribió el doctor, tenía dolor muscular y cansancio frecuente en su mandíbula.



PACIENTE N° 6 .- 69 años . Sexo.- Femenino. Pertence al grupo de los enfermos (Hospital Fray Bernardino A.).

Paciente (mudo). Presenta desgastes atípicos en todos sus dientes restantes. Dientes ausentes: 18,17,16,15,28,27,26,25,24, 33,37,36,31,48,47,46,41.

A nivel parodontal.- existe gingivitis, acumulación de sarro y alimentos.

Las enfermeras narran que se queja al comer y al tomar cualquier tipo de líquido de dulce dental.

TRATAMIENTO.

Sugerencias:

Que los pacientes con alteración Psiquiatrica, se les apliquen guardas oclusales y favorecer la higiene oral para :

1° - Evitar lesiones en las estructuras del sistema estomatognatico.

2° - Ayudar a disminuir en parte la tensión.

3° - Reconstrucción o rehabilitación de su sistema estomatognatico por medio de ejercicios que ayuden a la relajación de los musculos masticadores.

4° - Rehabilitación de la oclusión del paciente, ya sea por medio de una reconstrucción oclusal o un ajuste oclusal.

5° - Cualquier tipo de hábito oral ya sea uncofagia, digitales, labiales etc.. pueden generar bruxismo. Entonces es bueno mencionarle al paciente que todo ese tipo de hábitos van en contra de su salud bucal.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION.

Lo que pude concluir de este caso experimental basado en el -
metodo científico fue:

1.- Que el paciente, con aumento de la tensión nerviosa (---
stress) influyen positivamente en el aumento de hábitos orales ---
y que a su vez pueden desencadenar esta alteración.

2.- Una vez establecido el trastorno, los daños a los tejidos
se hacen cada vez mayores.

2' .- La incidencia de bruxietas es mayor en el grupo experi-
mental que en el placebo.

3.- Las lesiones tisulares son de mayor gravedad en pacientes
con stress emocional elevado.

4.- Debe estimularse la relacion estomatologo, médico psiquia
tra y psicoterapeuta.

5.- Ya que el bruxismo es de una etiología múltiple es impor-
tante revisar todods los casos que la puedan cusar y esto se puede
conseguir teniendo mayor contacto con el psiquiatra.

SINTESIS DE LOS CUADROS (GRAFICAS).

En las estadísticas efectuadas se obtuvo que un 78% de los pa
cientes enfermos presentaban signos y síntomas del bruxismo, en --
cambio el grupo placebo solo el 31% generaba bruxismo.

El tipo de bruxismo predominante fue el de rechinariento pre-
sentandose en un 70% en el grupo enfermo y un 17% en el grupo pla-
cebo.

CONCLUSIONES DE LA REVISION BIBLIOGRAFICA

Ya que el bruxismo es un trastorno neuromuscular, con una etiología combinada es decir, la discrepancia oclusal (entendiendo por discrepancia oclusal; cualquier inconcordancia estática y funcional de los dientes superiores con los inferiores.) con la tensión psíquica, en esta hay que tomar en cuenta todos los factores que van a unidos a la tensión emocional, ya sean fármacos, o bien cualquier problema que produzca un aumento en la tensión psíquica del individuo, puede desencadenarse el hábito del bruxismo.

También podemos tomar en cuenta que otros hábitos orales pueden producir la aparición del bruxismo, ya sea como uniofagia, hábito lingual, labial, digitalicos o bien morder cualquier objeto.

Las molestias ocasionadas por dolor en los dientes músculos, - articulaciones temporomaxilares, asociadas con bruxismo, aumentan por lo tanto con la tensión psíquica y la irritabilidad, las cuales al mismo tiempo incrementan el tono muscular y el bruxismo.

Un resultado esencial será por lo tanto, diagnosticar y tratar esta situación antes de que este ciclo vicioso de retroalimentación haya producido un daño permanente e irreparable al aparato masticatorio.

En el bruxismo por apretamiento se presentó un 12% en el grupo de enfermos y un 17% en el grupo placebo.

Con lo que respecta a cansancio muscular matutino no se pudo elaborar una grafica con el debido porcentaje debido a que la mayoría de los pacientes enfermos están bajo el efecto de medicamentos.

En el caso de trabación mandibular y molestias en ATM fue poco el porcentaje presentado en ambos grupos.

En los pacientes enfermos encontramos que un 32% presentaban sensibilidad pulpar al masticar y en el grupo placebo fue menor - el porcentaje lo que nos indica que en el caso del paciente enfermo los desgastes atípicos eran más marcados.

Se observó una gran destrucción de los tejidos tisulares en el paciente enfermo y también gran acumulación de alimentos y sarro debido a que las condiciones de higiene eran pesimas.

El paciente enfermo se quejaba de tener sensibilidad a los alimentos frios y que esto los ponía de mal humor causando desesperación en ellos.

La movilidad dentaria fue mayor en el sexo femenino y se presentaron un 25% en el grupo enfermo y un 7% en el grupo Placebo

El signo de chasquido fue mayor en un mínimo porcentaje en el grupo placebo.

En el caso de dolor neuromuscular encontramos un 18% en enfermos y un 25% en el grupo placebo.

En la grafica de otros hábitos orales encontramos que en el paciente con aumento en la tensión nerviosa tenían gran cantidad de hábitos (fumar, morder objetos: duros, blandos . Masticadores de chicle etc.

CONCLUSIONES.

De acuerdo con el Dr. Morgan, tenemos que existen tres etapas para el paciente con alteración psicológica :

Etapa 1.

Interviene la infancia donde existe una actividad bucal psicofísica. La frustración y la tensión emocional serían aliviadas en ciertas medidas por respuestas orales agresivas.

Etapa II.

La combinación de las tensiones cotidianas que generan que desencadenaran las crisis triviales y traumáticas componentes de la vida diaria y lesiones de los tejidos, manifestandose un sintoma bucal agudo.

Etapa III.

Es manifiesta que la desconfianza, la frustración y las desilusiones pueden perturbar la familia y originar una mayor regresión en el enfermo.

El dolor y la incapacidad esta agravado y ligado a una variedad de actividad diagnóstico terapeutica buscando el alivio.

El examen psicológico en este punto de crisis demostrara la psicopatologia exagerada. +

+ Douglas H. Morgan. T: Enfermedades Del Aparato Temporo mandibular. Ed: Mundi. Pags: 385,390,391.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Almansi, R. Psychosomatics in Dentistry. J. Dent. Med. 4: 98
103, 1949.
- 2.-Ayer Wa; Machen Jb; Getter L. Survey of Myofascial Pain- Dys--
function Syndrome and Pathologic Bruxing Habitis Among Dentists
J Am Dent Assoc 74(+): : 730-2 Apr 77.
- 3.- Berlin, R and Dessner, L. Bruxism and Chronic Headhache. Odont
Tidsk. 68:261. 1960.
- 4.- Brecker, S.C. Procedimientos Clínicos en Rehabilitación Oclu-
sal. Editorial Mundi. Buenos Aires. 1961. (297-299).
- 5.- Burket, W.L. Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento. 6' --
edición. 1973. Editorial Interamericana. (476-475)
- 6.- Dawson E. Peter, D.D.S. Problemas Oclusales. Editorial Mundi
1977. 7^c (127-132). 2^c (36). 1^c (21-26).
- 7.- Glickman, I. Periodontología Clínica. Editorial Interamerica-
na. 4' Edición. México, D.F. (346-347).
- 8.- Glaros Ag; Rao Sm. Bruxism: A Critical Review Psychol Bull -
84(4): 767-81, Jul 77.
- 8'.- Glaros Ag; Rao Sm. Effects of Bruxism: A Review of the Lite-
rature. J Prosthet Dent 38(2):149-57, Aug 77.
- 9.- Hartmann E. Alcohol and Bruxism Letter. N Engl J Med 301(6):
333-4, 9 Aug 79.
- 10.- Krogh, W.G. Poulsen y Olsson Anders. Desarmonias Oclusales y
Disfunción del Sistema Estomatognático. Odontología Clínica de --
Norteamérica. Serie 10. Volumen 30^p(116-126).
- 11.- Erick Martínez Ross. Celusión. Editorial Vicoba S.A. Edición
1976. 17^c (479-491). 18^c (493-503). 19^c (505-511). 10^c(341-361).
16^c (449-473).

BIBLIOGRAFIA

- 12.- Nadler, S.C. Bruxism, a classification : Critical Review. - J.A.D.A. 54:615 1957.
- 13.- Olkinuora, M. Bruxism. A Review of the Literature on, a Discussion of Studies of Bruxism and its Psychogenesis and Some New Psychological Hypotheses. Suom. Hammasl. Toim. 65; (313-324). 1969.
- 14.- Orban, Wenis, Grant, Everett. Periodoncia. Editorial Interamericana. 1ª Edición. 1960 (^P259-^D458-^P459).
- 15.- Hamfjord Ash. Oclusión. Editorial Interamericana. 2ª Edición 1972. ^C5(107-115). ^C6(117-120). ^C8(166-174). ^C9(189-200). ^C11(218-227) ^C13(225-278). ^C17(362-373).
- 16.- Sansbury, P and Gibson, J.G. Syntoms of Anxiety and Tension and the Accompanying Pheiological Chances in the Muscular Sistem. J. Neurosurg. Psychiat. 17(216-224).
- 17.- Scheinkestel Silvio. Tensiones De Origen Psiquico en el Sistema Estomatognático, Relajación. Vol XXV Número 4. Agosto 1968.
- 18.- Schwaetz, L. Chayes, M. CH. Dolor Facial y Disfunción Mandibular 1973. Editorial Mundi. (^P269-^P268-^P272).
- 19.- Tuggle Jw. Bruxing Types. Tex Dent J 95(12): 235-6, Apr 78.
- 20.- T.M. Graber. Ortodoncia. 3ª Edición. Editorial Interamericana. ^C9(^P447).
- 21.- Vartan Besnilan. Oclusión y Rehabilitación. 2ª Edición 21 - de Mayo de 1974. Editorial Montevideo R.O. del Uruguay. (94-113). (146-160).
- 22.- Xhong Fa. Bruxism and its Efects on the Teeth. J Oral Beha-- bil. 4(1): 65-76, Jan 77.