



# Rehabilitación oclusal en un caso de fuerte abrasión por bruxismo



DR. AURELIANO RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

## AUTORES

**Dr. Aureliano Rodríguez Martínez**

Médico odontólogo

**Dr. Fernando Rodríguez Martínez**

Odontólogo

**Emilio Gago Dupont**

Técnico en Prótesis Dental

(Laboratorio Dental Leonés)

León

## Resumen

Queremos presentar el caso de un paciente con gran pérdida de la superficie dental y la consiguiente disminución de la dimensión vertical, todo ello producido por el bruxismo o atricción que ocasiona el desgaste.

También queremos resaltar en este artículo la etiopatogenia de esta enfermedad y sus consecuencias, punto importante para establecer el tratamiento.

## Palabras clave

Rehabilitación oclusal, bruxismo, maloclusión, bruxomanía.

## Introducción

"Más de un tercio de la población adulta presenta bruxismo".

## Historia

Desde tiempos inmemoriales, en la Historia de la Humanidad se ha venido haciendo referencia al acto conocido como bruxismo o bruxomanía. Quizá la primera referencia sea del Antiguo Testamento, cuando se ha-

bla del "crujir y rechinar de dientes" con relación a los castigos eternos.

Karolyi (1902), uno de los primeros en la investigación en este campo, menciona que prácticamente todos los seres humanos en algún periodo de su vida ejercían fuerzas anormales en su sistema masticatorio. Pero fue en 1907 cuando aparece por primera vez el término bruxomanía en una publicación francesa, por Marie y Ptiekiewicz.

Frohmann (1931) acuña el término de bruxismo. Posteriormente Miller (1936) sugiere el uso separado de estas dos denominaciones, dejando bruxomanía para aquellos episodios de apretamiento de dientes durante los periodos conscientes del individuo, mientras que bruxismo se debería usar cuando tal patología se sucedía durante el sueño.

Otra terminología: "Hábitos oclusales neuróticos", Thishler (1928); "Neuralgia traumática", Karolyi (1901), y "Briquismo o bricomanía", Martínez Ross (1982).

Hoy en día los términos más usados son los de "parafunción", Drum (1962-1969); "Bruxismo", Miller (1936). Ramfjord y Ash (1971) sugieren la división entre bruxismo céntri-

co (apretamiento) y excéntrico (rechinar).

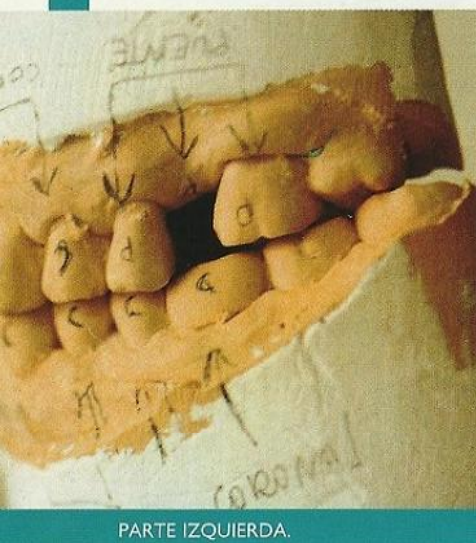
## Definición

Acto compulsivo de apretar y/o rechinar dientes, ya sea en forma consciente o inconsciente, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen psicosomáticos, que llegan a desencadenar toda la gama de patología observable en las bocas de los pacientes.

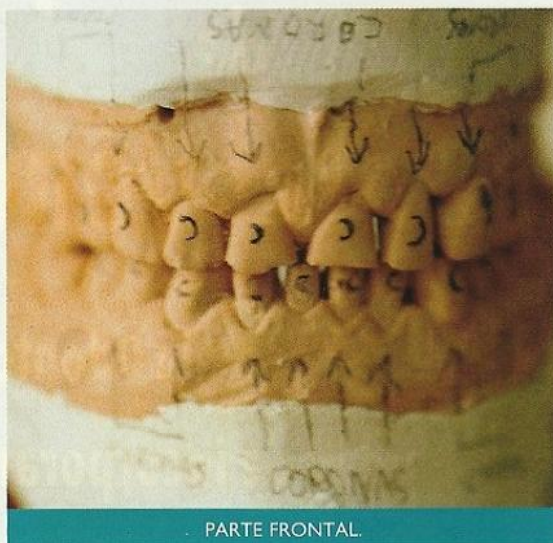
## Etiología

Varios factores se han considerado responsables del bruxismo. Podemos dividirlos en tres tipos: 1) factores psíquicos, 2) factores externos y 3) factores internos.

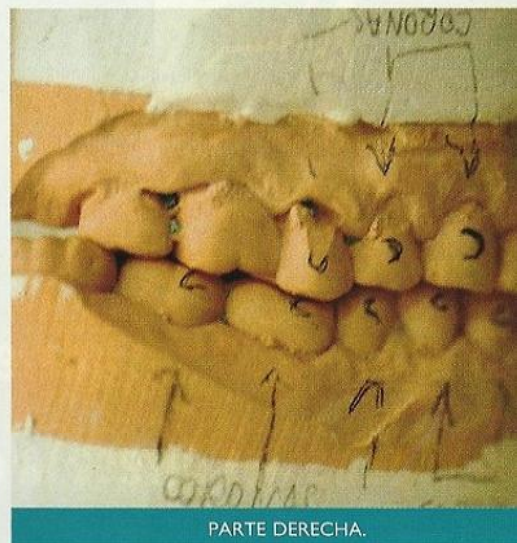
1. Thisler: hábito oral neurótico (1928). Existen muchos estudios en niños que relacionan el hábito con problemas emocionales (la boca juega un papel muy importante en la descarga de tendencias agresivas). Solver y cols. (1969) y Thaller (1967) relacionan la ansie-



PARTE IZQUIERDA.



PARTE FRONTAL.



PARTE DERECHA.

MONTAJE EN ARTICULADOR DE LOS MODELOS DE ESTUDIO.  
TANTO EN LA PARTE FRONTAL COMO EN LAS LATERALES SE APRECIA EL FUERTE DESGASTE.

dad y frustración con el bruxismo (los bruxómanos presentan mayores índices de ansiedad).

2. Maloclusiones. Contactos prematuros en movimientos de cierre. Interferencias oclusales en movimientos excéntricos. Restauraciones defectuosas. Contactos en balanza (de no trabajo).
3. Miller (1943) y Hufschmid-Kerin (1952), Nadler (1957) y Kraft (1959-1960) dan como parte importante en la etiología del bruxismo las deficiencias nutricionales: índices deficitarios de calcio, hipovitaminosis, disturbios gastrointestinales, parásitos y algunas alteraciones de la presión sanguínea. Sin embargo, hoy se conocen como causas primarias desencadenantes del problema la presencia de factores oclusales negativos más la tensión nerviosa o sobrecarga emocional.

### Consecuencias

- Desgaste anormal de dientes.
- Daño en las estructuras que rodean a los dientes.
- Hipertrofia y contracciones de los músculos masticatorios.
- Dolor facial.

### Tratamientos

- Ajuste oclusal (Graf, 1969; Scharer, 1974).
- Placas neuromiorrelajantes (Peter Neff, 1981; Luccia, 1961; Thorp, 1975; Mikami, 1977).
- Uso de magnesio en periodos de estrés (Lehvila, 1974).
- Tranquilizantes y relajantes musculares (Mikami y Scharer).
- Hipnosis (Goldberg, 1973).
- Terapia psicoanalítica (Okinuora, 1969); autosugestión (Graf); terapias comportamentales.
- Técnicas de ortodoncia.
- Tratamiento restaurador con coronas y puentes en casos muy extremos.

### Material y método

Nos hemos extendido tanto en la etiopatogenia de la enfermedad porque consideramos que es básico entender el tratamiento.

### Historia clínica

El caso que nos ocupa es el de un varón de 54 años de edad, con fuerte componente de estrés, que se manifiesta

en sus comportamientos externos. En su boca presenta un fuerte desgaste de bordes incisales y caras oclusales, con importante pérdida de la dimensión vertical. Su sintomatología: dolor hemifacial, contracción muscular y disminución del tercio inferior de la cara.

### Tratamiento

Se estableció de la siguiente manera:

- Restauración de la dimensión vertical (al restaurar su altura se suele romper el círculo vicioso que supone su disminución; círculo que se retroalimenta de sí mismo: el organismo al intentar superar la anomalía desgasta más). Esta restauración se efectúa con coronas y puentes (se emplearán porcelanas de bajo índice de abrasión).
- Placa neuromiorrelajante para proteger del desgaste excesivo, producido en los episodios de bruxismo que se exacerbaban en épocas de tensión emocional y además ayuda al éxito de la restauración.

### Resultados

Mejoramos la hipertrofia, la contracción muscular y eliminamos el dolor

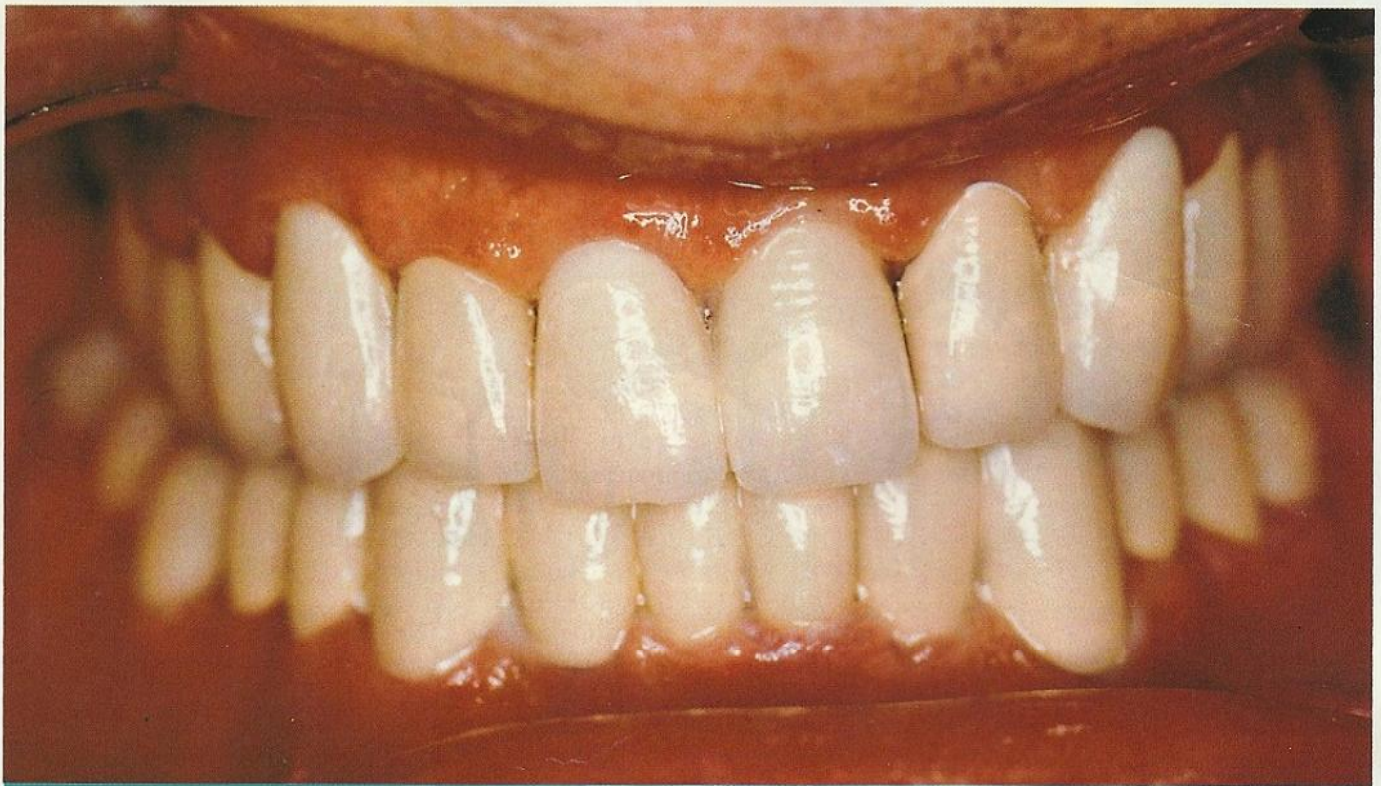


facial. Corregimos la estética externa e interna facial (disminución de las arrugas, mejor relación en el tercio inferior de la cara). El aumento de tamaño de sus dientes da un aspecto diferente al que tenía con las superficies desgastadas.

El paciente ha venido a revisión a los tres meses, a los seis meses y al año. En esta última no tenía ningún tipo de sintomatología dolorosa y no se apreciaba ningún tipo de desgaste en la porcelana.



RESTAURACIÓN COMPLETA CON PROVISIONALES.



RESTAURACIÓN DEFINITIVA EN METAL PORCELANA.

### Bibliografía

- Clark TD Jr. A Neurophysiologic study of bruxism in the rhesus monkeys. Am Dent Ass; Las Vegas, 1970.
- Kawamura Y. Recent concepts of the physiology of mastication in staple advancement oral biology. Vol. I. Academic Press; Nueva York, 1964.
- Maric MM et al. La Bruxomanie. Rev Stomat. Vol. 14, 1907.
- Miller SC. Oral diagnosis and treatment planning. Blackinton, Philadelphia, 1963.
- Martínez Ross E. Comunicación personal. Cartagena, Colombia, 1982.
- Nadler SC. Bruxism. A classification critical review. J Am Dent Ass. Vol. 54, 1954.
- Ramfjord SP, Ash MM. Oclusión. 2ª Ed. Saunders Phil, 1971.
- Thishler B. Occlusal habit neurosis. Dent Cosmos. Vol. 70, 1920.
- Scharer P. Occlusal interferences and mastication. An electromyographic study. Thesis Rochester, 1965.
- McNamara. Adaptaciones funcionales en la articulación temporomandibular. Clin Odont Norteamérica; 19, 465-479, 1975.
- Manns A. Díaz G. Sistema estomatognático, 1988.