



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

BRUXISMO DEL SUEÑO Y SU RELACIÓN CON
FACTORES PSICOSOCIALES EN NIÑOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ILSE JANET BARRIOS SEGOVIA

TUTOR: Esp. MÓNICA JACQUELINE PADRÓN CASTRO



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.

A mis padres

Sandra, mi incondicional. Gracias por siempre estar para mí, por escucharme y aconsejarme, por levantarte temprano para ayudarme a prepararme para la escuela todos estos años, por desvelarte conmigo, por esas palabras que siempre me impulsan a no rendirme y lo más importante, gracias por todo el amor que siempre me das, me impulsa día con día.

Miguel, gracias por todo el apoyo y tus consejos, parte de mi carácter y valores te los debo a ti. Gracias por enseñarme a no rendirme y a ser perseverante, a hacer las cosas con todo el ánimo y pasión, me has dado la fuerza para llegar hasta aquí.

El inicio de muchos éxitos profesionales se los debo a ustedes. Gracias por creer en mí, por ayudarme a lograr este sueño y por todo el amor y empeño que han puesto en mi formación. Los amo con todo mi corazón.

A mi hermano Angel

Por enseñarme algo nuevo cada día, por hacerme mejor persona. Por ser mi paciente siempre que lo necesité y por creer y confiar en mí. Siempre estaré para ti, mi guerrero.

A mi fiel compañero Logan

Han sido tantos años juntos, me llena de amor que siempre me acompañaste en mis noches de desvelo. Eres y serás la mejor compañía.

A mis amigos de la carrera

Gracias por todo el apoyo y enseñanzas. Ha sido un camino largo, lleno de retos y momentos difíciles, sin embargo, nunca faltaron las risas, las lágrimas, los consejos, los regaños y aprendizajes.

Nancy, Paola, Isaac, Erica, David, Abel, Enrique y Andrea los amo con todo mi corazón y les agradezco por todos esos lindos momentos, les deseo una vida de éxitos y que nuestra amistad perdure.

A Gena

No tengo palabras para agradecerte todo lo que has hecho por mí. Gracias por impulsarme a perseguir mis sueños, por esas risas, por los regaños, por apoyarme siempre, pero en especial durante estos últimos meses.

A mis familiares

En especial a mi Ayita, Lili y Amely por siempre creer en mí y apoyarme. A todos los llevo siempre en mi corazón.

A la Dra. Jacqueline Padrón

Gracias por toda la paciencia y dedicación, por guiarme para realizar esta tesina, por sus enseñanzas y empeño. Admiro el cariño y pasión que pone en su profesión y en transmitir sus conocimientos.

A la Ilse del pasado

Por todas esas veces que creíamos que no lo lograríamos, por ser tan fuerte y perseverante, por el empeño y dedicación puesto en todo lo que hacemos. Disfruté mucho este último paso en la licenciatura. Vamos por más logros.

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por brindarme las herramientas para mi formación profesional y por ser ese sueño que se volvió realidad.

¡Orgullosamente UNAM!

“Por mi raza hablará el espíritu”

Índice

Introducción.....	6
Objetivo	7
1. Bruxismo	8
1.1 Antecedentes.....	8
1.2 Tipos.....	9
1.2.1 Bruxismo diurno	9
1.2.2 Bruxismo del sueño	9
2. Bruxismo del sueño en niños	10
2.1 Prevalencia.....	13
2.2 Etiología	14
2.3 Clasificación	15
2.4 Factores de riesgo	18
3. Factores psicosociales	19
3.1 Rasgos de personalidad en pacientes bruxistas y no bruxistas	20
3.2 Violencia.....	21
3.3 Acoso escolar o <i>bullying</i>	23
3.4 Contexto familiar, desórdenes psicológicos y emocionales.....	24
3.5 Uso prolongado de pantallas y consumo de azúcares refinados	26
4. Abordaje del bruxismo del sueño.....	26
4.1 Manejo odontológico	27
4.1.1 Diagnóstico	27
4.1.2 Aparatología	33
4.2 Manejo psicoconductual	38

4.3 Tratamientos alternativos.....	39
Conclusiones	43
Referencias bibliográficas	44
Referencias de imágenes.....	49

Introducción

El bruxismo del sueño se define como una actividad muscular masticatoria rítmica con contacto dentario mediante el rechinar o apretamiento de los dientes durante el sueño. Presenta una prevalencia de entre 5% a 40% en la población mundial infantil, la discrepancia de porcentajes obtenidos se debe a que cada estudio se ha realizado en poblaciones diferentes y con distinta metodología de la investigación. Actualmente, no existen métodos de diagnóstico validados específicamente para niños.

Debido al aumento de casos de bruxismo del sueño infantil, se ha estudiado su relación con factores psicosociales como los rasgos de personalidad del paciente, el ambiente familiar y escolar, el *bullying*, la violencia, el uso prolongado de dispositivos electrónicos y el consumo de azúcares refinados ya que, se ha demostrado que estos factores aumentan sus niveles de ansiedad y estrés, por lo que tienden a desarrollar mecanismos de defensa emocional que actúan a modo de compensación, en este caso, el apretamiento y rechinar dental.

Los estudios indican que esta actividad tiene origen en el Sistema Nervioso Central, por lo que es muy importante abordarlo de manera multidisciplinaria mediante el tratamiento odontológico, psicoconductual y de ser necesario, con otras especialidades.

Objetivo

Identificar los factores psicosociales asociados al bruxismo del sueño en la población pediátrica, así como los métodos de diagnóstico y su manejo en la consulta odontológica.

1. Bruxismo

El bruxismo es una condición cuyos efectos repercuten de manera negativa en la calidad de vida de las personas que lo padecen. Genera daños no sólo a nivel dental, también en el periodonto, los músculos faciales y la articulación temporomandibular, en el caso de los niños afecta las características estructurales y morfofuncionales de la dentición temporal.¹

Este padecimiento se relaciona con diversas alteraciones médicas, sociales, psicológicas y odontológicas.²

1.1 Antecedentes

El término *bruxismo* y su significado ha sido estudiado a lo largo de los años por distintos autores.³

- En 1901 Karolyi se refirió a este padecimiento como “neuralgia traumática”.
- En 1907 Marie-Ptiekevic habló de la “bruxomanie”. Este término de origen griego significa compulsión en rechinar los dientes.
- En 1928 Tischler lo calificó como un hábito oclusal neurótico.
- En 1936 Miller, diferencia los conceptos de “bruxismo” y “bruxomanía”, relacionando el primer término con el apretamiento dentario nocturno y el segundo con el apretamiento dentario diurno.
- En 1979 Kristal define el bruxismo como una respuesta ansiosa al estrés ambiental.³
- En 1998 y 1999 Rocabado, Pino y Attanasio definieron el bruxismo como “rechinar o apretar los dientes durante movimientos no funcionales del sistema masticatorio, por lo que se considera una conducta mandibular parafuncional”.⁴

Actualmente, la Academia Americana de Medicina del Sueño define el bruxismo como una actividad muscular mandibular caracterizada por apretar o rechinar los dientes y/o por refuerzos o empuje de la mandíbula durante el sueño.⁵

1.2 Tipos

El bruxismo puede subdividirse en dos tipos generales según el momento en que se produce: durante el día (bruxismo despierto, en alerta o diurno) y durante la noche (bruxismo del sueño).⁵

1.2.1 Bruxismo diurno

El bruxismo diurno se presenta cuando el paciente se encuentra despierto. Consiste, la mayoría de las veces, en el apretamiento dentario y suele producirse en un estado de vigilia mientras las personas están concentradas realizando una tarea o alguna actividad física extenuante.^{2,6}

Usualmente se lleva a cabo de manera inconsciente al igual que otros hábitos orales como morder objetos, morderse las uñas, las mejillas o la lengua, chuparse los dedos y hábitos posturales inusuales.⁶

1.2.2 Bruxismo del sueño

Según la Asociación Internacional de Trastornos del Sueño (2014) el bruxismo del sueño (BS) es un trastorno del movimiento oromandibular regulado por el Sistema Nervioso Central (SNC).⁷

Kato y cols. (2013) y Lobbezoo y cols. (2018) lo definieron como una actividad muscular masticatoria rítmica con contacto dentario mediante el rechinar o apretamiento de los dientes durante el sueño.⁷

El BS se considera una alteración neurológica producida por cambios en el SNC, está relacionado con una actividad cerebral modulada por neurotransmisores que produce microdespertares, mismos que alteran el curso normal del sueño y generan movimientos rítmicos mandibulares, lo que resulta en que la persona que lo padece despierte cansado, con somnolencia, dolores en los músculos masticatorios e hipersensibilidad dental.^{2,8}

Aunque su etiología es multifactorial, diversos autores mencionan que el BS se regula por medio de factores centrales (fisiopatológicos y psicológicos) y su actividad por medio de neurotransmisores.^{2,9}

2. Bruxismo del sueño en niños

Hoy en día, suele ser cada vez más común que los padres acudan al odontólogo por la preocupación que les genera el ruido tan intenso que sus hijos producen al apretar los dientes, especialmente mientras duermen.^{5,10}

Los niños, de manera fisiológica realizan movimientos anteroposteriores de los maxilares, generando un desgaste en sus dientes durante la dentición temporal y mixta que los llevará a un segundo avance fisiológico de la oclusión a la dentición permanente.¹⁰

Es importante mencionar que, si estos movimientos y el desgaste dental se prolongan más allá de los 8 años, se puede considerar que el niño está realizando una actividad parafuncional, por lo que deberá ser evaluado de manera minuciosa.¹⁰

Con respecto a la terminología utilizada para definir el BS, Hermida y Restrepo señalan que, no se le puede considerar un hábito oral, ya que ocurre de manera involuntaria y tampoco se puede catalogar como una parafunción, ya que se trataría de una disfunción que sólo trae resultados negativos. Mencionan que, aunque el bruxismo puede generar efectos negativos según la severidad, puede brindar funciones positivas, por ejemplo, permite el flujo

aéreo sin obstrucciones al dormir y lubrica el tracto gastrointestinal en su porción superior debido a la mayor cantidad de saliva que se produce al apretar los dientes. Es por esto, que sugieren utilizar el término “condición” para definirlo.¹¹

Fases del sueño

Dormir es un proceso esencial que nos brinda la oportunidad de recuperarnos de nuestras actividades y emociones diarias, además de poder generar nuevas energías para el día siguiente. En el caso de los niños, el sueño juega un papel muy importante en su proceso de aprendizaje, la memoria, el rendimiento escolar y el bienestar general.¹²

El sueño se evalúa mediante la actividad de las ondas cerebrales en el electroencefalograma (EEG) de un individuo durante su proceso del sueño, esta monitorización se conoce como polisomnografía (PSG).⁶

El sueño se divide en dos etapas:

- Sueño sin movimientos oculares rápidos (NREM).
- Sueño con movimientos oculares rápidos (REM).¹² (Figura 1)

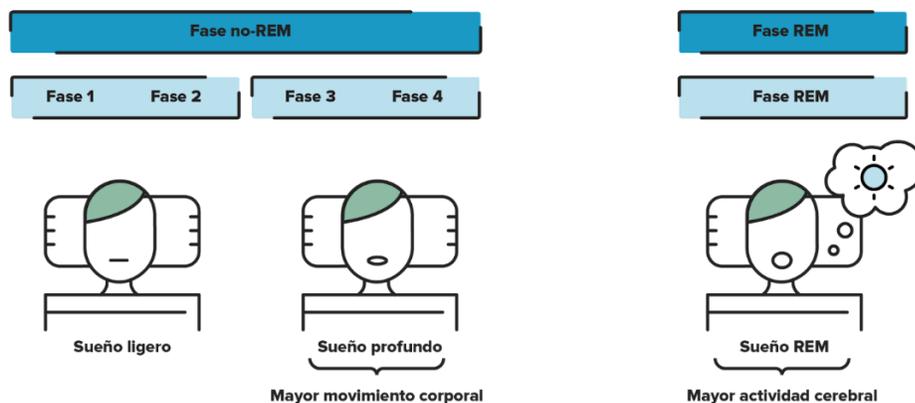


Figura 1. Las fases del sueño.

El sueño NREM se divide en cuatro fases. La primera fase corresponde con el grado más ligero del sueño y de la fase dos a la cuatro se alcanza el sueño más profundo. La fase cuatro ocupa la mayor parte de la noche.¹³

El sueño REM comienza aproximadamente 90 minutos después de haberse quedado dormido. En esta fase ocurre un movimiento rápido de los ojos, frecuencias cardíacas y respiratorias variables, pérdida de tono del músculo esquelético e incremento de secreciones en el sistema digestivo.¹³

La importancia de estas dos fases del sueño se demuestra al monitorear a los pacientes y privarlos de alguna de ellas. Cuando a un individuo no se le permite experimentalmente pasar por el sueño REM, predominan ciertos estados emocionales como la ansiedad e irritabilidad, además de problemas para concentrarse. Por otro lado, si se le priva del sueño NREM suele comenzar a quejarse de molestias, dolor y rigidez en el sistema estomatognático. Esto puede deberse a la incapacidad que experimenta el individuo de restaurar sus necesidades metabólicas. En conclusión, el sueño NREM es sumamente importante para el descanso físico.⁶

Necesidades de sueño según la edad

La falta de sueño y descanso en los niños afecta sus actividades durante el día y genera problemas de comportamiento como hiperactividad y conductas agresivas e impulsivas. Además, puede causar que se sientan fatigados, con dolores de cabeza, que existan cambios en su estado de ánimo (como irritabilidad, labilidad emocional, depresión e ira) y un deterioro cognitivo al dificultar que pongan atención, que se concentren, que tomen decisiones y que resuelvan problemas.¹²

Las necesidades de sueño en cada niño son únicas, lo que dificulta dar consejos claros a los padres. Sin embargo, en la siguiente tabla se describen las necesidades medias de sueño según la edad.¹²

Edad	Horas de sueño requeridas (al día)
1-2 años	11-14 horas
3-5 años	10-13 horas
6-12 años	9-12 horas
13-18 años	8-10 horas

Tabla 1. Necesidades medias de sueño según Ophoff y cols.¹²

Episodios de bruxismo durante el sueño

Ophoff y cols. (2018) mencionan que el bruxismo típicamente ocurre durante las etapas 1 y 2 del sueño NREM y con poca frecuencia durante el sueño REM.¹²

Por otro lado, Nieto y cols. (2018) explican que durante la transición del sueño REM al NREM y sucesivo a microdespertares, se producen movimientos mandibulares rítmicos y señales eferentes sobre la musculatura cervical y masticatoria.²

2.1 Prevalencia

De acuerdo con la evidencia, la prevalencia del bruxismo en niños varía de entre un 5% a 40% en la población mundial; además va disminuyendo con la edad y no presenta diferencias entre géneros.¹⁰

Es importante mencionar que la discrepancia entre los porcentajes obtenidos se debe a los conceptos o definiciones usados, los instrumentos de medición empleados para el diagnóstico, las características de las poblaciones y las metodologías de investigación.⁵ (Figura 2)



Figura 2. Prevalencia del bruxismo del sueño en niños.^{5,10,14,15,16}

2.2 Etiología

En la actualidad, se describe que la etiología del BS es multifactorial e involucra complejos procesos fisiológicos multisistémicos, incluyendo alteraciones en el SNC.¹¹

Álvarez y cols. (2020) dividen la etiología del bruxismo en los siguientes factores:

- **Locales:** asociados a la presencia de trastornos temporomandibulares, contactos prematuros, pérdida prematura de dientes, excesos de materiales restauradores e inmadurez del sistema masticatorio neuromuscular.
- **Sistémicos:** asociados a problemas gastrointestinales, endocrinológicos y/u otorrinolaringológicos, alergias y trastornos del sueño.

- **Hereditarios:** algunas investigaciones mencionan que los hijos de padres con bruxismo son más susceptibles a esta condición.
- **Fisiopatológicos:** relacionados a la química cerebral alterada. El SNC, al verse estimulado por diversos factores como trastornos temporomandibulares, maloclusiones, hábitos orales, consumo de fármacos y/o drogas, estrés o ansiedad responde con alteraciones en la neurotransmisión de la dopamina, produciendo como respuesta el apretamiento y rechinar dental.
- **Ocupacionales:** cuando se involucran pruebas escolares, práctica de deportes competitivos y/o campeonatos.
- **Psicológicos:** asociados a trastornos neuroconductuales, problemas familiares, de personalidad, estrés, crisis existenciales, estados de depresión, ansiedad, miedo y hostilidad.⁵

2.3 Clasificación

Diversos autores han clasificado el bruxismo basándose en algunos criterios. Es importante que al momento de redactar el diagnóstico se describa el tipo de bruxismo que padece el paciente apoyándose de las clasificaciones que se describen a continuación.¹⁷

Fuentes-Casanova plantea una clasificación según su causa médica y el efecto nocivo en el sistema estomatognático.^{5,18}

Según su causa médica	Primario (idiopático): Causa no identificable.
	Secundario (iatrogénico): Asociado a enfermedades neurológicas, psiquiátricas,

	trastornos respiratorios del sueño, consumo de drogas, medicamentos, fármacos y/o otras sustancias.
Según su efecto nocivo en el sistema estomatognático	Fisiológico: no produce efectos nocivos ya que su intensidad, frecuencia y duración no superan los mecanismos de adaptación.
	Patológico: produce efectos nocivos en las estructuras estomatognáticas.

Tabla 2. Clasificación del bruxismo según Fuentes-Casanova.^{5,18}

Por otro lado, Fernández lo clasifica según el grado de severidad.³

Leve	Se manifiesta solo algunas noches y no hay evidencia de daño en los dientes.
Moderado	Se manifiesta todas las noches y se asocia con un problema psicosocial leve.
Grave	Se manifiesta todas las noches, existe evidencia de daño en los dientes y está asociado a problemas psicosociales graves.

Tabla 3. Clasificación del bruxismo según Fernández.^{3,5}

Independientemente de la definición de bruxismo, el apretamiento dental es considerado el cierre maxilomandibular forzado y estático, tanto en posición céntrica (máxima intercuspidad) como en posición excéntrica. Por otro lado, el rechinar dental se define como el cierre maxilomandibular forzado y dinámico, mientras la mandíbula realiza movimientos excéntricos. La clasificación de bruxismo céntrico y excéntrico se deriva del apretamiento o rechinar dental.¹⁸

Con base en lo anterior, Díaz y cols. postularon la siguiente clasificación.^{3,5}

Bruxismo céntrico	Predomina el apretamiento de los dientes cuando existe presión en posición de intercuspidadación, hay menor desgaste dental, limitado solo a la cara oclusal.
Bruxismo excéntrico	Lo caracteriza el rechinar con frotamiento de los dientes cuando existe presión fuera del área de oclusión habitual, mayor desgaste dental, con áreas que sobrepasan la cara oclusal.

Tabla 4. Clasificación del bruxismo según Díaz y cols.^{3,5}

Hermida y Restrepo señalan que la clasificación más reciente y aceptada para el BS, lo divide en posible, probable y definitivo según los métodos de diagnóstico utilizados durante la consulta odontológica.¹¹

Posible	El diagnóstico se basa en el reporte de los padres.
Probable	En el diagnóstico además de considerar el reporte de los padres se detecta uno o más de los siguientes signos clínicos: desgaste dental, evidencia de mordida en mucosas y/o trastornos de ATM.
Definitivo	Existe un reporte de los padres, se presentan signos clínicos y se detecta BS por medio de una PSG.

Tabla 5. Clasificación del bruxismo según Hermida y Restrepo.¹¹

2.4 Factores de riesgo

La OMS (2014) define como factor de riesgo a cualquier atributo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión.

Peláez-Gonzales y cols. concluyeron en su revisión de literatura que los factores de riesgo asociados con el BS en niños son los siguientes:

- **Hábitos orales nocivos:** morder objetos, succión labial, morderse los labios, lengua y carrillos.⁷
- **Características del sueño:** cambio de posición al dormir, ronquidos, dormir con la boca abierta, babeo nocturno, dormir con la luz prendida, dormir con ruido y tener un descanso menor a ocho horas.⁷
- **Problemas respiratorios y Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS):** se ha comprobado que existe una asociación entre el BS y el SAOS. Este trastorno consiste en múltiples interrupciones del ciclo respiratorio durante el sueño que se caracterizan por obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior u obstrucción completa e intermitente. Para recuperar la respiración, el paciente lleva a cabo pequeños despertares de manera inconsciente que le dificultan continuar con el patrón normal de sueño y descansar adecuadamente.^{7,8,11}
- **Características craneomorfológicas:** según Garay Villavicencio y cols. los pacientes con colapso maxilar presentan reducción de las vías aéreas superiores y un aumento de la respiración oral. Estas características pueden desencadenar el bruxismo del sueño.¹⁹

- **Postura de la cabeza:** Garay Villavicencio y cols. mencionan que debido a que el sistema masticatorio, cuello y hombros se relacionan entre sí, encontraron relación entre la postura anterior y hacia abajo de la cabeza en un grupo de pacientes bruxistas, observándose una hiperflexión de la postura de la cabeza.¹⁹
- **Maloclusión:** un estudio transversal de Viera y cols. en 2014, encontró asociación entre el BS y el apiñamiento del arco inferior, también con la lactancia materna prolongada y la alimentación con biberón.⁷
- **Uso nocturno de aparatos electrónicos:** las luces provenientes de los aparatos electrónicos activan la liberación de melatonina generando agitación en los niños, lo que dificulta que puedan conciliar el sueño. También se le asocia con la presencia de pesadillas.⁷
- **Genética:** según estudios de Seraj y cols. y de Jiang y cols. en 2010, el BS puede ser heredado de los padres e, incluso, de parientes cercanos.⁷
- **Contexto familiar:** Situaciones familiares que generan desórdenes psicológicos y emocionales.⁷

3. Factores psicosociales

Debido al aumento de casos de bruxismo infantil, se ha estudiado su relación con factores psicológicos, como la ansiedad y el estrés. Según estudios, los niños con trastornos psicológicos tienen de 36 a 40% de probabilidad de desarrollar bruxismo.²⁰

Valorar la ansiedad y estrés en los niños representa un reto, ya que la mayoría de ellos no identifica cómo se siente, por lo que no pueden expresar si lo han experimentado.²⁰

Se sospecha que el desarrollo de esta condición se debe a factores emocionales, como el estrés y ansiedad ocasionado por la acumulación de tareas, pérdidas familiares, expectativas de los padres hacia ellos, conflictos de autoimagen, autoestima, violencia, entre otros.²⁰

De acuerdo con la prueba *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*, un instrumento para medir la ansiedad en niños; se observó que aquellos que padecían bruxismo presentaban actitudes nerviosas, ansiosas y problemas de memoria, lo que confirma los resultados de estudios previos que refieren que los niños que sufren demasiada presión por padres estrictos, tensiones, frustraciones, inseguridades y ansiedad que se acumulan durante el día tienden a desarrollar mecanismos de defensa emocional, provocando la aparición de hábitos orales nocivos que actúan a modo de mecanismo de compensación como el apretamiento y/o rechinar dental.^{20,21}

3.1 Rasgos de personalidad en pacientes bruxistas y no bruxistas

Fernández menciona ciertos rasgos de personalidad reportados en estudios de pacientes bruxistas y no bruxistas. En la siguiente tabla se muestra una comparativa de estos rasgos.³

Bruxistas	No bruxistas
Reservados	Comunicativos
Rígidos	Patrón de gregarismo social

Cautelosos	Buscan estimulación, excitación y atención constante.
Aprensivos	Suelen ser muy seguros de sí mismos
Distantes	Conductas obstinadas, ambiciosas e intrépidas en el ambiente social
Prefieren los objetos más que las personas	Presentan firmeza y control frente a las personas
Evitan compromisos	Tendencia al protagonismo
Sentimientos de inferioridad	Seguridad en sus talentos y en la exposición de ellos
Tendencia a angustiarse	
Dificultad para la expresión de emociones	
Impulsivos	
Irritables	
Pesimistas críticos	
Perezosos	
Falta de asertividad en situaciones de estrés	
Poco sociables	

Tabla 6. Rasgos de personalidad en pacientes bruxistas y no bruxistas.³

La asociación entre los rasgos de personalidad y el bruxismo en niños sugiere que una intervención psicológica durante esta etapa puede orientarlos sobre cómo enfrentar conflictos o tensiones y evitar que esta condición progrese.²⁰

3.2 Violencia

En un estudio realizado por Doria y cols. en 104 niños de entre 6 y 16 años que pertenecían a una fundación de niños diagnosticados con maltrato, se observó que la vulnerabilidad y su incapacidad de defenderse ante agresiones de adultos ya sea de su propia familia o conocidos provoca que sean más

propensos a sufrir trastornos temporomandibulares, hábitos nocivos como morderse los labios, morder objetos extraños, “comerse las uñas” y apretamiento dental.²²

El 57% mostró apretamiento dental y presencia de facetas de desgaste asociadas a bruxismo. Los autores concluyeron que los niños que sufren violencia o maltrato tienen un factor de riesgo 16 veces mayor que los niños no diagnosticados. Esto, debido a que las emociones que experimentan se manifiestan de manera psicosomática en procesos inconscientes, como es el caso del bruxismo.²²

Cuando un niño sufre violencia se encuentra afectado tanto emocional, como psicológicamente. Los signos apreciables o indicadores son: autoestima disminuida, ansiedad, inestabilidad emocional y problemas de lenguaje.²²

Por otro lado, se pueden identificar signos de maltrato infantil en el área de la cabeza ya que más del 50% de las lesiones se pueden encontrar en esta zona, manifestándose como quemaduras, laceraciones y/o fracturas tanto dentales como del maxilar y la mandíbula.²²

Debido a que el cirujano dentista tiene una mayor posibilidad de tener más citas con el niño que el médico familiar o pediatra (ya que se reporta que los padres o tutores que maltratan a los menores no suelen acudir a consulta más de una vez con el mismo médico para evitar generar sospechas) es importante que preste atención a ciertos datos en sus pacientes como la relación entre talla y peso, la higiene en general, comportamiento, la relación con los padres o tutores, si presenta hábitos orales nocivos y valorar sintomatología clínica en el ámbito dental, como facetas de desgaste asociadas a bruxismo y dolor en los músculos de la región orofacial. También se deben observar superficies expuestas de la piel e identificar si hay presencia de marcas inusuales o heridas que generen sospechas de maltrato infantil.²²

3.3 Acoso escolar o *bullying*

El acoso escolar o *bullying* se define como la agresión de uno o más individuos que buscan demostrar control y poder hacia otros sujetos vulnerables. Estos episodios de acoso escolar pueden incluir apodosos que ofendan la imagen de la víctima, oraciones que generen provocación e, incluso, acoso sexual. Las víctimas pueden sufrir depresión, ansiedad y lamentablemente, recurrir al suicidio.²³

Serra-Negra y cols. realizaron un estudio en Brasil para establecer la relación entre el acoso escolar verbal y el BS en adolescentes de 13 a 15 años ya que, durante esta etapa, el *bullying* representa un factor que desencadena el estrés y puede llegar a evolucionar en un trastorno psicosocial.²³

Los resultados obtenidos en este estudio fueron positivos. Se requirió un interrogatorio a los padres y el adolescente, demostrándose que los episodios de rechimiento dental durante el sueño se generaban debido a la necesidad de aliviar tensiones emocionales provocadas por el acoso escolar.²³

Se han reportado otros estudios alrededor de este tema. Un estudio holandés mostró la asociación del BS con el estrés y el estado de ánimo depresivo. Por otro lado, otro estudio realizado en adolescentes israelíes también mostró relación entre el *bullying* y el estrés.²³

Estos hallazgos sugieren que el odontólogo podría identificar los casos de acoso escolar en adolescentes ya que, en ocasiones, ni los padres, ni los profesores son conscientes de que el niño o adolescente es víctima de este suceso. A través de la evaluación clínica y la elaboración de algunas preguntas relacionadas con el desempeño escolar y la relación con el resto de sus compañeros se puede obtener algún indicio de que el paciente podría estar sufriendo acoso escolar, si se sospecha de esto, es importante indicar la atención psicológica.²³

Las consecuencias que el acoso escolar genera son preocupantes, por lo que es fundamental diseñar más campañas para prevenirlo, así como establecer estrategias de orientación a los padres y docentes para el reconocimiento de niños y adolescentes víctimas de *bullying*.²³

3.4 Contexto familiar, desórdenes psicológicos y emocionales

Rossi y cols. describen que existe una asociación entre el BS en niños y el entorno familiar en el que se desarrollan. Se reportó una mayor prevalencia de BS en aquellos niños que no se sienten seguros en su ambiente familiar y en los que sus padres se encuentran divorciados o separados.⁷

Las técnicas y prácticas educativas llevados a cabo por los padres para moldear las conductas de sus hijos juegan un papel muy importante en cómo se desenvolverán cuando comience su proceso de socialización. Estas acciones se conocen como estilos educativos parentales y están muy relacionadas con los rasgos de personalidad del niño antes descritos.²⁴

Baumrind en 1966 propuso tres estilos educativos parentales con base al grado de control que los padres aplican a sus hijos: democrático, permisivo y autoritario.²⁴

- Los padres *democráticos* (estilo basado en el control, comunicación, límites y afecto que demanda madurez y autonomía) crían hijos con un mejor manejo emocional y comportamiento. Este estilo genera un impacto positivo en el desarrollo psicológico de los niños ya que, suelen demostrar un estado emocional estable, alegría y niveles de autoestima altos, por lo que tienden a ser más sociables.²⁴
- Los padres *permisivos* crían niños más autónomos, no ejercen control, restricciones ni castigos en ellos. Estos niños son poco obedientes,

tienen problemas de confianza, baja autoestima, no controlan sus impulsos y suelen tener reportes de conducta en la escuela.²⁴

- Los padres *autoritarios* demuestran poco apoyo a sus hijos, control restrictivo, poca comunicación y afecto. Para estos padres la obediencia es una virtud, mantiene a sus hijos sumisos y dificultan su autonomía. Estos niños tienen problemas para adaptarse socialmente, son impulsivos y en ocasiones agresivos, tímidos, demuestran poco afecto, son vulnerables al estrés y poco alegres. Esto puede llevarlos a sentirse culpables y desarrollar depresión.²⁴ (Figura 3)



Figura 3. Padres autoritarios crían hijos sumisos y vulnerables al estrés.

Por otro lado, según Seraj y cols. y Alouda y cols. cuando los niños padecen desórdenes psicológicos como irritabilidad, agresividad, impulsividad, hiperactividad, llanto y/o angustia, tienen mayor tendencia a presentar bruxismo. Tal es el caso de los que padecen acrofobia (miedo a las alturas) y nictofobia (miedo a la oscuridad o la noche).⁷

3.5 Uso prolongado de pantallas y consumo de azúcares refinados

Restrepo y cols. realizaron un estudio en Medellín en niños de entre 4 y 8 años para evaluar la relación entre la exposición a pantallas y el consumo de azúcar con el bruxismo del sueño. Se realizaron cuestionarios de hábitos del sueño, de frecuencia alimentaria y del tiempo aproximado que los niños pasaban frente a pantallas (celulares, computadoras, videojuegos y televisión).

Se comprobó que los niños pasaban alrededor de 2-4 horas al día entre semana y de 2-9 horas al día los fines de semana frente a estos aparatos electrónicos. Respecto al consumo de azúcares, el 73% de los padres indicaron que los niños consumían azúcar refinada una vez al día todos los días y el 20% lo consumía más de una vez por día.

Se concluyó que ambos factores afectan la neurotransmisión de la dopamina, lo que genera alteraciones en el sueño, en los niveles de cortisol, depresión, síntomas relacionados con la hostilidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad, entre otros.

Restrepo y cols. describieron que al exponer al niño más de dos horas diarias a pantallas y al consumo de azúcares refinados se genera un riesgo entre 3 a 7 veces mayor de padecer bruxismo del sueño.^{25,26}

4. Abordaje del bruxismo del sueño

El BS se ha convertido en un problema muy común de salud pública. Considerando la complejidad y etiología multifactorial de esta condición es necesario un abordaje multidisciplinario.

4.1 Manejo odontológico

El papel del odontólogo es muy importante ya que, si realiza el diagnóstico a tiempo e identifica los factores causantes, podrá orientar a los padres y al paciente de las intervenciones necesarias para poder prevenir las consecuencias que esta actividad traería a su salud.⁵

4.1.1 Diagnóstico

El diagnóstico suele ser desafiante y complejo, dado que, aunque existe mucha evidencia sobre el tema, no hay criterios diagnósticos clínicos validados específicamente para niños.^{10,11}

Es importante establecer el diagnóstico en función a la etiología y no sólo a los síntomas clínicos que presente el paciente. Normalmente, el bruxismo suele ser relatado al odontólogo por el paciente y/o los padres, se debe prestar mucha atención a la información que brinden.¹⁰

Hermida y Restrepo mencionan que la clasificación más aceptada para el diagnóstico del BS se basa en los métodos de diagnóstico utilizados. La PSG es considerada actualmente como el “estándar de oro”, ya que ofrece grabaciones del sueño por medio de audio y video, señales de electroencefalograma, electromiograma, y electrocardiograma.^{5,10,27}

Sin embargo, este método presenta algunas desventajas. Al ser un procedimiento que se debe realizar en un laboratorio e, incluso, en un hospital, es costoso, tiene poca disponibilidad en centros médicos o no lo realizan en niños, tiene una larga duración (toda la noche), requiere adaptación del paciente y el resultado suele verse alterado al existir un cambio en el ambiente en que se duerme.^{5,10,11,27} (Figura 4)



Figura 4. PSG en paciente pediátrico.

Cuestionario a los padres

En la consulta dental el bruxismo en niños se diagnostica mediante la combinación de un interrogatorio y un examen clínico completo.¹⁰

A través de una serie de preguntas, los padres nos indicarán el momento en que ocurre el rechinar dental de su hijo, si se le está administrando algún medicamento (por ej. estimulantes del SNC) y si existe alguna condición médica, psicológica o del sueño relevante (como epilepsia, TDAH y SAOS).¹⁰ También, deberán reportarnos si hay presencia de hábitos y/o manifestaciones de dolor y cómo es la interacción del niño con la familia, en la escuela y con el resto de las personas.⁵

Existe una limitante que es importante considerar, el hecho de que la mayoría de los niños duermen en habitaciones separadas de sus padres, quienes no siempre logran reconocer los episodios de bruxismo de sus hijos; si es el caso, debemos anotarlo en observaciones.²⁷

Köstner y cols. realizaron un estudio, motivados por la dificultad que existe al diagnosticar la pérdida de estructura dentaria ocasionada por bruxismo en niños. Se utilizó un cuestionario a padres y tutores y la encuesta “Escala de Alteraciones del Sueño en la Infancia, para preescolares” del Dr. Bruni y cols., la cual proporciona información estandarizada de las alteraciones del sueño

en niños y adolescente, considerando únicamente los sucesos ocurridos en los últimos seis meses. Se sugiere el uso de ambos instrumentos en la consulta dental.²⁷

	Si	No
¿El niño hace sonidos regulares o frecuentes de apretamiento dental cuando duerme?		
¿El niño se queja de dolores musculares en la mandíbula por las mañanas?		
¿El niño se queja de dolores de cabeza temporales?		
¿El niño ha tenido episodios donde su mandíbula se bloquea (no puede abrir o cerrar la boca) al despertar en acuerdo con informes anteriores de apretamiento dental?		

Tabla 7. Cuestionario a padres y/o tutores para el diagnóstico de bruxismo de Kóstner y cols.²⁷

Nombre:

Edad:

Fecha:

		1	2	3	4	5
1	¿Cuántas horas duerme la mayoría de las noches?	9-11	8-9	7-8	5-7	<5
2	¿Cuánto tarda en dormirse? (Minutos)	<15	15-30	30-45	45-60	>60
En la puntuación de las siguientes respuestas valore de esta forma: 1=Nunca 2=Ocasionalmente (una o dos veces al mes o menos) 3=Algunas veces (una o dos veces por semana) 4=A menudo (de tres a cinco veces por semana) 5=Siempre (diariamente)						
3	Se va a la cama de mala gana	1	2	3	4	5
4	Tiene dificultad para conseguir el sueño por la noche	1	2	3	4	5
5	Parece ansioso o miedoso cuando se queda dormido	1	2	3	4	5
6	Sacude o agita partes del cuerpo al dormirse	1	2	3	4	5
7	Realiza acciones repetitivas como balanceo o rotación de cabeza mientras se queda dormido	1	2	3	4	5
8	Tiene escenas de sueños al dormirse	1	2	3	4	5
9	Suda excesivamente mientras se queda dormido	1	2	3	4	5

10	Se despierta más de dos veces cada noche	1	2	3	4	5
11	Después de despertarse por la noche tiene dificultades para dormirse nuevamente	1	2	3	4	5
12	Tiene <i>tironeos o sacudidas</i> de las piernas mientras duerme, cambia a menudo de posición o da patadas a la ropa de dormir	1	2	3	4	5
13	Tiene dificultades para respirar durante la noche	1	2	3	4	5
14	Jadea o no puede respirar durante el sueño	1	2	3	4	5
15	Ronca	1	2	3	4	5
16	Suda excesivamente durante la noche	1	2	3	4	5
17	Usted ha observado que camina dormido	1	2	3	4	5
18	Usted ha observado que habla dormido	1	2	3	4	5
19	<i>Rechina</i> los dientes dormido	1	2	3	4	5
20	Se despierta gritando o confundido de manera que usted no logra manejarlo, y al día siguiente no recuerda lo sucedido	1	2	3	4	5
21	Tiene pesadillas que no recuerda al día siguiente	1	2	3	4	5
22	Es difícil despertarlo por la mañana	1	2	3	4	5
23	Se despierta por las mañanas sintiéndose cansado	1	2	3	4	5
24	Se siente incapaz de moverse al despertar por la mañana	1	2	3	4	5
25	Tiene somnolencia diurna	1	2	3	4	5
26	Se queda dormido de repente en situaciones inadecuadas	1	2	3	4	5
Total:						
Factores	Preguntas	Rango normal			Puntuación	
Parasomnias	5-6-7-8-17-18-20-21	10.1 ± 2.89				
Trastornos de inicio y mantenimiento	1-2-3-4-10-11	9.1 ± 3.17				
Problemas respiratorios	13-14-15	4.79 ± 1.91				
Excesiva somnolencia	25-26	2.49 ± 0.95				
Hiperhidrosis de sueño	9-12-16	5.29 ± 2.39				
Sueño no reparador	19-22-23-24	5.86 ± 2.09				

Tabla 8. Escala de alteraciones del sueño en la infancia, para preescolares del Dr. O. Bruni y cols.^{27,28}

Para interpretarla, se realizó la suma de puntuaciones de todas las preguntas, al obtenerse un total de 39 o más, se sospechó de la existencia de un trastorno de sueño. Se identificó el trastorno según la mayor puntuación.²⁸

En caso de utilizar este cuestionario en la consulta dental, debemos informar a los padres sobre los resultados obtenidos y de ser necesario, remitirlo con un especialista.

La segunda parte del diagnóstico corresponde a un minucioso examen intra y extraoral. Diversos autores sugieren evaluar los siguientes aspectos:

Examen extraoral

- Dolor a la palpación de los músculos de la masticación y de la región orofacial.
- Sonidos en la articulación temporomandibular (chasquido o crepitación) y dolor a la palpación.
- Cefaleas.

Examen intraoral

- Atrición dental anormal. Es importante mencionar que, entre los 3 y 5 años existe un desgaste o atrición fisiológica normal de los dientes temporales, el cual permitirá el crecimiento y desarrollo del maxilar y la mandíbula. Si durante esta etapa, el niño llegase a manifestar episodios de bruxismo y la práctica fuese de gran intensidad, probablemente no referirá dolor ni espasmos, debido a que se encuentra en un periodo de gran plasticidad tisular ósea, dental y neuroarticular. Por otro lado, si se tratase de un niño mayor de 8 años con bruxismo, es probable que manifieste padecer dolores de cabeza y/o dolor al realizar actividades cotidianas como peinarse, lavarse la cara o cepillarse los dientes. El desgaste con exposición de dentina a nivel incisal u oclusal nos indicará la historia progresiva del bruxismo. Cuando se trate de apretamiento, las facetas de desgaste serán rugosas, en el caso de que el paciente realice rechinamiento y apretamiento dental, las facetas serán lisas. (Figura 5 y 6)



Figura 5. Paciente de 9 años con dentición mixta, se observa desgaste moderado en el primer molar permanente y en las cúspides de los caninos temporales.



Figura 6. Paciente de 6 años con desgaste severo en dientes temporales anteriores y posteriores.

- Evidencia de indentaciones en carrillos, lengua y/o labios.
- Fractura de dientes o pérdida de restauraciones sin razón aparente.
- Hipersensibilidad dental. ^{3,5,7,10,27,28,29}

Köstner y cols. utilizaron la siguiente tabla para su estudio. Se sugiere su uso para la exploración intra y extraoral del paciente pediátrico en la consulta dental.²⁷

	Si	No
Desgaste anormal de los dientes		
Fractura de dientes sin causa aparente		
Fractura y/o desalajo de restauraciones sin causa aparente		
Dolor a la palpación del músculo masetero		
Dolor a la palpación del músculo temporal		

Tabla 9. Criterios clínicos para el diagnóstico de BS de Köstner y cols.²⁷

4.1.2 Aparatología

Actualmente, además de identificar factores causales y orientar a los padres, el enfoque odontológico para el BS se basa en manejar los síntomas y prevenir complicaciones.³⁰

Los aparatos intraorales pueden proteger a los dientes del desgaste ocasionado por el apretamiento y rechinamiento, relajar los músculos de la masticación, evitar la propulsión mandibular, mejorar la respiración del paciente, entre otros beneficios.³⁰

Placas de mordida o férulas oclusales

Su objetivo es reducir la fricción y la carga al apretar los dientes, además de estabilizar la articulación temporomandibular y la actividad neuromuscular. Diversos autores han informado que existen pocos estudios en niños y que su efectividad no ha sido clara.^{5,30,31,32,33}

Restrepo y cols. realizaron un ensayo clínico en niños donde utilizaron una placa oclusal rígida y concluyeron que su uso no disminuyó de manera significativa los síntomas de bruxismo. Este tratamiento refiere mejores resultados en pacientes con trastornos temporomandibulares y dentición permanente. En el caso de la dentición decidua sólo debe indicarse cuando el desgaste represente un daño biológico y exista un adecuado control de parte de los padres. En la dentición mixta está totalmente contraindicado ya que estaríamos reprimiendo el crecimiento y desarrollo de los arcos dentarios.^{5,11,30}
(Figura 7)



Figura 7. Férula oclusal

Aparatos ortopédicos

La relación entre algunos trastornos respiratorios, el SAOS y el BS en niños ha llevado al estudio de la aparatología ortopédica como una opción de tratamiento ya que, además de corregir maloclusiones permite la apertura de la cavidad nasal para mejorar la respiración. El uso de aparatos intraorales no sólo evitará de manera indirecta el apretamiento y desgaste dental también, ayudará a relajar la musculatura facial y evitará la propulsión mandibular.³⁰ (Figura 8)

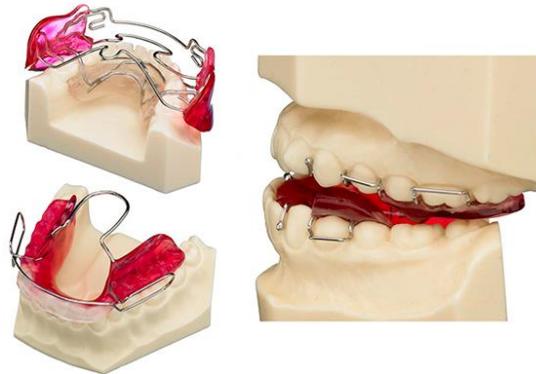


Figura 8. Aparato bimaxilar de ortopedia.

Algunos reportes sugieren como alternativa de tratamiento para los pacientes pediátricos con BS asociado a SAOS el uso de aparatos intraorales para avance mandibular.^{30,31} (Figura 9)



Figura 9. Dispositivos de avance mandibular.

Por otro lado, la expansión palatina rápida consiste en un tratamiento ortopédico que se realiza previo al cierre final de la sutura media palatina. No sólo ayuda a corregir maloclusiones, también permite la apertura de la cavidad nasal mejorando la respiración del paciente.³⁴

Según un estudio de Bellerive y cols. (2015) se observó que su uso disminuyó el apretamiento y rechinar por las noches después de la expansión en el 65% de pacientes bruxistas. Sin embargo, el descanso, la respiración y otras variables del sueño permanecieron sin cambios.³⁴ (Figura 10)



Figura 10. Expansor tipo McNamara con tornillo central tipo Hyrax.

Sistemas miofuncionales

La relación entre maloclusiones, trastornos respiratorios durante el sueño y hábitos orales con el BS ha llevado al uso de la terapia miofuncional como complemento para tratar estos problemas. Esta consiste en el uso de

dispositivos miofuncionales y la ejecución de ejercicios complementarios para estimular la musculatura facial.^{35,36}

Los sistemas Myobrace® y Trainer® son una serie de aparatos intraorales removibles que ayudan a corregir malos hábitos orales, a expandir los arcos maxilares y a mejorar la alineación de los dientes.³⁶

Actividades Myobrace® consiste en un programa de educación al paciente que se basa en una serie de videos con ejercicios para mejorar la respiración, la posición de la lengua, la deglución y el cierre labial, estos se deben realizar 2 veces al día en conjunto con el uso del aparato.³⁶

Las técnicas de terapia miofuncional han demostrado ser eficaces, sin embargo, los resultados son impredecibles y el cumplimiento deficiente por parte de los padres y el paciente puede ocasionar que no se obtengan las mejorías esperadas.³⁵ (Figura 12, 13, 14 y 15)



Figura 12. Sistema Infant Trainer™



Figura 13. Myobrace Kids®

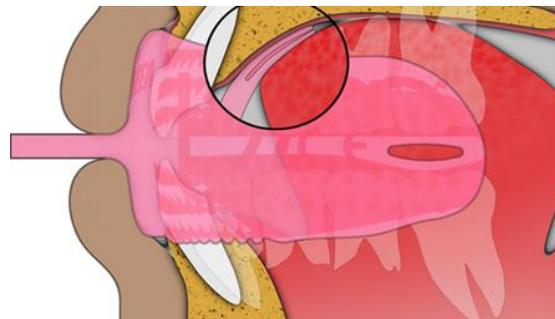


Figura 14 y 15. Colocación del aparato Myocheew™ del sistema Myobrace®

Coronas de acero cromo

El enfoque restaurativo en casos donde se observa un desgaste oclusal grave y disminución de la dimensión vertical, indica el uso de coronas de acero cromo en dientes deciduos para rehabilitar la función masticatoria y disminuir el dolor.³⁰

Los pacientes con Trastornos del Espectro Autista presentan una serie de síntomas y comportamientos, entre ellos el bruxismo del sueño. Según Hermida y cols. si estos pacientes presentan un desgaste severo derivado del bruxismo, el tratamiento podría consistir en colocar coronas de acero cromo para restaurar el tejido perdido.³⁰ (Figura 11)

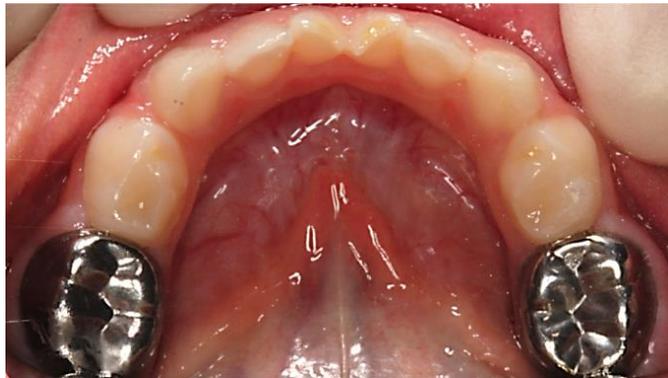


Figura 11. Tratamiento restaurador con coronas de acero cromo en paciente pediátrico.

La técnica Hall es una alternativa no convencional que consiste en la colocación de una corona de acero cromo preformada cementada con ionómero de vidrio sin realizar desgaste o una preparación dental.³⁷

Se debe valorar el caso de manera clínica y radiográfica, ya que podríamos utilizar esta técnica siempre y cuando el desgaste no vaya más allá del tercio medio dentinario, exista una cantidad de tejido dental suficiente para la colocación de la corona y no exista daño pulpar.³⁸

Respecto al aumento de la dimensión ocluso-vertical, diversos estudios señalan que esta situación se resuelve de 2 a 4 semanas después de que se colocó la corona. No se ha reportado sintomatología tras la aplicación de esta técnica.³⁸

El éxito de este tratamiento dependerá de que exista un control por parte del odontólogo ya que, se deberá evaluar la función y durabilidad de las coronas de acero cromo que se colocaron.^{37,38}

4.2 Manejo psicoconductual

El tratamiento psicológico es muy importante ya que, brindará las herramientas al paciente para reducir el estrés emocional, la ansiedad que experimenta y otros malos hábitos. Cuando se sospeche que el factor psicológico es el causante del desarrollo del BS, el odontólogo deberá remitir con un psicoterapeuta especializado en niños.^{10,30}

Se ha demostrado la efectividad de algunas intervenciones psicosociales, entre estas, se recomienda la psicoterapia y la instrucción de ejercicios de relajación.^{5,33} (Figura 16)



Figura 16. Terapia psicológica infantil.

Restrepo y cols. (2001) realizaron un estudio utilizando dos terapias psicológicas en niños. Una de ellas llamada “reacción por competencia” en la que se identificaban las actitudes de los padres y profesores que estaban

causando ansiedad en los niños y se les pedía que las modificaran. La segunda técnica llamada “relajación muscular dirigida” consistía en una serie de ejercicios de tensión y relajación muscular, cuyo fin era que el niño lograra diferenciar ambos estados durante sus actividades diarias y que los provocaba. Esta técnica se realizaba con música en un lugar y horario específico de la escuela, se les pidió a los padres que la realizaran en casa siguiendo las mismas instrucciones, con el fin de lograr que los niños se familiarizaran con la técnica y se convirtiera en un hábito. Ambas técnicas brindaron resultados exitosos reduciendo los signos de bruxismo y la ansiedad.³⁰

Actualmente, se ha empleado la técnica de relajación en niños para tratar aquellas situaciones que generan aumento de la actividad simpática, tensión muscular y estado de alerta.³⁹

4.3 Tratamientos alternativos

Aunque las siguientes opciones de tratamiento no le competen al odontólogo, es de suma importancia informar a los padres que el BS presenta una etiología compleja por lo que es necesario, además del tratamiento odontológico, trabajar en conjunto con otras especialidades.^{30,33}

Medicina homeopática

La medicina homeopática consiste en sustancias naturales cuyo uso, además de accesible, es sostenible y no genera efectos secundarios. Debido a la alta prevalencia de ansiedad en niños, la administración de sustancias naturales como el extracto de *Melissa officinalis* representa una alternativa eficaz para su manejo. La planta de *Melissa officinalis* (toronjil) tiene propiedades calmantes, ansiolíticas y sedativas. También, está indicada para el tratamiento

de trastornos del sueño, de la hiperactividad y del déficit de atención.⁴⁰ (Figura 17)



Figura 17. Gotas de extracto de *Melissa officinalis*.

Un estudio de Tavares-Silva y cols. (2017) valoró la eficacia de la administración de *M. officinalis* y *Phytolacca decandra* administrados tanto individualmente como combinados para el tratamiento del BS en niños. Se demostró que el medicamento homeopático de *M. officinalis* mejoró los síntomas del bruxismo del sueño, mientras que el de *P. decandra* por sí sola no generó ningún efecto.⁴¹

Sin embargo, Hermida y cols. señalan que el resultado ha sido variable en distintos estudios. La controversia alrededor a este tema deja esta opción de tratamiento a consideración del odontólogo.¹¹

Fisioterapia

Actualmente, se recurre a la fisioterapia para el tratamiento del BS en niños. Algunas de las técnicas más utilizadas son: estimulación neuromuscular transcutánea y eléctrica por microcorriente, ultrasonido, crioterapia, terapia infrarroja, masaje terapéutico, kinesioterapia, acupuntura y láser de bajo nivel.³³

Se puede recomendar una serie de ejercicios para disminuir la tensión de la musculatura facial, estos consisten en realizar masajes en la zona que se encuentra hipertónica para favorecer la circulación.⁴² (Figura 18)

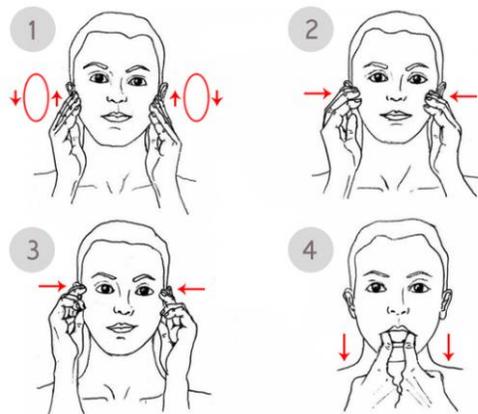


Figura 18. Ejercicios (automasajes) para el tratamiento del bruxismo.

Logopedia

La logopedia es la disciplina que se encarga del estudio y tratamiento de los trastornos de la comunicación humana, las funciones relacionadas y la deglución. Un logopeda puede intervenir en la estimulación del lenguaje, trastornos del habla, del lenguaje oral, escrito o gestual, de la voz y/o miofuncionales.⁴³

Según Araújo y cols. un logopeda se podría incluir en el equipo multidisciplinario para el tratamiento del BS en niños. La logopedia ayuda a identificar el impacto del bruxismo en la motricidad orofacial, así como las funciones alimenticias y respiratorias del niño.³³

Farmacoterapia

Puede surgir la necesidad de tratar al paciente pediátrico con farmacoterapia. Algunos autores han reportado el uso de analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares y sedantes ya que, han mostrado efectividad y reducción de los episodios de apretamiento y rechinar dental.^{5,33}

La Hidroxicina es un fármaco con acción ansiolítica, sedante-hipnótica y antihistamínica que se indica para el tratamiento de episodios de ansiedad en niños mayores de 6 años. Se ha reportado su uso para el tratamiento del BS

durante 2 meses y se han observado mejorías, además, no existen reportes de efectos adversos; no obstante, la evidencia no es suficiente para demostrar su eficacia y asegurar su indicación.^{30,44}

El tratamiento farmacológico debe ser utilizado con precaución y en interconsulta con el médico pediatra. Sin embargo, actualmente se sugieren manejos más conservadores.^{5,33}

Conclusiones

El BS en niños es cada vez más frecuente, tiene una etiología multifactorial y su origen se presenta en el SNC, en relación con esto, se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un papel muy importante en su desarrollo.

Para obtener un diagnóstico certero, es necesario que el odontólogo realice un adecuado cuestionario a los padres y un examen clínico extra e intraoral completo. Se debe orientar a los padres acerca de la importancia de un abordaje multidisciplinario y destacar la terapia psicológica, ejercicios de relajación y la atención odontológica.

El tratamiento a través del uso de aparatología ha demostrado efectividad cuando el BS es secundario a trastornos respiratorios como el SAOS, maloclusiones, malos hábitos o deglución atípica ya que, además de disminuir el apretamiento y rechinar dental permite la apertura de la cavidad nasal y la reeducación de la musculatura facial. Sin embargo, se requiere cooperación tanto de los padres como del paciente para el uso del aparato y la ejecución de los ejercicios complementarios recomendados.

Actualmente, el BS en niños sigue siendo un tema controversial. Se espera que existan más investigaciones a futuro y se establezcan métodos de diagnóstico validados específicamente para esta población.

Referencias bibliográficas

1. Renner AC, da Silva AAM, Rodriguez JDM, Simoes VMF, Barbieri MA, Bettiol H, Thomaz EBAF, Saraiva MC. Are mental health problems and depression associated with bruxism in children? Community Dent Oral Epidemiol 2011. 2011 John Wiley & Sons A/S; 40(3): 277-287. Disponible en: <https://acortar.link/ySfUE7>
2. Nieto S., Tiscareño H., Castellanos J. Neurofisiología y bruxismo. Revista ADM. 2018; 75 (4): 202-213. Disponible en: <https://acortar.link/xi4dGn>
3. Cao Fernández O. Bruxismo en niños. DNSFFAA. Rev. Salud Militar. 2016; 35(2): 28-37. Disponible en: <https://acortar.link/vakmQl>
4. Estrella Sosa Graciela. Detección precoz de los Desórdenes Temporomandibulares. 1a ed. Argentina: Amolca; 2006. p. 124.
5. Álvarez V., Baldeón M., Malpartida V. Bruxismo en niños y adolescentes: Revisión de la literatura. ODOVTOS Int. J. Dental Sc. 2020; 22(2): 53-60. Disponible en: <https://acortar.link/n64FnN>
6. Okeson Jeffrey. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 7a ed. Barcelona, España: Elsevier; 2013. p. 110-111.
7. Peláez-Gonzales E., Campos-Campos K., Alvarez-Vidigal E. Factores de riesgo relacionados al bruxismo del sueño en niños de 3 a 12 años: revisión de literatura. Revista Odontología Vital. 2022; 36(1): 76-91. Disponible en: <https://acortar.link/2nZk67>
8. Herrera I., Núñez Y. Bruxismo del sueño. Artículo de revisión. Medimay. 2018; (25-2): 166-175. Disponible en: <https://acortar.link/VUu7vL>
9. Cortese, S. G., Guitelman, I. C., Biondi, A. M. Cortisol salival en niños con y sin bruxismo. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2019; 9(1): 19-30. Disponible en: <https://acortar.link/EterjE>

10. Rojas D., Terán K., Álvarez C. Bruxismo del sueño en niños: actualización de la literatura. ODONTOL PEDIÁTR (Madrid). 2017; 25(3): 209-216. Disponible en: <https://acortar.link/YHqRYC>
11. Hermida Bruno L., Restrepo Serna, C. R. Bruxismo del Sueño y Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en Niños. Revisión narrativa. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2016; 6(2): 99-108. Disponible en: <https://acortar.link/e3BjNu>
12. Ophoff, D., Slaats, M. A., Boudewyns, A., Glazemakers, I., Van Hoorenbeeck, K., & Verhulst, S. L. Sleep disorders during childhood: a practical review. European journal of pediatrics. 2018; 177: 641-648. Disponible en: <https://acortar.link/XRMqKF>
13. Elsevier. Las fases del sueño: NREM Y rem. Ambiente Idóneo y beneficios para la salud [Internet]. Elsevier Connect. [Citado el 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/ttT5Y0>
14. Sandoval H., Fariña M. Prevalencia de Bruxismo del Sueño en Niños y su Relación con los Signos de Trastornos Temporomandibulares y las Parafunciones Diurnas. Int. J. Odontostomat. 2016; 10(1):41-47. Disponible en: <https://acortar.link/H89t2L>
15. Loza D., Maroto V., Vásquez G., Andrade J. Bruxismo un hábito recurrente en jóvenes con ansiedad. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2018; 2(2): 236-258. Disponible en: <https://acortar.link/cHOknd>
16. Massignan C, de Alencar NA, Soares JP, Santana CM, Serra-Negra J, Bolan M. Poor sleep quality and prevalence of probable sleep bruxism in primary and mixed dentitions: a cross-sectional study. Sleep Breath. 2019; 23(3):935–941. Disponible en: <https://acortar.link/2hDEGK>
17. Frugone Zambra RE, Rodríguez C. Bruxismo. Av Odontostomatol [Internet]. 2003 [citado 13 Feb 2023]; 19(3): 123-130. Disponible en: <https://acortar.link/Lu33AZ>

18. Fuentes-Casanova F. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Revista ADM. 2018; 75(4): 180-186. Disponible en: <https://acortar.link/gZV9CS>
19. Garay Villavicencio J., Cantos Tello P., Condo Landy H., Yunga Picón Y., Barzallo Sardi V. Factores asociados al bruxismo del sueño en niños: Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2020. Disponible en: <https://acortar.link/VfRXUd>
20. Ríos LT, Aguiar VNP, Machado FC, Rocha CT, Neves BG. Bruxismo infantil y su asociación con factores psicológicos: revisión sistemática de la literatura. Rdo.Odontol. Universidad Ciudad São Paulo. 2018; 30(1): 64-76. Disponible en: <https://acortar.link/ZKHs35>
21. Drumond CL, Ramos-Jorge J, Vieira-Andrade RG, Paiva SM, Serra-Negra JMC, Ramos-Jorge ML. Prevalence of probable sleep bruxism and associated factors in Brazilian schoolchildren. Int J Paediatr Dent. 2019; 29(2): 221–7. Disponible en: <https://acortar.link/dL3pht>
22. Doria A., Navarro M., Garzón S., Herrera M., Moreno G., Furman E., Ayala L. Apretamiento dental sugestivo de maltrato infantil en niños institucionalizados de 6 a 16 años. Univ Odontol. 2016; 35(74): 65-74. Disponible en: <https://acortar.link/7AyPxV>
23. Serra-Negra J., Pordeus I., Corrêa-Faria P., Fulgêncio L., Paiva S., Manfredini D. Is there an association between verbal school bullying and possible sleep bruxism in adolescents? Journal of oral rehabilitation. 2017; 44(5): 347–353. Disponible en: <https://acortar.link/RUd9vH>
24. Capano A., Ubach A. Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. Ciencias Psicológicas. 2013; 7(1): 83-95. Disponible en: <https://acortar.link/NmXfTF>
25. Inga H., Cárdenas F. Bruxismo en niños panorama actual: revisión de la literatura. Research, Society and Development. 2022; 11(10): 1-12. Disponible en: <https://acortar.link/oxfjey>

26. CONSUMO DE AZÚCAR Y USO DE PANTALLAS DIGITALES AUMENTÓ BRUXISMO EN NIÑOS: ESTUDIO DE ODONTOLOGÍA CES [Internet]. Universidad CES. [citado el 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/brTi17>
27. Köstner Uribe S, Brunet Echavarría J, Tapia Vargas A. Trastornos de sueño asociados a bruxismo de sueño en niños entre 3 y 6 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor de Santiago, Chile. Avances en Odontoestomatología. 2019; 35(2): 83-91. Disponible en: <https://acortar.link/qDwliP>
28. Cruz Navarro I. Alteraciones del sueño infantil. En: AEPap (15 ed.) Curso de Actualización en Pediatría. Lúa Ediciones 3.0. 2018. p. 317-329. Disponible en: <https://acortar.link/65a0Hv>
29. Firmani M., Reyes M., Becerra N., Flores G., Weitzman M., Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr. 2015; 86(5): 373-379. Disponible en: <https://acortar.link/tRF0mF>
30. Hermida M., Cortese S., Kalil S., Ferreira R., Spatakis L. Tratamiento del bruxismo del sueño en niños. Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2020; 10(1): 65-72. Disponible en: <https://acortar.link/KOSzNV>
31. Shetty S, Pitti V, Satish Babu CL, Surendra Kumar GP, Deepthi BC. Bruxism: a literature review. J Indian Prosthodont Soc. 2010; 10(3):141-148. Disponible en: <https://acortar.link/IQzKtb>
32. Diniz M., Silva R., Zuanon, A. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras y pediatras. Revista Paulista de Pediatria. 2009; 27(3):329-334. Disponible en: <https://acortar.link/EIS7J5>
33. Araújo A., Dorvillé G., Sales N., Freitas N., Cota A. Bruxismo en la infancia: ¿cómo tratar? Revista de Odontopediatría Latinoamericana. 2021; 11(1): 124-135. Disponible en: <https://acortar.link/7ZymPz>
34. Bellerive, A., Montpetit, A., El-Khatib, H., Carra, M. C., Remise, C., Desplats, E., & Huynh, N. The effect of rapid palatal expansion on sleep

- bruxism in children. *Sleep and Breathing*. 2015; 19(4), 1265–1271. Disponible en: <https://acortar.link/NeNRRF>
35. PRIMER SISTEMA DE APARATOS MIOFUNCIONALES DEL MUNDO Myotalea® PARA MEJORAR LA FUERZA DE LOS MÚSCULOS DE LA LENGUA, LABIOS, MANDÍBULA Y GARGANTA [Internet]. MRC. [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/SGOEdS>
36. Tratamiento Preventivo de Ortodoncia - Myobrace® [Internet]. Myobrace®. [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/7U8aPK>
37. Curto J., Gámez M. Técnica Hall: estrategia biológica para el manejo de caries dental. Revisión de la literatura. *Odontol Pediatr*. 2018; 17(2): 42-51. Disponible en: <https://acortar.link/e0ocPN>
38. Nava, D. L. H., & Ávila, A. I. O. Técnica Hall, una opción de tratamiento de mínima invasión para lesiones cariosas en molares temporales. [Internet]. *OG Odontogénesis*. 2022 [citado el 13 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/TOQdN9>
39. López Fernández Rosa. La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual: Parte II. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1996; 12(4): 375-380. Disponible en: <https://acortar.link/eQB3yp>
40. Pardo K., Díaz M., Villegas L., Bernabé E. Efecto del extracto etanólico de *Melissa officinalis* (toronjil) en la modificación de la conducta del niño ansioso en la consulta dental. *Rev Estomatol Herediana*. 2009; 19(2):91-95. Disponible en: <https://acortar.link/IKFfci>
41. Tavares-Silva C., Holandino C., Homsani F., Raggio R., Prodestino J., Farah A., De Paula J., Costa R., Vianna C., Guimarães S., Cople L., Fonseca-Gonçalves A. Homeopathic medicine of *Melissa officinalis* combined or not with *Phytolacca decandra* in the treatment of possible sleep bruxism in children: A crossover randomized triple-blinded controlled clinical trial. *Phytomedicine* 58. 2019; 152869, 1-10. Disponible en: <https://acortar.link/2sWKju>

42. Romero I. Bruxismo: 5 Ejercicios Que Mejorarán Tu Tensión en la mandíbula [Internet]. FisioOnline. 2017 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/uf5g9W>
43. Figueiras S. ¿Qué es la logopedia? [Internet]. CEUPE. Centro Europeo de Postgrado; 2021 [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/CYjhmx>
44. Rodríguez R. Hidroxicina: Antihistamínicos • Antialérgicos. Vademécum Académico de Medicamentos [Internet]. Access Medicina™ [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/H92FjD>

Referencias de imágenes

- **Figura 1:** Irazo de Riquer A. Fases del Sueño: Hospital Clínic Barcelona [Internet]. Clínic Barcelona. 2022 [Citado el 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/RVQLmn>
- **Figura 2:** Fuente directa.
- **Figura 3:** Quicios B. Padres autoritarios con sus hijos [Internet]. Guiainfantil.com. 2021 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/evX1xi>
- **Figura 4:** Pérez V. Controlando la Epilepsia: Polisomnografía o Estudio del sueño nocturno en #elde9. [Internet]. ¿Y de verdad tienes tres? 2017 [citado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/FsljJB>
- **Figura 5:** Firmani M., Reyes M., Becerra N., Flores G., Weitzman M., Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr. 2015; 86(5): 373-379. Disponible en: <https://acortar.link/tRF0mF>
- **Figura 6:** Photography by Dr. D. Nabos. Saulue, P., Carra, M.-C., Lалуque, J.-F., D' Incau, E. Understanding bruxism in children and adolescents. International Orthodontics. 2015; 13(4): 489–506. Disponible en: <https://acortar.link/vW4YMX>

- **Figura 7:** Paredes F. Bruxismo: Causas y tratamiento: Solución Dental [Internet]. Dental S. [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/Tb4kHf>
- **Figura 8:** Aparatología funcional en Ortopedia [Internet]. Blog de Ortoplus. 2019 [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/LWAJhD>
- **Figura 9:** Dispositivo de Avance mandibular [Internet]. Odos Dental. [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/D5mlFu>
- **Figura 10:** Delgado C., Rosenberg F., Keith F., Scheu J. Expansión rápida del maxilar superior y su impacto a nivel de la vía aérea superior: revisión bibliográfica. Odontol. Sanmarquina 2019; 22(4): 277-282. Disponible en: <https://acortar.link/0wkBZB>
- **Figura 11:** Coronas metálicas en odontopediatría [Internet]. Dentistakids. [citado el 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/iVGA1z>
- **Figura 12:** Sistema Infant Trainer™ [Internet]. AhKimPech. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/16ft0R>
- **Figura 13:** Myobrace for children. [Internet]. Molonglo Dental Surgery. 2021 [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/QdnFwz>
- **Figura 14 y 15:** Myochew™ [Internet]. MRC®. [citado el 15 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/h51tqB>
- **Figura 16:** Psicólogos Neopraxis. ¿Qué es la terapia infantil? [Internet]. Neopraxis. Febrero 2022 [citado el 3 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/c34Ppj>
- **Figura 17:** Extracto de Melisa (Fórmula XXI) [Internet]. Naturitas [citado el 24 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/boxlff>

- **Figura 18:** ¿Que es el bruxismo? ¿Como Puedo Tratarlo? [Internet]. Clínica Fisioterapia Arantxa Sanchis. 2016 [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/kkcOg3>