

# Valoración y manejo interdisciplinario del bruxismo.

## *Inter-disciplinary assessment and management of bruxism.*

Antonio Enríquez Esqueda,\* Jonathan Balderas Tamez,\* Daniel García Bazán,\* José L Castellanos\*\*

### RESUMEN

El bruxismo ha sido estudiado por más de 50 años, tiempo durante el cual ha existido controversia respecto a su manejo y tratamiento. Hoy en día y con la ayuda de nuevas herramientas de estudio, se ha llegado a conclusiones con mejores argumentos. El bruxismo es una disfunción que frecuentemente se encuentra en la población, convirtiéndose así en un problema que debe resolverse adecuadamente en su control y pronóstico. En el presente trabajo se proponen algunas alternativas para el manejo de pacientes con bruxismo, después de una revisión bibliográfica en buscadores como PubMed y Medline, donde se encontraron diferentes puntos de vista sobre el manejo de esta parafunción. De acuerdo con los estudios reportados, se ha llegado a la integración de algunas conclusiones congruentes con las evidencias encontradas, proponiéndose que el manejo del bruxismo sea interdisciplinario, teniendo en cuenta como bases decisorias que su origen puede ser multifactorial, pudiendo tener perfiles neuronales, psicológicos, psiquiátricos o farmacológicos, de manera independiente o en combinación, y que por cambios neuronales el órgano susceptible es el músculo. Queda entendido, de igual manera, que secundariamente de manera agregada, la condición oclusal puede agravar la disfunción neuromuscular pero no provocarla, y que los dientes son los órganos dañados pero no la causa de bruxismo.

**Palabras clave:** Manejo interdisciplinario de bruxismo, tratamiento de bruxismo.

### ABSTRACT

*Bruxism has been the subject of research for over 50 years, during which time there has been much debate as to its treatment and management. Today, new research techniques have enabled us to reach more well-grounded conclusions. Bruxism is a common dysfunction among the general population and therefore one that needs to be addressed to ensure its proper control and prognosis. Based on a thorough review of the available literature describing various approaches to the management of this particular parafunctional oromotor activity in databases such as PubMed and Medline. In this article, we propose a number of options for dealing with patients with bruxism. The evidence found in these articles has allowed us to reach rational conclusions regarding management strategies. We propose that bruxism be managed using an interdisciplinary approach that, when deciding upon treatment, takes into account the fact that the etiopathogenesis of the condition may be multifactorial; this may include neural, psychological, psychiatric, and pharmacological elements or any combination thereof. While the organ most at risk as a result of neuronal changes is the muscle, a secondary component, the occlusal condition, is no less important and can further aggravate this neuromuscular dysfunction, without actually causing it. Indeed, damaged teeth are the effect rather than the cause of bruxism.*

**Key words:** Interdisciplinary management of bruxism, treatment of bruxism.

### INTRODUCCIÓN

El bruxismo es una actividad mandíbulo-muscular repetitiva caracterizada por apretar o rechinar los dientes. El bruxismo tiene dos distintas manifestaciones, pudiendo ocurrir durante el sueño (bruxismo del sueño) o durante la vigilia (bruxismo despierto).<sup>1</sup> El bruxismo del

sueño se define como una parafunción oral caracterizada por el apretamiento o rechinamiento (aislados o en conjunción) dental durante el sueño, asociado con una intensa excitación neuronal durante el sueño o microdespertares.<sup>2</sup> El bruxismo de vigilia se define como una parafunción que se cree que está asociada con el estrés cotidiano, causada por responsabilidades personales, familiares o por presiones laborales.<sup>3</sup>

En la actualidad, existe controversia acerca de cuál debe ser la terapia para resolver estas parafunciones de etiología distinta. La ausencia de esquemas diagnósticos y terapéuticos definitivos para controlar de forma permanente la etiología, los factores de riesgo y la morbilidad (daños acumulados), tanto del bruxismo de vigilia como

\* Residente de 3er año.

\*\* Docente. Jefe del Departamento de Periodoncia.

Postgrado de Prostodoncia e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad De La Salle Bajío. León, Guanajuato, México.

Recibido: Octubre 2014. Aceptado para publicación: Diciembre 2014.

aquel del sueño, ha interferido el desarrollo odontológico que sólo ha avanzado hasta la implementación de estrategias compensatorias para reducir o subsanar los efectos perjudiciales. Tradicionalmente no se hace distinción entre los distintos tipos de bruxismo y sus factores asociados; básicamente se utilizan métodos locales dento-oclusales para evitar esta parafunción, incluyendo la utilización de prótesis, guardas interdentales, férulas oclusales, guardas nocturnos, «jigs» tipo Lucia, ajustes oclusales y otros. En evaluaciones recientes se ha llegado a la conclusión de que los aparatos interoclusales son complementos útiles en el tratamiento del bruxismo, pero no ofrecen un tratamiento definitivo curativo o duradero. Del mismo modo, su eficacia duradera en la reducción de la actividad muscular nocturna y dolor craneofacial no está clara.<sup>4,5</sup> No de manera generalizada, también se han observado intentos terapéuticos basados en la modificación del comportamiento tales como llevar a la parafunción a un nivel consciente, terapia de inversión y técnicas de relajación, quedando aún por determinar, a falta de estudios, sus niveles de impacto y eficiencia.<sup>6,7</sup>

Teniendo todo lo anterior en perspectiva, el propósito de este trabajo es exponer una metodología de manejo interdisciplinario que reúna diferentes y complementarias facetas terapéuticas acorde a las diversas manifestaciones y razones etiológicas y fisiopatogénicas del bruxismo. Tratamientos y manejos interdisciplinarios que permitan su control y disminución de su sintomatología, que no se restrinjan a la reconstrucción de daños ocurridos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos que utilizan los términos «bruxismo» y «tratamiento protésico» en los buscadores profesionales PubMed y Medline. La revisión se centró en identificar los trabajos que abordaran definición, etiología y plan de tratamiento para los trastornos relacionados con el bruxismo de vigilia y el bruxismo del sueño. Los estudios se evaluaron de forma independiente por los autores, sobre la base de una lectura estructurada observando el enfoque general de manejo y la manifestación tácita de diagnóstico y etiología específicos.

### Estrategias de evaluación y manejo

De acuerdo con la anamnesis, el análisis clínico y exámenes complementarios, resulta conveniente clasificar al bruxismo en dos manifestaciones principales: de vigilia y del sueño.

### Perfiles neuronales, psicológicos y psiquiátricos

El tratamiento del bruxismo del sueño consiste en estrategias psicológicas, somáticas y farmacológicas, que también se sabe que son los tres pilares en la terapia de trastornos del sueño en general. La hipnoterapia ha mostrado efecto benéfico al reducir la frecuencia del rechinamiento dental y la actividad en la electromiografía (EMG).<sup>8</sup>

Los factores psicológicos y el estrés son relevantes en la etiología del bruxismo de vigilia, por lo cual es importante determinar un tratamiento que les contrarreste o elimine. La mayoría de los investigadores consideran este tipo de bruxismo como un patrón consistente de ansiedad, estrés, dolor y tensión muscular. La propuesta funcional que pone de relieve la importancia de los factores psicológicos en la etiología del bruxismo, ha utilizado diversas técnicas alternativas de evaluación, algunas de las cuales derivan del modelo conductual, que consiste en determinar el estado de estrés y ansiedad a nivel psicológico del paciente por medio del cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ28, el cual puede ser un instrumento conveniente,<sup>9</sup> pudiendo definirse la necesidad de interconsulta psicológica o psiquiátrica, para lograr modificación de conductas nocivas y el uso de medicamentos que coadyuven en el manejo odontológico.<sup>10</sup>

Las técnicas terapéuticas que se dan en la psicología conductual y que son mayormente empleadas en el tratamiento del bruxismo del sueño han sido:

- A) Técnica de relajación.** La técnica más efectiva es la relajación neuromuscular progresiva, desarrollada por Jacobson –1938–;<sup>11</sup> consiste en conseguir que los músculos más importantes del cuerpo estén relajados; no sólo implica la ausencia de tensión muscular sino la relajación general; el objetivo es lograr que el paciente aprenda a dejar los músculos completamente libres de tensión.
- B) Biofeedback,** acompañado de relajación facial. El principal objetivo es que el sujeto aprenda a discriminar entre niveles altos y bajos de tensión del masetero a través de la información que se le proporcione;<sup>12</sup> una de las características más sobresalientes del bruxismo es el incremento en la actividad electromiografía de determinados grupos de músculos.<sup>13</sup>
- C) Feedback-EMG** con alarma nocturna (la terapia de biorretroalimentación) es la habilidad de utilizar la conciencia propia para controlar el cuerpo y sus funciones, utilizando el EMG para medir la relajación muscular.<sup>10,14</sup>

Ha sido posible encontrar diferencia entre bruxistas frecuentes y bruxistas relacionados con su nivel de ansiedad.<sup>15</sup> Apoyando el concepto de que el apretamiento dental en vigilia puede estar asociado a factores psicosociales y diversos síntomas psicopatológicos, haciendo congruente la utilización del manejo conductual y técnicas de relajación como soporte en su manejo.

La biorretroalimentación, que consiste en hacer consciente al paciente acerca de su bruxismo, ya sea en vigilia o durante el sueño es un procedimiento realizable en la práctica odontológica; con su utilización ha sido posible mostrar una disminución en la actividad muscular (EMG), particularmente en el bruxismo en vigilia. Biorretroalimentación aislada o junto con terapia de guarda oclusal disminuyen el bruxismo;<sup>12-14</sup> su beneficio es observable ya que cuando la biorretroalimentación y el tratamiento con guarda oclusal se dejan de utilizar, los niveles iniciales del bruxismo regresan.

En lo referente a lo psiquiátrico, Miyachi et al.<sup>16</sup> encontraron problemas oclusales y en ATM en todos los pacientes examinados con desórdenes mentales, siendo difícil discriminar cuáles eran provocados por bruxismo de manera exclusiva, ya que podrían existir otras razones como enfermedades psiquiátricas que generaran incoordinación muscular, o ser el apretamiento o rechinamiento secundarios a la ingesta de drogas antipsicóticas. Es evidente el vacío que existe entre la psiquiatría y la odontología. Peñaranda<sup>15</sup> señala que es necesario adquirir conocimientos de psiquiatría y psicología dental por los odontólogos en general y para bruxismo en particular.

### Manejo con medicamentos

En el manejo de pacientes con bruxismo nocturno es controversial el uso de sustancias dopaminérgicas; Lobbezoo et al<sup>17</sup> estudiaron la posible existencia de anomalías funcionales del sistema dopaminérgico central en los seres humanos con bruxismo del sueño, sugiriendo que un desequilibrio anormal en los receptores D2 estriatal puede estar asociada con el bruxismo del sueño, lo que refuerza la posibilidad de que el sistema dopaminérgico central desempeñe un papel en la fisiopatología del mismo. En el uso de agonistas de la dopamina,<sup>18</sup> se ha encontrado una disminución significativa en el número promedio de episodios de bruxismo, así como una reducción significativa en el nivel de la actividad EMG en pacientes que recibieron dosis bajas a corto plazo de levodopa con benserazida (combinación utilizada como antiparkinsoniano) en comparación con un placebo. Sin

encontrarse beneficios significativos, los antidepresivos tricíclicos han sido propuestos como tratamiento para el bruxismo extrapolando que los antidepresivos suprimen fisiológicamente el estado de sueño REM del sueño.<sup>19</sup> La amitriptilina usada en depresión, esquizofrenia o psicosis depresiva, parece reducir significativamente el nivel de percepción de estrés lo cual se considera un factor coadyuvante en la actividad del bruxismo de vigilia.<sup>20</sup> Gerber y Lynd<sup>21</sup> concluyeron que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina están asociados con el desarrollo de trastornos del movimiento (acatisia, distonía, discinesia, discinesia tardía, parkinsonismo), ya sea como un resultado directo del fármaco o como una exacerbación de una enfermedad subyacente, siendo que para bruxismo no se cuenta con suficientes estudio clínicos.

Como el estrés se ha implicado en la exacerbación de bruxismo de vigilia en los seres humanos y los animales, fármacos hipnóticos, sedantes ansiolíticos se sugieren a menudo como un tratamiento eficaz en el bruxismo de vigilia. Cocchi<sup>22</sup> sugiere que las benzodiazepinas, carbamazepina, y la piridoxina (vitamina B<sub>6</sub>) se puede utilizar con éxito para el bruxismo de vigilia en los adultos, debido a su acción sedante. Sin embargo, los datos relativos a este tema son insuficientes y confusos. El clonazepam se ha mostrado eficaz en el tratamiento de los trastornos temporomandibulares, pero su acción sobre la actividad bruxista no está reportada.<sup>23</sup> Montgomery<sup>24</sup> encontró que el uso a corto plazo de diazepam reduce el bruxismo, tanto de vigilia como del sueño, ya que se informó que en pacientes con síntomas clínicos de hiperactividad del músculo masetero se redujo su actividad nocturna significativamente después de la ingestión de diazepam antes de acostarse.

Otra terapéutica muy utilizada es la aplicación de botox (toxina botulínica tipo A) en los músculos masticadores, que ha probado ser una excelente herramienta para ayudar a combatir las secuelas y alteraciones de ambos tipos de bruxismo; esta droga es un potente e inocuo relajante muscular local que actúa por un largo plazo de tiempo (3 a 6 meses), relajando sólo los músculos masticadores afectados, sin producir los indeseables efectos secundarios de los relajantes musculares sistémicos (somanolencia, relajación de musculatura no afectada, disminución de reflejos y otros).<sup>25</sup> El botox es utilizado en forma estratégica en la terapia, reduciendo radicalmente y en corto tiempo los puntos dolorosos en los músculos, permitiendo así un mejor desempeño de la terapia convencional (estabilización de la mordida a través de un plano de relajación, fisioterapia y quinesiología).

### Ponderación clínica

El avance de la afectación anatómica y funcional será indicativo de la severidad y pronóstico en el manejo, iniciando por aspectos morfológicos como las relaciones intermaxilares (clase I, II y III), presencia o carencia de guías anteriores, además de las interferencias oclusales presentes. El grado de desgaste dental, también orientador respecto a pronóstico y manejo, ayuda en la selección de materiales odontológicos y a definir las actividades de reprogramación muscular y cirugía preprotésica.

El autorreporte de apretamiento debe ser emplazado en su adecuada dimensión; si éste fuera asociado con bruxismo diurno, debe hacerse un idea del paciente, para definir estrategias de manejo que pudieran incluir la remisión a especialistas de otras áreas neurológicas o psicológicas; cuestionarios para determinar el índice de estrés/ansiedad como el de Goldberg pueden ser aplicados en el consultorio odontológico. La manifestación de

apretamiento o rechinamiento durante la noche, específicamente al dormir, ya sea porque esto es declarado por el paciente, por terceros o por la evidencia clínica acumulada, es un elemento informativo categórico al cual el clínico tradicionalmente le ha prestado poca atención por desconocimiento de los procesos patológicos asociados con el sueño. Lo que esencialmente está sucediendo es la declaración de un disfuncionamiento muscular de origen neurológico, debiendo el odontólogo actuar consecuentemente para lograr la determinación del origen exacto e identificar los factores que le agravan, antes de proveer terapias de reprogramación muscular y dar apoyo restaurador y rehabilitador a la florida comorbilidad que suele acompañar al bruxismo diurno o nocturno. La interconsulta con especialistas en alteraciones del sueño (neurologos) debería formar parte del protocolo inicial de manejo de quienes se declara o se sospecha de hiperactividad funcional durante el sueño.

El historial farmacológico y adictivo (alcohol, cigarrillos o drogas recreativas) es algo que debe integrarse a la toma de decisiones en el manejo de los pacientes que manifiesten bruxismo, ya que pueden ser inductores directos o referentes indirectos de los aspectos de conducta asociados con los diferentes tipos de bruxismo (Figura 1).

### Tratamiento protésico

El bruxismo, en cualquiera de sus dos subdivisiones: el desgaste y las alteraciones morfológicas producidas como disminución de la dimensión vertical, pueden producir más desgaste y trauma muscular, lo cual se debe intentar revertir o disminuir. Esto conlleva terapias de relajación muscular y adecuado posicionamiento condilar para lograr una amplia estabilidad oclusal al colocarse restauraciones definitivas. En estos casos sobreviene un periodo de adaptación con el uso de prótesis provisionales, para así llevar al paciente a su nuevo esquema oclusal, con ajustes graduales que pueden requerir un plazo de al menos tres meses, de acuerdo con el fenómeno de adaptación denominado neuroplasticidad, definida como cambios neuronales y sinápticos de adaptación a los cambios en el comportamiento, medio ambiente, procesos neurológicos, pensamiento y emociones. Las restauraciones y prótesis, así como los ajustes logrados por medio de articuladores, entran en la categoría de cambios ambientales. Es gracias a esta versatilidad neuronal que los pacientes toleran y aceptan, adaptándose a los cambios bucales, oclusales y dentales que el odontólogo propone.<sup>26</sup>

La opción de restauración con materiales totalmente cerámicos, como disilicato de litio, que ofrece una resis-

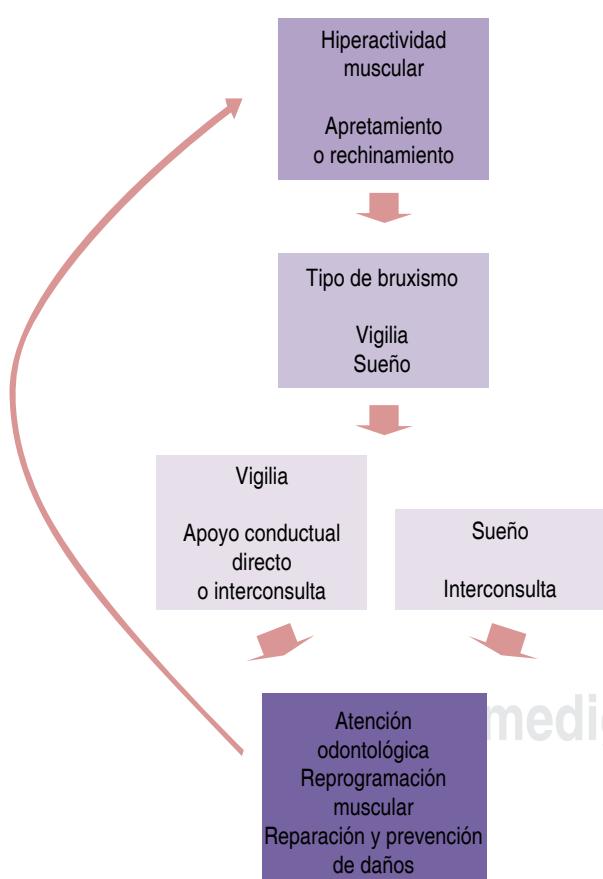


Figura 1. Valoración y manejo del bruxismo.

tencia adecuada con grosores de sólo 1 mm en la zona posterior<sup>27</sup> y los avances en los procesos adhesivos, hacen más favorable el panorama y el pronóstico en los procesos de rehabilitaciones extensas, ya que hacen posible realizar preparaciones dentales de desgaste reducido en dientes que presentan una altura de corona clínica disminuida. Sin embargo, habrá ocasiones en que se deberá recurrir a alargamientos clínicos de manera quirúrgica para obtener suficiente altura y volumen, para asegurar la retención y el grosor requerido por el material de restauración.

### Reprogramación y estabilización neuromuscular

Además de provocar una relajación y reprogramación muscular, el uso de guardas oclusales ha sido un tratamiento comúnmente utilizado para prevenir el desgaste de los dientes y el daño a las restauraciones causado por, bruxismo y sobrecargas oclusales de otros orígenes.<sup>28</sup> Al aplicarse como parte global del manejo del bruxismo deben proporcionarse guías de desoclusión y planos oclusales equilibrados, ya que de otra manera puede ser contraproducente, pudiéndose inducir incremento de interferencias, desarmonía en contactos oclusales, fatiga muscular y daños articulares. Martínez et al<sup>29</sup> han demostrado, apoyándose en la evaluación con polisomnografía, que el uso de un jig desprogramador, reduce significativamente la actividad del bruxismo del sueño, con mayor disminución de la parafunción en la fase II del mismo.

Actualmente, es recomendado un diseño de guarda oclusal con un plano posterior y aumento en la zona anterior para inducir desoclusiones protusivas y laterales, intentando reproducir los parámetros de una oclusión orgánica; debe ser del conocimiento del odontólogo que el bruxismo no es sólo un contacto dental, sino una hiperactividad disfuncional muscular que no podrá ser remediada o sólo inhibida o paliada por el uso de guardas, o la realización de rehabilitaciones oclusales por sí mismas, ya que la actividad rítmica masticatoria incrementada que define al padecimiento seguirá siendo activa hasta que se controle la razón etiológica de esta hiperactividad. Por tal motivo, la indicación y uso de guardas interoclusales serán sólo valiosos métodos de diagnóstico y paliativos, coadyuvantes indispensables, pero no suficientes en el control o tratamiento definitivos del bruxismo.

Cuando los conceptos bruxismo y aditamentos interoclusales son confrontados, surgen las siguientes observaciones sobre impacto clínico y pronóstico:

- El guarda interoclusal es un elemento paliativo y protector, mas no curativo.

- Sus efectos son temporales con una excelente respuesta inicial pero al tiempo la fuerza y dirección del movimiento se restablece; esto es detectado por desgaste en el dispositivo.
- La neuroplasticidad, se refiere a los cambios neuronales y las sinapsis que son inducidos por los cambios en el comportamiento, ambiente y procesos neuronales (sinápticos y no-sinápticos), así como a los cambios resultantes en modificaciones corporales, como los cambios en 3D (sagitales, axiales y coronales) que sufre la dentición y las articulaciones, en las rehabilitaciones oclusales.
- La neuroplasticidad se opone al concepto de que el cerebro es un órgano fisiológico estático, permitiendo la adaptación y reprogramación, tan buscada en la terapia de guardas interoclusales y en la rehabilitación protésica y prostodoncia.

### Reprogramación muscular

- Es común colocar un aditamento interoclusal protector después de rehabilitar al paciente en una posición idealizada, para dar protección a la dentición o restauraciones colocadas al aislarlas del contacto oclusal. Se debe reflexionar en que con el uso de un nuevo guarda se promueve una adaptación estereoespacial neuroplástica diferente a la pre establecida por la rehabilitación protésica. Lo anterior se convierte en un factor de confusión neuroplástica, pudiendo actuar de manera contraproducente en el control del bruxismo y en la proyectada protección.

### Esquema de manejo interdisciplinario

Subordinándose a los aspectos conocidos hasta ahora del bruxismo en sus variedades diurna, durante el sueño o mixtas, la secuencia de manejo implica que se eliminan o reducen los aspectos psicosociales presentes, o cuando el clínico se encuentra ante una alteración del sueño procurar que ésta sea controlada o atenuada, antes de planificar una estrategia de atención odontológica y establecimiento de un pronóstico a corto y largo plazo. El contacto permanente y la retroalimentación (feedback) clínica y de soporte emocional o neurológico, serán parte del esquema de manejo de un paciente que manifiesta bruxismo (*Figura 2*).

### DISCUSIÓN

Es contrastante la frecuencia y repercusiones clínicas emocionales, neuronales y dentales del bruxismo con la falta de

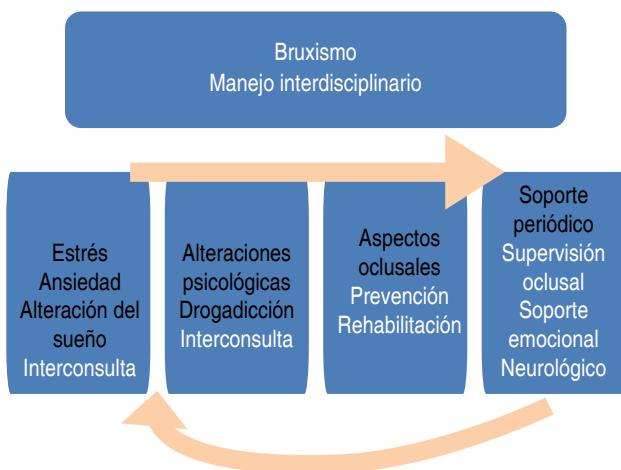


Figura 2. Manejo interdisciplinario del bruxismo.

definiciones encontradas, respecto a su valoración, etiología, diagnóstico específico y esquemas de manejo interdisciplinario, incluido lo odontológico. En el escrutinio realizado que incluyó revisiones bibliográficas, estudios comparativos y reporte de casos, por diversos factores asociados con preconceptos, toma de posturas sin apoyo evidencial, diversidad en la metodología de los estudios y uso de la tecnología, no se llega a un gran número de conclusiones definitivas. Sin embargo, un factor común en las publicaciones más recientes es el reconocimiento de un origen multifactorial en los dos tipos de manifestaciones de bruxismo.

La diversidad en las posibilidades psicológicas y neurológicas de generación de una hiperactividad muscular (frecuencia, duración, intensidad y dirección) reclaman para el tratamiento y manejo de las dos variantes de bruxismo un abordaje tanto inter como multidisciplinario. En lo interdisciplinario, se tendrán que ampliar los conocimientos de psicología y psiquiatría con vínculo dental por la parte médica, odontológica, psicológica y otras ciencias sociales. En lo multidisciplinario está el odontólogo rehabilitador como director de un equipo donde intervienen el periodoncista, el endodoncista, el cirujano maxilofacial y el técnico en odontología.

Sin duda, los daños ocurridos en dientes, periodonto, tejido pulpar, músculos y articulación deben ser atendidos y las condiciones para su erradicación o disminución de recurrencias e intensidad, planificadas. Sin embargo, sin que sean resueltos los factores causales el impacto y durabilidad de los procedimientos intentados serán inestables e impredecibles.

De acuerdo con el tipo de bruxismo y su intensidad, el manejo emotivo puede iniciarse en el consultorio con

consejería, métodos de biorretroalimentación y fármacos tranquilizantes, pasando a la interconsulta y remisión en casos de mediano a severos. Para el bruxismo del sueño, donde ya se observa atrición o abfracciones que pueden estar unidas a sintomatología dolorosa miofascial y daño a otras estructuras intraorales, la participación de expertos en problemas del sueño, neurólogos o psiquiatras es no sólo altamente recomendable, sino indispensable, para que apoyen y hagan perdurar los esfuerzos en la rehabilitación de daños que el odontólogo ulteriormente deberá realizar y controlar.

No todo el escenario de apoyo psicológico para bruxismo diurno o consciente y apoyo neurológico para el bruxismo del sueño está resuelto. En pleno desarrollo están las indagaciones sobre los métodos de evaluación para su diagnóstico y determinación de las respuestas a la terapia, lo que hace que los especialistas de las diferentes áreas médicas, dentales y sociales muestren lagunas informativas sobre la interrelación de bruxismo y su determinación neuronal (orgánica o funcional). Por lo tanto no hay suficiente experiencia acumulada por los actores profesionales para ayudar en la prevención y control de la disfunción neuromuscular, bruxismo.

Los diversos métodos de manejo de la conducta y control de estrés no han sido suficientemente probados en el manejo del bruxismo; en la medida que el trabajo interdisciplinario incremente, así sucederá con la evidencia para realización de diagnóstico y manejo adecuados. Aunque los estudios sobre alteraciones del sueño cuentan con una tecnología probada, no así es la propuesta terapéutica derivada de ellos para bruxismo; muchas de las soluciones propuestas hasta ahora son réplicas de lo intentado para diversas alteraciones del sueño, particularmente la apnea del sueño, por lo que muchas respuestas específicas están por venir.

Lo mismo sucede con el uso de fármacos donde ensayos clínicos se están realizando emulando el manejo de otras disfunciones neurológicas como ansiedad, depresión, esquizofrenia y mal de Parkinson, entre otras. Intentos donde la respuesta ha sido pobre, sin superar los efectos secundarios que producen. Esta situación es otro campo dispuesto a la exploración y contestación al posible control de bruxismo.

La importante participación odontológica en el manejo global del bruxismo, como lo es la disminución de la hiperfunción muscular con el uso de aditamentos interoclusales y el mejoramiento de los aspectos morfológicos locales y la restitución de daños a través de la odontología restauradora y rehabilitadora, muchas veces apoyada por cirugía reconstructiva periodontal en el manejo de

recesiones gingivales, puede verse contravenida si no son ofrecidas alternativas médicas y psicológicas que curen, controlen o aminoren las razones causales del bruxismo diurno o del sueño.

## CONCLUSIONES

Es evidente no el cambio de paradigma sino la creación de uno donde se puedan ofrecer respuestas sobre todos los aspectos propedéuticos, de tratamiento y control del bruxismo en sus diferentes versiones. Para ello, odontólogos, psicólogos, neurólogos, psiquiatras y otros especialistas médicos deberán unir esfuerzos educativos, incrementar la investigación básica y clínica para enfrentar exitosamente la prevención, tratamiento y control del bruxismo en la población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lobbezoo F, Ahlberg J. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil.* 2013; 40: 2-4.
2. Behr M, Hahnel S. The two main theories on dental bruxism. *Ann Anat.* 2012; 20: 194-216.
3. Lavigne J, Khouri S. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *J Oral Rehabil.* 2008; 35: 476-494.
4. Carlsson GE. Critical review of some dogmas in prosthodontics. *J Prosthodont Res.* 2009; 53: 3-10.
5. Svensson P, Jadidi F, Arima T, Baad-Hansen L. Pain and bruxism. In: Paseani DA, Daniel A. *Bruxism: theory and practice.* London: Quintessence; 2010: pp. 309-326.
6. Lobbezoo F, van der Zaag J. Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil.* 2008; 35: 509-523.
7. Paseani DA, Daniel A. *Bruxism theory and practice.* London: Quintessence; 2010: pp. 359-382.
8. Clarke JH, Reynolds PJ. Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism: a pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis.* 1991; 33: 248-253.
9. Revilla AL, Ríos AAM, Luna CJD. Utilización del cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria.* 2004; 33: 417-422.
10. Azrin NHY, Nunn RG. Habit reversal: a method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy.* 1973; 11 (4): 619-628.
11. Jacobson E. *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago Press; 1938.
12. Foster PS. Use of the calmset 3 biofeedback/relaxation system in the assessment and treatment of chronic nocturnal bruxism. *Applied Psychophysiology and Biofeedback.* 2004; 29 (2): 141-147.
13. Kardach BJ, Clarke NG. The use of biofeedback to control bruxism. *J Pedodontol.* 1977; 48: 639-642.
14. Durán M, Simón MA. Intervención clínica en el bruxismo: procedimientos actuales para su tratamiento eficaz. *Psicología Conductual.* 1995; 3 (2): 211-228.
15. Peñaranda P. Importance of psychology in dentistry. *Acta Odontol Venez.* 1990; 28: 39-48.
16. Miyachi H, Wake H. Detecting mental disorders in dental patients with occlusion-related problems. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2007; 61: 313-319.
17. Lobbezoo F, Ahlberg J, Manfredini D, Winocur E. Are bruxism and the bite causally related? *J Oral Rehabil.* 2012; 39: 489-501.
18. Lobbezoo F, Lavigne CJ, Tanguay R, Montplaisir JY. The effect of the catecholamine precursor L-Dopa on sleep bruxism: a controlled clinical trial. *Mov Disord.* 1997; 12: 73-78.
19. Ware JC, Rugh JD. Destructive bruxism: sleep stage relationship. *Sleep.* 1988; 172: 81.
20. Raigrodski AJ, Christensen LV, Mohamed SE, Gardiner DM. The effect of four-week administration of amitryptyline on sleep bruxism. A double blind crossover clinical study. *J Craniomandib Pract.* 2001; 21: 5.
21. Gerber PE, Lynd LD. Selective serotonin-reuptake inhibitor-induced movement disorders. *Ann Pharmacother.* 1998; 32: 692-698.
22. Cocchi R. Drug therapy of bruxism as modulation of stress answers. *Ital J Intellective Impairment.* 1999; 12: 3-12.
23. Harkins S, Linford J, Cohen J, Kramer T, Cueva L. Administration of clonazepam in the treatment of TMD and associated myofascial pain: a double-blind pilot study. *J Craniomandib Disord.* 1991; 5: 179-186.
24. Montgomery MT, Nishioka G, Rugh JD, Thrash WJ. Effect of diazepam on nocturnal masticatory muscle activity. *J Dent Res.* 1986; 65: 96.
25. Freund B, Schwartz M, Symington JM. The use of botulinum toxin for the treatment of temporomandibular disorders: preliminary findings. *J Oral Maxilofac Surg.* 1999; 57 (8): 916-920.
26. Luraschi J. Neuroplasticity in the adaptation to prosthodontic treatment. *J Orofac Pain.* 2013; 27 (3): 206-216.
27. Pjetursson BE, Bragger U, Lang NP, Zwahlen M. Comparison of survival and complication rates of tooth-supported fixed dental prostheses (FDPs) and implant-supported FDPs and single crowns (SCs). *Clin Oral Impl Res.* 2007; 18 (Suppl. 3): 97-113.
28. Veena J, Vijay PM, Kumar A, Mohit K. Effect of occlusal splint therapy on maximum bite force in individuals with moderate to severe attrition of teeth. *Journal of Prosthodontic Research.* 2012; 56: 287-292.
29. Martínez D, Mosquera W, Urbano J. Polysomnographic recording of nocturnal bruxism before and after placement of an anterior deprogrammer. *Revista CES Odontología.* 2012; 25 (2): 33-41.

Correspondencia:

**Dr. Antonio Enríquez Esqueda**  
E-mail: toniano9@hotmail.com