

Bruxismo en niños

Doi: <http://dx.doi.org/10.35954/SM2016.35.2.4>

Dr. Oscar Cao Fernández

Doctor en Odontología, especialista en odontopediatría

RESUMEN

Algunos hábitos orales son: la succión digital, succión de pacificadores, succión y mordida de labios, onicofagia, bruxismo, respiración bucal y empuje lingual simple o complejo. El bruxismo es una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento dentario sin fines funcionales, ocurre durante el día y la noche. Esta parafunción es cada vez más frecuente en niños y debe ser diferenciada del desgaste por el uso normal de la dentición temporaria.

Los hábitos parafuncionales y las disfunciones musculares orales son considerados importantes factores contribuyentes para trastornos temporomandibulares y musculares, así como también pueden conducir a trastornos en la dentición que pueden ir desde el apiñamiento hasta una importante disminución de la dimensión vertical. El conocimiento de los factores etiológicos y de las características clínicas del bruxismo en niños es fundamental para un diagnóstico precoz, permitiendo que los pediatras, odontopediatras y psicólogos puedan establecer un tratamiento multidisciplinario y favorezcan el desarrollo integral del paciente para su promoción de salud y bienestar individual.

PALABRAS CLAVE: Bruxismo, Odontología pediátrica, Atención Dental para Niños, Desgaste Dental.

SUMMARY

Some oral habits are: digital suction, pacifier suction, suction and lip biting, onychophagia, bruxism, buccal breathing and simple or complex lingual thrusting. Bruxism is a parafunctional activity consisting on tooth clenching with no functional purpose, occurring during night or day. This parafunction is even more frequent among children and must be differentiated from wear caused by the normal use of temporary teeth.

Parafunctional habits and oral muscle dysfunctions are considered as contributing factors for temporomandibular and muscular disorders, and they can also lead to

teething disorders, ranging from crowded teeth to a significant reduction of vertical dimension. Knowledge of etiologic factors and clinical characteristics of bruxism in children is essential for an early diagnosis, allowing pediatricians, odontopediatricians and psychologists to establish a multidisciplinary treatment in order to achieve the patient's integral development for his/her health promotion and individual well-being.

KEY WORDS: Bruxism, Pediatric Dentistry, Dental Care for Children, Tooth Wear.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Todos los componentes del sistema estomatognático se encuentran protegidos por numerosos reflejos nerviosos que se encuentran regulados por el sistema neuromuscular. Así todo aquello que pueda producir una alteración de este equilibrio de fuerzas, como por ejemplo interferencias oclusales, trastornos emocionales, hábitos parafuncionales (HP) pueden derivar en trastornos temporomandibulares (TTM). Los hábitos parafuncionales han sido considerados a su vez factores etiológicos de los TTM, esto debido a la hipertonicidad de los músculos de la masticación o reducción de la dimensión vertical que se provoca por la atrición dentaria excesiva no compensada por la erupción dentaria pasiva (1).

Diferentes artículos científicos describen que la presencia de uno o más de la cavidad bucal en individuos en edad temprana predispone al individuo a presentar diferentes desequilibrios oclusales tales como mordida abierta, mordida profunda y mordida cruzada posterior (2).

En Odontopediatría se manejan en forma poco clara estos tres ítems: Hábitos, Parafunción y Tics, confundiéndose su etiología, por tanto no se establece un diagnóstico diferencial entre ellos que nos oriente a un tratamiento adecuado.

a) Hábitos:

Actividad realizada en forma automática (inconsciente o no), repetitiva y monótona en su desarrollo, que tiende a una finalidad útil. Cuando este hábito se distorsiona en su desarrollo se convierte en un mal hábito. Por ej.: la deglución atípica.

b) Parafunción:

Actividad que remeda una función o praxia natural, que se realiza exageradamente en tiempo y forma y no es detonada por ningún estímulo fisiológico que lo justifique (3). Se trata de una práctica funcional que es utilizada para otra finalidad. Cuando la función masticatoria pierde sus frenos o controles fisiológicos reflejos y se torna permanente estamos ante una parafunción (3-5).

Los HP de la cavidad bucal son actividades perniciosas que interfieren en el desarrollo correcto de las arcadas dentales que pueden provocar maloclusiones y alterar el desarrollo morfogenético con el desarrollo de posibles alteraciones como son los (TTM), definidos como conjunto de alteraciones músculo esqueléticas crónicas de etiología multifactorial que condicionan la calidad de vida del individuo y cuyo inicio se ha documentado a edades cada vez más tempranas (6). Por ejemplo el bruxismo, el cual utilizando los mecanismos de la masticación normal (cierre y frotamiento interdentario) los realiza a pesar de no tener comida interpuesta, en una forma inconsciente e intensificada (3). Del hecho de apretar y rechinar las piezas dentarias derivan las modalidades de bruxismo en céntrica y bruxismo excéntrico respectivamente y se relaciona gravemente con problemas psicosociales.

c) Tics:

Movimientos involuntarios, súbitos, rápidos y repetidos, producidos por músculos en ligazón funcional que no tienen o han perdido toda finalidad útil. Ejemplo: guiños (4).

2. DEFINICIÓN

El bruxismo comprende el acto de rechinar los dientes por contracciones rítmicas constantes, involuntarias, que se dan de manera subconsciente, durante el sueño. También se define como la actividad parafuncional

diurna o nocturna que incluye el rechinamiento, apretamiento u otros hábitos de los dientes,

La Academia Americana de los Desórdenes del Sueño lo define como el desorden del sistema masticatorio periódico y con movimientos estereotipados, que incluye el apretamiento y rechinamiento de los dientes durante el sueño (4).

También se definió como:

- Movimientos no funcionales de la mandíbula con o sin sonidos audibles que ocurren durante el día o la noche.

- Actividad involuntaria de la musculatura mandibular que se caracteriza, en individuos despiertos, por el apretamiento dentario y en escasas ocasiones por el rechinamiento dentario. Sin embargo, en el bruxismo nocturno, se dan tanto el apretamiento como el rechinamiento (7).

En una revisión de Kato, Thie, Montplaisir y Lavigne en el año 2001, quedó definida como una actividad parafuncional oral cuando un individuo está despierto o dormido (8).

Se estudia este tema fundamentalmente por tres factores: la importancia y prevalencia de esta patología en la población; la escasez de estudios sobre este tema; la observación frecuente de signos radiológicos de esta patología, en una simple Ortopantomografía (OPT), lo que nos permite diagnosticarla y tratarla en forma rápida.

3. EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO A TRAVÉS DE LOS AÑOS

El bruxismo ha ido adquiriendo un estudio más riguroso y científico. Fue Karolyi en 1901 (7), el precursor en la investigación de esta patología refiriéndose a ella como “neuralgia traumática”; estudió además la relación existente entre bruxismo y enfermedad periodontal.

En 1907 Marie-Ptiekevic habla de la “bruxomanie”.

Tischler, en 1928 lo calificó como un hábito oclusal neurótico, expresión similar a la de neurosis oclusal neurótico de Frohman.

Frohman en 1931, empleó por primera vez el término “bruxismo” para referirse a esta patología.

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.

Kristal en 1979, define el bruxismo como una respuesta ansiosa al estrés ambiental.

En 1988, Rugh considera dentro del bruxismo nocturno dos tipos:

- El que se produce en fase (Fase REM)
- El que sucede en fase No REM (7).

4. EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia general del bruxismo

Muchas personas no son conscientes de sufrir este trastorno nocturno y son informadas de él por las personas con las que conviven. Varios autores afirman que casi el 84 % de los bruxistas no se dan cuenta de su hábito o se sienten avergonzados por él, y por ello evitan este dato y se envuelven en un comportamiento autodestructivo. Se aboga por una mayor incidencia de esta parafunción en sujetos con alteraciones del Sistema Nervioso Central, Síndrome de Down o sujetos con retraso mental severo. Algunos autores estiman una prevalencia del 41-58 % en deficientes mentales.

Entre el 5% - 20 % de la población en términos medios está afectada de bruxismo si se utiliza para su determinación un cuestionario, o bien si el sujeto es interrogado acerca de si es consciente de que rechina los dientes. Sin embargo, si la incidencia del bruxismo se determina por signos directos exploratorios, el porcentaje es mucho más alto (7, 9).

Glaros AG (1998) y Sølverg et al. (1979) estiman que el bruxismo afectaría entre el 5% y el 20% de la población general mientras que otros autores describen una prevalencia de hasta un 90% (10).

Para otros autores el bruxismo presenta una incidencia del 60% en niños alérgicos, esto es, 3 veces mayor para niños no alérgicos (11).

Prevalencia en función de la edad

La edad es un factor moderador. Varios autores consideran que la edad de mayor incidencia se encuentra entre los 35-40 años.

En la infancia y en la adolescencia se afirma que hay un pico.

El bruxismo en niños, se encuentra, para algunos autores en relación a TTM, mientras que para Dawson “la mayoría de los niños frotan los dientes en algún momento, porque las interferencias oclusales aparecen naturalmente durante la erupción de los dientes” (7).

Esta parafunción que alcanza un nivel similar al adulto en los adolescentes de 13 años, tiene una baja prevalencia en los niños menores. En un estudio con 1353 niños, de hasta 3 años, los resultados mostraron una mayor frecuencia de somnilocuencia, cansancio de piernas y bruxismo nocturno. En ellos se encontró un alto nivel de ansiedad.

Algunos datos de prevalencia de bruxismo en niños de 14 a 18 años son: Nilner (1981) 36%, Egermark-Ericsson (1981) 18%, Vanders (1989) 19,1%, Nielsen (1989) 18,1% (10).

Prevalencia en función del sexo

Hay autores que afirman que no hay ninguna preferencia de este hábito. Por otra parte, otros defienden una mayor incidencia del sexo femenino que incluso, se presenta una mayor incidencia en mujeres hiperemotivas considerando una proporción de cuatro mujeres por un hombre (7).

Bayardo et al. (1996) y Hublin et al. (1998) afirman que el bruxismo es más frecuente en el sexo femenino. Barthi y col. (2006) observaron que el 92% de los niños con bruxismo eran de sexo masculino y por otro lado Demir et al. (2004) y Petit et al. en 2007 no notaron diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia del bruxismo entre niños de ambos sexos (11).

5. ETIOLOGÍA

Los trastornos del sueño están clasificados en 3 grupos:

- Disomnias: insomnios, trastornos del ritmo circadiano, etc.
- Parasomnias: trastornos del despertar, trastornos de la transición sueño-vigilia, parasomnias asociadas con el sueño REM como las pesadillas y otras como el bruxismo
- Trastornos del sueño asociados con procesos médicos y psiquiátricos (4).

Muchas teorías etiológicas se han descrito para explicar la aparición del bruxismo, sin embargo la mayoría sugiere que se debe a múltiples factores involucrados. De ellos, una clasificación habla de factores periféricos y factores centrales. Aunque las líneas de estudio pueden diferir, parece haber acuerdo en que los TTM y el bruxismo coinciden con ansiedad, depresión, inhabilidad para comunicarse con otros y tratar con los eventos de la vida y orígenes fisiopatológicos comunes.

Entre estos se pueden distinguir:

- Factores morfológicos: alteraciones en la oclusión dentaria y anormalidades articulares y óseas.
- Factores fisiopatológicos: química cerebral alterada.
- Factores psicológicos: ansiedad, problemas de personalidad, etc.

El hábito de fumar, la presencia de enfermedades, el trauma y la herencia podrían jugar un rol así como los factores psicosociales y el estrés. Sin embargo, hay suficiente información de que el bruxismo es parte de una respuesta a diversos estímulos donde el sistema dopamínérgico está implicado, es decir, el bruxismo estaría mediado centralmente y no periféricamente (12).

Algunos autores afirman que aunque el bruxismo parece ser de origen multifactorial, hay gran evidencia de que el rol de las características oclusales es pequeño, si es que está presente. Otros autores observaron que la maloclusión no aumenta la posibilidad que el niño desarrolle bruxismo (13).

Según otro autor los factores etiológicos en el caso del bruxismo serán:

- Estrés, el cual dependerá de la edad del paciente y de cuales sean las causas que provocan la tensión (socialización, autoexigencia, problemas emocionales y afectivos, académicos, etc.).
- Interferencias oclusales y/o maloclusiones.
- Dolores crónicos como ser otitis a repetición (7, 9)

La clasificación de Shinkai et al. (1998) habla de factores locales, sistémicos, psicológicos, hereditarios (3, 11).

a) Dentro de los factores locales se pueden observar maloclusiones, traumatismo oclusal, contacto prematuro, reabsorción radicular, presencia de cálculo dental, quistes dentígeros, dientes perdidos, exceso de material restaurador y tensión muscular.

Hay evidencia de que el bruxismo en niños pequeños puede ser consecuencia de inmadurez del sistema masticatorio neuromuscular.

Otros autores asocian la presencia de bruxismo al tiempo de amamantamiento materno. En un estudio realizado con 427 niños de entre 3 y 6 años de edad, Ferreira y Toledo observaron que cuanto más prolongado el amamantamiento materno, menor la aparición de hábitos orales nocivos como el bruxismo (11).

b) Sistémicamente, deficiencias nutricionales y vitamínicas, alergias, parasitosis intestinales, disturbios otorrinolaringológicos, disturbios gastrointestinales, desórdenes endocrinológicos, parálisis cerebral, Síndrome de Down y deficiencia mental pueden estar relacionados al desarrollo de este hábito (14).

c) Fuerte tensión emocional, problemas familiares, crisis existenciales, estado de ansiedad, depresión, miedo y hostilidad, niños en fase de autoafirmación, pruebas escolares así como la práctica de deportes competitivos y campeonatos pueden actuar como factores de origen psicológico para el desencadenamiento de esta condición (15).

d) Los estudios realizados sobre los factores implicados en la herencia del bruxismo son contradictorios. Algunos autores, mediante estudios de predisposición genética, mostraron que aquellos padres que en su infancia ponían de manifiesto el apretamiento y rechinamiento dentario, tendrían unos hijos con una prevalencia más elevada de este HP. No obstante, es una opinión contradictoria con otros estudios, que consideran el medio ambiente como la causa fundamental del desarrollo de esta parafunción y no de los factores genéticos o de la herencia (7).

Para estudiar un patrón de herencia claro se requieren estudios generacionales e identificación cromosómica.

Por lo tanto los factores ambientales también pueden estar co-involucrados en la predisposición de una persona para bruxar. Se ha visto que entre el 20% y el 64% de los pacientes con bruxismo del sueño pueden tener un miembro en su familia que reporte rechinamiento y también que dicha patología es más frecuente en mellizos monocigotos que dicigotos.

El bruxismo, una parasomnia frecuente, junto con el sonambulismo y otras son de las parasomnias más frecuentes y a menudo se encuentran asociadas entre ellas y también a la familia (16).

Algunos estudios conductistas han identificado rasgos de personalidad en bruxistas que difieren significativamente de los no bruxistas. Los primeros serían reservados, rígidos, cautelosos, aprensivos y distantes, prefieren las cosas más que las personas, evitan compromisos y son afectados por sentimientos de inferioridad, presentan tendencia a angustiarse y con dificultades en la expresión de emociones, además de ser impulsivos, irritable, pesimistas críticos y perezosos. Otros destacan las dificultades de los pacientes bruxistas en expresar reacciones de agresividad hacia lo externo (extraagresión) dirigiendo la agresividad hacia ellos mismos (intraagresión), lo que implicaría falta de assertividad en situaciones de estrés. Sin embargo, otros investigadores no han identificado diferencias entre características psicológicas de bruxistas comparado con no bruxistas.

En el área de las metas motivacionales los bruxistas tienden a experimentar la vida de modo pesimista

mientras los no bruxistas buscan obtener refuerzo positivo y tienden a experimentar los sucesos de la vida de modo optimista. A su vez los no bruxistas intentan modificar activamente los acontecimientos del entorno y toman en cuenta sus propios puntos de vista para sus decisiones.

Los no bruxistas a nivel cognitivo tienden a ser más conservadores en esta área y se afirman en los conocimientos previos más que en buscar estilos innovadores.

En el área interpersonal los bruxistas presentan un patrón de conducta basado en la indiferencia y el alejamiento social, es frecuente la falta de emotividad. Presentan un patrón de sumisión a los demás, acompañado de sufrimiento y sensaciones no placenteras. En esta área también aparecen como personas receptivas, simpáticas y maleables, estableciendo en aquellas ocasiones que se sientan seguros, buenos vínculos y lealtades fuertes con los demás.

En tanto los no bruxistas presentan una buena comunicatividad, con un patrón de gregarismo social donde buscan estimulación, excitación y atención constante, acompañado de un patrón autoafirmativo. Suelen ser egocéntricos, talentosos y seguros de sí mismos, con conductas obstinadas, ambiciosas e intrépidas en esta área social.

En las metas motivacionales el rasgo o característica que se asocia a la conducta bruxista es la Preservación, la tendencia a experimentar la vida de modo pesimista.

Los no bruxistas presentan Apertura, Modificación e Individualismo lo que construye un perfil opuesto, en la vivencia de sucesos vitales de modo optimista, como también a nivel conductual siendo activos para intentar modificar los acontecimientos del entorno y además considerar prioritariamente su opinión y propias motivaciones para sus decisiones vitales.

En las conductas interpersonales los bruxistas presentan Retraimiento, Sometimiento y Concordancia lo que construye un perfil de personas menos sociables, en ocasiones indiferentes y también con una emotividad más pobre.

En la relación hacia otros suelen presentar sometimiento y experimentan sensaciones de sufrimiento y displacer en lo social. En situaciones más protegidas pueden establecer buenos vínculos y lealtades fuertes, pero también debido a que son maleables pueden ser sometidas a los demás y experimentar mucho displacer.

Los no bruxistas en el área interpersonal presentaron Comunicatividad, Firmeza y Control destacando el gregarismo social y la tendencia al protagonismo, un patrón auto-afirmativo y la presencia de un alto grado de ambición, seguridad en sus talentos y exposición de ellos, al mismo que tiempo que son obstinados e intrépidos en esta área (9).

6. DIAGNÓSTICO

Cuando predomina el apretamiento, el niño manifestará dolores de cabeza, laterales de cara y posiblemente en la arcada dentaria.

Cuando predomina el frotamiento además del síntoma dolor facial que puede manifestarse uni o bilateralmente, encontramos facetas de desgaste en las zonas laterales y/o disminución de la corona clínica en la zona anterior con pérdida del borde festoneado y desgastes en chanfle de los incisivos, así como hipersensibilidad dentaria (7).

Rechinar los dientes provoca atrición en un tercio de los niños con dentición temporal pero también existe el concepto de desgaste funcional. El problema radica en la determinación de cuál es el límite entre lo funcional y lo parafuncional.

Es por eso que muchos autores consideran hoy en día que el bruxismo es muy frecuente en los niños sin que a esas edades se considere patológico sino una forma natural de desarrollo de la dentición y un estímulo del desarrollo muscular y óseo de los huesos de la cara.

Si el apretamiento y rechinamiento con ruidos aparece en el periodo que va de los 3 a los 5 o 6 años podemos considerarlo fisiológico ya que corresponde al período de abrasión y desgaste preparatorio al recambio de la dentición caduca para la permanente. En esta etapa aunque la práctica sea de gran intensidad el niño no relata síntomas de dolor ni espasmos, ya que estamos en un periodo de gran plasticidad tisular del tejido óseo,

dentario y neuroarticular.

Si el niño que presenta el rechinamiento ya está en una edad superior a los 8 años, muy probablemente se queje en forma variable de cefaleas, dolor al peinarse o al lavarse la cara.

El período de abrasión y desgaste produce una abrasión a 0 de todas las cúspides y bordes incisales de los dientes caducos, posibilitando con esto el libre juego mandibular de lateralidad y propulsión. Así se produce el segundo avance mandibular y la reabsorción del borde anterior de la rama craneana para lograr el espacio de erupción para los primeros molares permanentes.

El bruxismo infantil nocturno en casos crónicos puede provocar trastornos del sueño, debido al dolor causado, puede ser predictor de síntomas mentales y neurológicos por falta de sueño y hasta de una enfermedad a nivel de las piezas dentarias y de la cavidad bucal importante.

El bruxismo infantil a nivel clínico se relaciona con niveles de desgaste en el esmalte del diente y los músculos masticatorios y el malestar en conjunto producido. También por las fuerzas no axiales en los dientes, el bruxismo excéntrico puede dar lugar al desarrollo de la enfermedad periodontal que es crónica en niños.

Este bruxismo infantil puede originar el desarrollo de una clase III falsa, incrementando la reabsorción de las raíces de los dientes deciduos y retrasando el tiempo de erupción de los dientes, formándose el apiñamiento dentario.

Sin embargo, el desgaste dentario por sí solo no implica la presencia del bruxismo así como tampoco el dolor de cabeza, el dolor muscular o los ruidos articulares.

Las facetas de desgaste observadas en el bruxismo pueden ser lisas (debido al frotamiento) o rugosas (apretamiento), de bordes bien definidos en la fase inicial, restringidas más a los dientes anteriores que a los posteriores principalmente caninos deciduos y permanentes. La presencia de facetas de desgaste muchas veces indica historia progresiva de bruxismo, que puede no estar ocurriendo más en el momento del examen clínico o estarse iniciando (9).

7. CLASIFICACIÓN

Bruxismo primario o idiopático: corresponde al apretamiento diurno y al bruxismo del sueño cuando no se reconocen problemas o causas médicas.

Bruxismo Secundario o “iatrogénico”: corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desordenes del sueño y a administración de drogas (4,6).

Bruxismo leve: sucede algunas noches y no presenta daño dental manifiesto.

Bruxismo moderado: aparece todas las noches y lleva asociado un problema psicosocial leve.

Bruxismo grave: aparece todas las noches y existe evidencia de lesión dental y se relaciona con problemas psicosociales graves.

Bruxismo Céntrico o de apretamiento: refiriéndose al ejercicio de presión realizado sobre los dientes en posición de intercuspidación.

Bruxismo Excéntrico: para definir el rechinamiento dentario en movimientos excéntricos, fuera del área de oclusión habitual.

El bruxismo diurno al que se ha llamado de esfuerzo suele adoptar la forma de presión incluyendo a los músculos masetero y temporal.

El bruxismo nocturno se le ha llamado de no esfuerzo, adopta la forma de rechinamiento, implicando a los músculos masetero, temporal, pterigoideos lateral, externo y medial interno (5).

8. TRATAMIENTO

El enfoque de tratamiento del bruxismo ha variado de acuerdo con las teorías etiológicas planteadas en el pasado.

Hoy, tomando en cuenta al bruxismo como una actividad parafuncional multifactorial, el tratamiento debe ir enfocado a los factores etiológicos. Esto no es fácil, pues pesquisar dichos factores es una tarea compleja, de hecho Kato señala que no hay estrategias específicas para manejar el bruxismo (17).

El tratamiento del bruxismo en niños debe ser lo menos invasor posible evitando acciones clínicas y farmacológicas. El tratamiento de primera elección para el bruxismo en niños debe comenzar por una información y educación a los padres y al niño y continuar con técnicas de relajación. Es de rigor que, en caso de utilizar aparatos intraorales, haya una perfecta comunicación entre el odontopediatra y el profesional tratante de TTM y dolor orofacial debido a que el manejo que hace el odontopediatra en el niño es de vital importancia para el éxito del tratamiento (18,19).

Cada paciente debe ser evaluado individualmente y tratado de acuerdo con los factores probablemente asociados para que futuras complicaciones dentarias sean evitadas. El tratamiento escogido para niños con bruxismo debe ser siempre reversible y conservador, para no interferir negativamente en el patrón de crecimiento y desarrollo normal infantil (11).

Si esta actividad de frotamientos y ruidos oclusales se prolonga más allá de los 8 años podemos considerar que el niño está realizando una actividad parafuncional similar a la del adulto.

Evaluaciones del neurólogo y del odontólogo en pacientes con dolores de cabeza son muy importantes, el tratamiento más exitoso en casos de dos o más formas asociadas de dolores de cabeza en un paciente será provisto por todos los profesionales trabajando conjuntamente (17).

La principal intervención clínica relacionada al bruxismo debe ser dirigida a la protección del diente, reduciendo el daño, aliviando los dolores faciales y promoviendo mejoras en la calidad del sueño en caso que este sea deficiente. Por tanto tres tipos de estrategias pueden ser emprendidas: dentaria, farmacológica y psico-comportamental (11).

En esta etapa se recomienda:

a) realizar el análisis estático y funcional de la oclusión donde se evaluará la necesidad de tratamiento ortodóncico-ortopédico, desgaste selectivo, suplementación o restauración oclusal.

b) colocar placas neuromiorelajantes para dormir y protectores bucales para realizar deportes (3,18); éstas han demostrado ser eficientes para evitar desgastes dentarios, bajar el dolor orofacial y la fatiga muscular y no interferir con el crecimiento maxilar si son utilizadas solamente por la noche (4).

c) detectar motivaciones tensionantes en la vida del joven que pueden ser controladas o remitir al pediatra para su manejo farmacológico y/o fisiológico.

d) despistar otras reacciones psicosomáticas asociadas como ser gastritis o tics.

e) indagar acerca de hábitos de bulimia y/o anorexia por su componente afectivo y por las secuelas que deja el medio ácido del vómito sobre el esmalte dentario.

f) controlar y asesorar sobre la ingesta de azúcar e hidratos de carbono para no aumentar el pH ácido el cual favorecería el desgaste adamantino.

g) detectar los cambios en la estructura familiar: enfermedades, divorcios, trasladados, muertes, etc.

h) promover el contacto de los chicos con sus padres aconsejando que los acompañen en sus primeras experiencias de estrés (como puede ser concurrir por primera vez al odontólogo), y de a poco vayan dando más territorio de decisión propia tanto con su familia como a su tratamiento odontológico. Hay que evitar resolver por él en lo referente a su boca, aunque esto traiga cierto retraso en el tratamiento.

i) el niño debe sentirse “afectuosamente monitoreado” por sus padres y allegados, esto le confiere seguridad en sus excusiones extra hogar (aunque muchos adolescentes aparenten molestarse por ello) (7, 20).

Considerando, también, el tratamiento dentario se debe evaluar la necesidad de ajustar la oclusión del paciente y restaurar las superficies dentarias y contornos con materiales adecuados e indicados para cada caso. En algunos pacientes, el tratamiento ortodóncico se hace necesario. Esas intervenciones son extensas e irreversibles y, consecuentemente, no están indicadas en la mayoría de los casos (11).

Si bien el odontólogo trabaja en la oclusión y en las distintas funciones orofaciales, también puede colaborar en el control del estrés.

j) reforzando o reeducando en los hábitos fundamentales para toda persona que son el buen balance entre: nutrición, descanso, ocio, actividades recreativas y responsabilidades.

k) la conducta de asistir periódicamente a consulta odontológica y su comportamiento en ella frente a nuestras maniobras de trabajo también van conformando una personalidad con autoestima y autocontrol. Aquí nuestra intervención y manejo es crítico. Variará dependiendo la edad del paciente, pero la constante es: Respeto, Firmeza y Afeto en lo que se le propone y realiza al afecto (7).

9. CONCLUSIONES

El acto de apretar y rechinar los dientes puede ser de causa conocida o desconocida, se puede realizar durante el día o la noche. De aquí la denominación de bruxismo diurno, nocturno o combinado.

Esta actividad parafuncional, se da porque los mecanismos de protección neuromusculares están desactivados y ausentes durante el sueño, no hay un control ni siquiera involuntario sobre esta patología; causando daños en el sistema masticatorio y en el sistema temporomandibular.

Los efectos del bruxismo dependen de varios factores, como el tipo y gravedad de la parafunción, número y localización de los dientes, posicionamiento dentario en la arcada, relaciones intermaxilares, altura de las cúspides, movilidad y contacto interdentario.

Como el bruxismo es un reflejo subconsciente no controlado y leve, la mayoría de las veces es desconocido o desapercibido por los pacientes y sus familiares. Por ello se torna necesario establecer el diagnóstico precoz de las posibles alteraciones que pudieran ocurrir antes que el ciclo vicioso resulte en daño grave y permanente. Es muy importante realizar la anamnesis completa del niño en un ambiente tranquilo, contando con la participación de los padres para obtener información sobre la historia médica general, hábitos, queja de dolor, relacionamiento social y familiar y evaluación del perfil psicológico del niño. Un examen clínico minucioso, con palpación, auscultación, evaluación de los tejidos blandos y la lengua, verificación de los movimientos mandibulares, análisis de la oclusión así como exámenes radiográficos son importantes en el diagnóstico preciso de las alteraciones del sistema estomatognático.

El bruxismo es usual encontrarlo en niños cercanos a la etapa prepuberal, o que han iniciado niveles superiores de enseñanza asociándolo a factores tensionales. Igualmente en estos casos es recomendable estudiar a dichos jóvenes desde su aspecto ortodóncico y oclusal.

A partir de los resultados obtenidos resulta evidente, que el desarrollo de conductas asertivas, aprendizaje de una adecuada expresión emocional, un entrenamiento en conductas interpersonales y el manejo del estrés serían fundamentales en un trabajo interdisciplinario e integral entre la psicología y la odontología para un eficaz alivio y tratamiento de este trastorno.

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Castillo R, Reyes A, González M, Machado M. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. Rev Cubana Ortod 2001; 16(1):14-23.
- 2) Castelo P, Gavião M, Pereira L, Bonjardim L. Relationship between oral parafunctional nutritive sucking habits and temporomandibular joint dysfunction in primary dentition. Int J Paediatr Dent 2005; 15(1):29-36.
- 3) Paggi Varaldo I. Hábitos, parafunciones y tics orofaciales en niños. Orto Clin 2002; 5(1):10-16.
- 4) Frugone Zamba R, Rodriguez C. Bruxismo. Av Odontoestomatol 2003; 19(3):123-30.
- 5) Carlsson G, Magnusson T. Bruxism and other oral parafunctions. En: Management of temporomandibular disorders in the general dental practice. Chicago: Quintessence, 1999. p. 33-42.
- 6) Muñoz G, Vázquez de Lara L, Espinosa I. Asociación entre hábitos parafuncionales de la cavidad bucal y los trastornos temporomandibulares en adolescentes. Odontol Pediatr (Lima) 2011; 10(2):90-94.
- 7) Luiz M, Luiz T, Provenzano M, Takahashi K, Fracasso M. Bruxismo em Odontopediatria. Rev Dens 2008; 16(2):14-20.
- 8) Kato T, Thie N, Montplaisir J, Lavigne G. Bruxism and Orofacial movements during sleep. Dent Clin North Am 2001; 45(4):657-84.
- 9) Moncada A, Gallardo I, Aguilar L, Conejan C, Dreyer E, Rojas G. Bruxómanos presentan un estilo de personalidad distintivo. 2009 Rev. Chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2009 Jun [citado 2016 Mayo 06]; 47(2):105-113. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200002&lng=es.
- 10) Mintz S. Craniomandibular dysfunction in children and adolescents: A review. Crano 1993; 11(3):224-31.
- 11) Diniz MB, da Silva RC, Zuanon AC. Bruxismo na infancia: uma sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. Rev Paul Pediatr 2009; 27(3):329-34.
- 12) Lobezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil 2001; 28(12):1085-91.
- 13) Vanderschueren AP, Manetas KJ. Relationship between malocclusion and bruxism in children and adolescents: a review. Pediatr Dent 1995; 17(1):7-12.
- 14) Shinkai RS, Santos LM, Silva FA, Santos MN. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. Rev Odontol Univ São Paulo 1998; 12(1):29-37.
- 15) Attanasio R. Nocturnal bruxism and its clinical management. Dent Clin North Am 1991; 35(1):245-52.
- 16) Weideman C, Bush D, Yan-Go F, Clark G, Gornbein J. The incidence of parasomnias in child bruxers versus non bruxers. Pediatr Dent 1996; 18(7):456-60.
- 17) Fragoso Y, Alves H, García S, Finkelsztejn A. Prevalence of parafunctional habits and temporomandibular dysfunction symptoms in patients attending a tertiary headache clinic. Arq Neuropsiquiat 2010; 68(3):377-380.
- 18) Frugone R, Rodriguez A, Zaror V. Bruxismo en niños. Rev Soc Chil Odontopediatría 2002; 13:17-20.

- 19) Cortese S, Biondi A. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporo-mandibulares en niños y adolescentes. Abr 2009. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2009 Abr [citado May 2016] 107(2):134-138. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0325-0075200900200006&lng=es>
- 20) Hugoson A, Ekefeldt A, Kopch G, Hallonsten A. Incisal and occlusal tooth wear in children and adolescents in a Swedish population. Acta Odontol Scand 1996; 54(4):263-70.