

TRABAJOS ORIGINALES

UNIVERSIDAD DE BARCELONA — ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA
1.^a CATEDRA DE PROTESIS ESTOMATOLOGICA

TERAPEUTICA DEL BRUXISMO

PARTE II: TERAPEUTICAS FISICAS Y PSICOLOGICAS. TRATAMIENTOS IRREVERSIBLES

por los Dres.

MARIBEL PASCUAL HERNANDEZ*

JUAN SALSENCH CABRE**

BARCELONA

*PSICOTERAPIA, AUTOSUGESTION, CAMBIO DE HABITOS,
BIOFEEDBACK*

La mayor parte de los auto; es están de acuerdo en que todos los pacientes con una combinación de interferencias oclusales y strees pueden iniciar o mantener el bruxisb o, según afirma GASTONE (19). Fue KAROLY (24) al inicio del siglo, el primero en establecer que un trauma oclusal leve puede ser objeto de una gran atención por parte del individuo neurótico e iniciar el cuadro.

El bruxismo está relacionado con un aumento del tono muscular de los músculos mandibulares, debido a la tensión emocional o al dolor. La hipertonicidad muscular determina fatiga y consecuentemente dolor, con descenso del umbral de irritación, dando origen a un desfavorable mecanismo de «feedback». Los reflejos se crean en el bruxismo a nivel de subconsciente y en la mayor parte de los pacientes no es reconocido, a menos que sea puesto en evidencia por otra persona.

Debido a la importancia que tiene el stress en el bruxismo, se han hecho estudios siguiendo tres vías:

(*) Profesora de la Cátedra.

(**) Profesor Titular Encargado

A/. Estudio de la personalidad del paciente afecto de bruxismo.

B/. Estudio de la respuesta al dolor.

C/. Estudio de la actividad muscular en situaciones de strees y sin strees

La psicoanalista RUTH MOULTON (20,21) afirma que la mayor parte de los pacientes que ha examinado, tienen problemas existenciales relativos a conflictos de dependencia o de dominancia.

KIDAL (19) en un estudio de 30 individuos afirma que en 22 de ellos ha podido evidenciar una directa relación, tras la exacerbación de los síntomas, en la dificultad de la relación interpersonal y social como reacción al conflicto y al ansia. MC COLL y Col. (19) y STANLEY LESSE afirman que los pacientes examinados son indecisos, ansiosos, nerviosos, preocupados; su comportamiento es rígido dominante obsesivo compulsivo, individualistas y perfeccionistas, los sujetos examinados todos eran mujeres y la mayor parte casadas con sujetos dependientes y pasivos.

Un aspecto no aclarado en el bruxismo se refiere al umbral de tolerancia de la interferencia oclusal. En dependencia con la variación en el estado de strees, una intensa interferencia oclusal puede convertirse en un factor desencadenante del bruxismo, sólo en ciertos momentos y sólo en ciertos individuos.

Para la eliminación del bruxismo se han propuesto varios tipos de intervenciones, que van de la psicoterapia a los ejercicios de relajamiento y a la fisioterapia. Pero el método más valioso parece ser la *hipnosis*. Por un lado permite reducir el ansia y reforzar la defensa del ego y por otro lado permite obtener un grado de relajación importante, sobre todo, representa un medio de reducir el dolor.

COHEN (19) e HILLIS sostienen que la hipnosis es particularmente conveniente en el tratamiento del dolor cuya percepción está relacionada con la experiencia pasada. Una adecuada inducción al trance hipnótico puede ayudar a los pacientes a evocar memorias y experiencias desagradables grabadas en el subconsciente y el hipnotizador trabajando sobre la memoria del paciente revive, puede cambiar la percepción del dolor y ayudar al paciente a percibirlo de otra manera. El ansia y el miedo pueden ser reducidos y el strees crónico y la tensión pueden ser mejoradas.

Otra técnica utilizada es la práctica masiva y se basa en la teoría del aprendizaje, la cual formula que todos los hábitos son aprendidos y que pueden ser «desaprendidos». Esta técnica consiste en que los pacientes

practiquen conscientemente una presión en los dientes hasta presentar fatiga o ligeras molestias. Habiendo practicado el paciente un hábito hasta llegar al punto en el que siente molestias, ello hace que persista en calidad de cómodo.

Otra técnica es el *condicionamiento aversivo*: crea estímulos desagradables en el momento en que el paciente rechina los dientes.

El *biofeedback* se usa en el bruxismo nocturno. Emplea un aparato portátil de registros electromiográficos que además tiene la capacidad de emitir una señal acústica en cuanto los niveles de tensión del masetero sobrepasan el umbral preestablecido. La señal acústica llega a despertar al paciente con el fin de que disminuya o desaparezca el bruxismo. RUGH (22) y JOHNSON (1981) valoraron el efecto del biofeedback sobre la duración y número de actos bruxistas. Vieron una disminución de la duración del acto bruxista, pero no una disminución del número de actos. Esto aclara que el biofeedback inhibe el bruxismo una vez se ha iniciado, pero no reduce la posibilidad de su aparición.

Por último *la autosugestión* invita al paciente a repetirse a sí mismo antes de irse a dormir: «Me despertaré si muerdo fuerte o aprieto los dientes».

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Algunos autores han abogado por él, pero cuando se suspende, el bruxismo recupera los niveles pretratamiento. Según cuenta SCHULTE (11), Chasin publicó el uso de Robaxina que es un relajante muscular. Sin embargo la farmacoterapia puede únicamente enmascarar durante un tiempo los síntomas.

Hasta la fecha ningún tratamiento ha demostrado ser eficaz para eliminar el bruxismo a largo plazo; por ello, cada paciente debe considerarse y valorarse de modo individual con objeto de determinar la terapia más apropiada.

REHABILITACION TOTAL O PARCIAL

La primera consideración importante antes de llegar a un plan de tratamiento, es ver si hay consideraciones definidas para una rehabilitación completa de la boca y, de ser así, si el paciente está capacitado para este tipo de tratamiento, desde el punto de vista emocional y además el económico por las características de nuestra área socioeconómica.

El objetivo de un plan de tratamiento es restaurar la boca a una condición funcional saludable. No solo hay que mejorar el estado y salud de las estructuras de soporte, sino también la relación dentaria. Todo esto se basa en una evaluación de las condiciones existente y en las posibilidades de tratamiento. Es de gran importancia establecer un plan coordinado en las distintas especialidades estomatológicas y la responsabilidad final del éxito o fracaso de la rehabilitación corresponde al prostodoncista.

El estudio de la oclusión representa un aspecto importante del examen. Para valorar la oclusión, el estomatólogo debe usar los objetivos primarios de función, forma, estética y fonética según su criterio. Un estudio de los modelos montados en articulador es imprescindible y previenen errores en la planificación del tratamiento.

En los modelos de estudio debe verificarse lo siguiente:

- 1/. discrepancia entre PIM y RC; localización, grado e influencia de prematuridades.
- 2/. movimientos excursivos y si las facetas de desgaste de las superficies oclusales son evidentes, asegurarse de que son producidas por fuerzas en movimientos mandibulares laterales y protusivos.
- 3/. relación del tamaño y posición de los arcos maxilares.
- 4/. relaciones intermaxilares.
- 5/. posiciones interdientarias.
- 6/. entrecruzamiento y resalte.
- 7/. contactos coronarios, contactos proximales, troneras y formas oclusales de los dientes.
- 8/. cúspides impelente o embólo.
- 9/. forma de las zonas desdentadas y tamaño del espacio. Evaluación del uso de prótesis fija o removible.
- 10/. relación de la mordida cruzada, unilateral o bilateral.
- 11/. grado de la curva de Spee y curva de Monson.
- 12/. dientes incluídos, rotados o extruídos.
- 13/. topografía de los rebordes marginales de los dientes.
- 14/. mala función témporo-mandibular; si tiene que ver con la mala relación de los dientes.
- 15/. plano de oclusión: será manifiesta la relación del plano oclusal con la trayectoria condílea. Se puede alterar el plano oclusal al planear la preparación de una rehabilitación.
- 16/. dimensión vertical; ¿debe ser aumentada o disminuída?
- 17/. patrones de atrición y erosión.

18/. posiciones axiales de los dientes.

19/. tipo de oclusión: entrecruzamiento vertical, pérdida de soporte posterior, prognatismo, etc.

20/. relaciones vestíbulo-linguales de los dientes posteriores: un estudio de esta relación determinará el tipo de restauración a ser empleada: recubrimiento total o parcial.

Cuando existen dudas de cómo realizar un tratamiento con éxito, que nos permita el reconocimiento de alguno de los problemas encontrados, es útil hacer las preparaciones en modelos montados en articulador y luego hacer un encerado diagnóstico. Este procedimiento también permitirá determinar:

1/. si debemos recurrir a la extracción para hacer un caso más ideal.

2/. si se debe instituir la ferulización.

2/. si un tratamiento ortodóncico puede colocar algunos dientes en una posición más favorable para que sirvan como pilares.

Serán extraídos los dientes dudosos que sean considerados clínicamente desdeñables.

Debe evitarse el uso indiscriminado de la ferulización. Este tipo de terapia nunca debe usarse como reemplazo de formas oclusales correctas. No obstante el valor de la ferulización, la estabilidad óptima depende de los contactos oclusales e incisales finales de los dientes.

Si está indicado, se debe considerar el establecimiento de una dimensión vertical adecuada, que capacitará para retornar a una relación máxilo-mandibular muscularmente equilibrada. No se debe invadir el espacio libre interoclusal.

Ciertos pacientes requieren un tratamiento transitorio basado en la evaluación de los hallazgos diagnósticos. Es imposible saber como responderán al tratamiento ciertos dientes. Conviene informar al paciente de todas las ventajas y desventajas inherentes y las limitaciones de este tipo de trabajo. Otras soluciones alternativas deben estar preparadas si los planes de tratamiento propuesto no se llevan a cabo. Los hábitos incontrolados del paciente, las posibilidades de problemas periodontales y periapicales futuros y otras eventualidades posibles deben de estar siempre en consideración.

Un hecho a tener en cuenta es que un porcentaje importante de pacientes candidatos a este tipo de tratamiento son personas de edad avanzada, en particular porque en la actualidad vive mas gente de edad que en cualquier otra época anterior. El 8 % de la población sobrepasa

la edad de 65 años. Por lo tanto, en las personas de edad nos encontramos con los cambios siguientes:

1/. **Metabolismo:** hay una disminución o identificación del metabolismo general.

2/. **Vitalidad de las células:** existe un retardo en la división celular, como también una disminución de la capacidad de crecimiento y reparación de los tejidos.

3/. **Equilibrio glandular:** hay una disminución de las secreciones glandulares.

4/. **Velocidad y potencia de las reacciones neuromusculares:** el tono de los músculos masticatorios y de la deglución está muy reducido.

5/. **Patrones nutricionales:** las estructuras dentarias y bucales dependen directamente de los efectos sistémicos de la circulación y de los mecanismos endocrinos, neurológicos y metabólicos del organismo. Existe una relación definida entre la función masticatoria desmejorada y una mala nutrición general.

RESUMEN

Visto todo esto, podemos afirmar que el inicio de la solución del problema radica en la entrevista con el paciente, escuchando atentamente su relato pues muchas veces nos ofrecerá información que podemos no haber considerado, a la vez que éste se encuentra más cómodo y disminuye su ansiedad. Durante la entrevista empezamos a educar al paciente en la etiología del bruxismo y le explicamos que es un hecho natural y que la mayoría de gente lo practica o lo ha practicado en algún momento. También le decimos que mucha gente lo relaciona con situaciones de strees reciente o pasado. Entonces le preguntamos si puede relacionar su problema con algún episodio de strees. Si éste es un factor significativo, el pronóstico del tratamiento oclusal, para eliminar completamente el problema, empeora. Si por otra parte el paciente puede relacionar el inicio del problema con una intervención dentaria, el pronóstico es mejor.

Al hacer la exploración intraoral, el análisis oclusal nos puede inducir a error, ya que el grado de maloclusión parece no relacionarse con el desencadenamiento del bruxismo. Algunos pacientes con problemas funcionales mínimos pueden padecer bruxismo severo.

Vamos a poner como ejemplo en caso: Si se ha llegado a la conclu-

sión de que el factor etiológico principal es una interferencia oclusal, se inicia el tratamiento con una férula oclusal o DIR que lleve al paciente a RC. Se le cita una semana después. Si presenta dolor muscular severo antes de la colocación de la férula, prescribiremos Robaxina 500 o 750 mgrs, antes de acostarse. Si al cabo de una semana de llevar la férula se ha eliminado el bruxismo se planifica un ajuste oclusal en el caso de que podamos conseguir una relación oclusal ideal. Si ello no es posible, se hará prótesis u ortodoncia.

Si el paciente relata una disminución pero no eliminación del bruxismo, exploraremos la férula para verificar que esté adecuadamente ajustada. Muchas veces se produce una variación de la posición mandibular que requiere otro ajuste de la férula. Ello se lleva a cabo en visitas sucesivas, hasta que la posición mandibular se ha estabilizado. Con frecuencia el bruxismo se eliminará mediante la estabilización mandibular. Si tras el tratamiento oclusal el paciente continúa padeciendo bruxismo, iniciaremos un asesoramiento psicológico con objeto de identificar los factores de stress e iniciar un tratamiento psicológico. En el caso de que se tenga que recurrir a ello, ya no le extrañará al paciente, puesto que habremos discutido este aspecto del problema antes de iniciar al tratamiento.

Dirección del primer firmante:
Cardedeu, 12
08530 La Garriga (Barcelona)

BIBLIOGRAFIA

1. RAMFJORD S.P. y ASH M.M.: Oclusión 2.º Ed. (Editorial Interamericana, 1972). Traducción de la 2.ª Edición Dra. Irina Coll. Saunders. Philadelphia, 1971.
2. REDING G.R., RUBRIGHT W.C. and ZIMMERMAN S.O.: Incidence of bruxism. J. Dent. Res 45: 1198, 1966.
3. BUNDGAARD - JORGENSEN F.: Afslapingsovelson led i behandlingen of habituelle dysfunktioner i mastikations apparetet. Odont. T., 58: 448, 1950.
4. NADLER, S.C.: Bruxism, a classification. JADA 54: 615, 1957.
5. ABE, K.: Persistence of some behavior characteristics from childhood to maturity. Am.J. psychoanalysis 36: 273, 1976.
6. ABE, K. and SHIMAKAWA M.: Genetic developmental aspects fo sleep talking and teeth grinding. Acta paedopsychiatrica 33: 339, 1966.
7. STOREY A.T.: Controversies related to temporomandibular joint funtion and dysfunction. In zarb, G and Carlsson G. editors: temporomandibular joint: Function and dysfunction. St. Louis, 1979. The C.V. Mosby Co.
8. DUBNER R., SESSLE B.J., and STOREY A.T.: The Neural Basis of Oral and Facial Function. New York, 1978, Plemun Press.
9. CARLSSON C.E.: Consequences of occlusal interferences. In ZARB G.A., BERGMAN B., CLAYTON J.A., and MCKAY M.F. editores: Prosthodontic treatment for Partially Edentolons Patients. St. Louis, 1978, The C.V. Mosby Co.

10. ROBINS J.E., REDING G.R., ZEPLIN H., SMITH U.H. and ZIMMERMAN S.O.: Nocturnal teeth grinding: a reassessment for dentistry. *JADA* 78: 1308, 1969.
11. SCHULTE J.K.: Bruxism: A review and clinical approach to treatment. *Northwest. Dent.* 61,5 pag. 13-18, 1982.
12. MEKLAS J.: Bruxism: Diagnosis and treatment. *J. Acad. Gen. Dent.* 19 (6): 31, 1971.
13. FORGIONE A.G.: A simple but effective method quantifying bruxing behavior. *J. Dent Res.* (abstract n.º 292) 53: 127, 1974.
14. TISHLER B.: Occlusal habit neuroses. *Dent. Cosmos* 60: 690, 1928.
15. RUGH J.D., BARGHI N. and DRAGO C.J.: Experimental occlusal discrepancies and nocturnal bruxism. *the Journal of Prosthetic Dentistry.* Vol. 51 n.º 4, April, 1984.
16. GALLAGHER S.J.: Diagnosis and treatment of bruxism: a review of the literature. *Gen Dent.* 28,2, page 62 - 65, 1980.
17. HAMADA T., KOTANI H., KAWAZOE Y. and YAMADA S.: Effect fo occlusa splint on the EMG activity of masseter and temporal muscles in bruxism with clinical symptoms. *Journal of Oral Rehabilitation.* Vol. 9 page 119 - 123, 1982.
18. MEJIAS J.E., MEHTA N.R.: Subjetive and objetive evaluation of bruxing patients undergoing shortterm splint therapy. *Journal Oral Rehabil.*, Vol. 9, part. 4, page 279-289, 1982.
19. GASTONE L.: Indicazioni all'impiego dell'ipnosi nella terapia del bruxismo in rapporto alla sua natura psicomatica. *Min. Med.*, 74, 1983.
20. MOULTON R.E.: Oral and dental manifestations of anxiety. *Psychiatry*, 18, 261, ang. 1955.
21. MOULTON R.E.: Emotional factors in non-organic temporomandibular joint pain. *Dent. clin. N. Amer.* novembre 1966.
22. RUGH J.D., and JOHNSON R.W.: temporal analisys of nocturnal bruxism during EMG biofeedback. *Jorunal of Periodontology*, 1981, 52, paga 263-265.
23. RAMFJORD S.P.: op. cit.
24. KAROLYI M.: Beobachtungen uberpyorrhoea alveolaris. *oester. Ungar. Urtlscyhr. Zahnh.*, 17: 279, 1901.
25. PILLIONE A., COATES T.J.: Nocturnal biofeedback for nocturnal bruxism. *Biofeedback - Self - Regul.* Vol. 7 n.º 4, 1982.
26. GHALILI K.: Fixed prosthodontics in the restoration fo a collapsed dentition. A case repport. *N.º 4. State Dent. Journal* Vol. 51, Part. 4, page 218-219, 1985.
27. ZARB G.A.: Oral motor patterns and their relation to oral prostheses. *The Journal of Prosthetic Dentistry.* Vol. 47, N.º 5, paga 472-477, may 1982.
28. SALSENCH J.: Bruxismo y su repercusión clinica sobre la oclusión. *Revista de Actualidad Estomatológica Española* N.º 343, pga. 37-43, Enero-Febrero 1985.
29. KORNFELD M.: Rehabilitación bucal. *Procedimientos clinicos y de laboratorio.* Ed. Mundi. 1972.