

## Bruxismo y trauma oclusal. Conocimiento multidisciplinario y práctica interdisciplinaria.

### *Bruxism and occlusal trauma. Multidisciplinary knowledge and interdisciplinary practice.*

Agustín Zerón\*

**H**acer las cosas bien no significa que estés haciendo las cosas correctas.

Este número está dedicado al bruxismo, una parafunción del sistema estomatognático que afecta a niños y adultos, aunque su prevalencia es muy variada, los reportes fluctúan entre 10 y 50%. Estos valores pueden estar subestimados debido a la diversidad en los criterios diagnósticos, metodología y a la falta de reportes epidemiológicos. La fisiopatología del bruxismo todavía tiene muchas incógnitas, se considera multifactorial con posibles influencias del sistema nervioso central, incluidas actividades motoras orales, alteración del ciclo sueño-vigilia, influencias autonómicas y catecolaminérgicas, igualmente factores genéticos y psicosociales. El papel de la oclusión dental sigue siendo controvertido. El bruxismo es una expresión de condición dental que está acompañada de una carga emocional compleja, con una etiología multifactorial y diversos enfoques en su tratamiento con repercusiones neuroconductuales, lo que hace conveniente considerar el problema con un enfoque interdisciplinario.

La historia del bruxismo, en términos de rechinar y apretar los dientes, se menciona en la Biblia en varios versículos: Salmo 35:16 *Como burladores profanos en una fiesta, me rechinan sus dientes*, Salmo 112:10 *El impío verá, y se enojará, cómo rechinará los dientes y consumirá*. La palabra bruxismo deriva del griego *brygmós* que significa «rechinar dientes». Desde hace muchos años han existido diversas teorías para tratar de explicar el porqué la gente rechina los dientes. En 1901, Moritz Karolyi, un destacado dentista vienés, describió el bruxismo como una «neuralgia traumática» y afirmó que era la causa

de una vieja afección que le llamaban piorrea alveolar (periodontitis). En 1907, Marie Pietkiewicz introdujo el término francés *bruxamine* y, en 1931, Bertrand Frohman lo llamó bruxismo (*brychien odontas*). El famoso psiquiatra Sigmund Freud también tenía una teoría sobre el bruxismo, afirmaba que era de gran importancia en el desarrollo psicosexual y en el comportamiento emocional del individuo. En 1971, Sigurd P. Ramfjord y el Mayor M. Ash le llamaron «bruxismo céntrico y excéntrico». Desde 1960 Ramfjord promovió la teoría de que los factores oclusales eran responsables del bruxismo. Si bien la terapia estaba enfocada en la eliminación de las interferencias oclusales, varios investigadores le dieron enfoques conductuales. W. Drum, en 1972, lo denominó «parafunción de carga emocional». Entre 1966 y 2008, la investigación y el tratamiento se centraron en realizar ajustes oclusales y guardas nocturnas.

### VISIÓN DISCIPLINARIA

El estrés, los hábitos, estilo de vida, medicamentos, condiciones médicas y una mala oclusión son algunos factores que contribuyen al rechinar y apretamiento dental. Para comprender mejor el bruxismo se requieren conocimientos en múltiples áreas: sólo para entender la fisiopatología es necesario revisar sus particularidades neurofisiológicas; su relación con trastornos psicológicos, psiquiátricos y trastornos en la conducta puede verse reflejada en parasomnias. Gracias a estos conocimientos puede observarse una relación en la posible respuesta a los cambios anatómicos, fisiológicos y neuronales implicados en los pacientes que presentan bruxismo diurno, nocturno y hasta alguna referencia de apnea del sueño. Contar con los conocimientos necesarios en múltiples disciplinas nos ayudarán a entender el proceso fisiopa-

\* Editor en Jefe de la Revista ADM.

tológico a fin de establecer el diagnóstico relacionado con el tipo de bruxismo, a esta relación cognitiva se le llama conocimientos multidisciplinarios. El diagnóstico adecuado enfocado en el control del bruxismo requiere de pruebas funcionales neuronales, psicológicas y médicas que complementarán el tradicional examen oral.

Para el tratamiento del bruxismo no basta con pensar en una guarda oclusal o un desgaste selectivo. El mejor tratamiento es el que esté indicado y el manejo terapéutico del bruxismo debe iniciarse eliminando los factores etiológicos y el control de los factores de riesgo, además de la compensación de los daños tisulares resultantes del sistema estomatognático. Ante las limitaciones en el tratamiento del bruxismo deben tenerse en cuenta todas las posibles interacciones involucradas en cada paciente. La interacción requiere por lo general la interconsulta con diversos especialistas; tan sólo en el caso de un bruxismo asociado a alteraciones del sueño debe integrarse un equipo de especialistas como médicos internistas, geriatras, neumólogos, neurólogos, otorrinolaringólogos, pediatras, psiquiatras, psicólogos y obviamente odontólogos y periodontólogos, todos con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las distintas alteraciones de bruxismo. Igualmente deben integrarse técnicos para realizar estudios de polisomnografías o grabaciones electromiográficas para el análisis de los estudios del sueño. A este tipo de práctica interactiva con la interconsulta de diferentes disciplinas se le llama práctica interdisciplinaria, en la que todos interactúan, incluyendo el paciente.

### FUERZA OCLUSAL TRAUMÁTICA

En el bruxismo, el hábito de rechinar o apretar los dientes genera fuerzas parafuncionales que pueden dañar tanto al diente como al periodonto. Una fuerza oclusal no es lesiva mientras que el periodonto se adapte a ella. En el reciente congreso de EuroPerio en Ámsterdam se presentaron los cambios en la clasificación de las deformidades y condiciones periodontales, aquí reiteramos que el traumatismo oclusal no inicia la periodontitis y una fuerza oclusal excesiva puede rebasar la capacidad adaptativa del periodonto y los dientes. Por lo general las lesiones de trauma son microscópicas y se denominan trauma oclusal. Trauma no es fuerza, sino lesión. Una fuerza oclusal traumática expresa un traumatismo oclusal, incluso puede aparecer un desgaste excesivo o la fractura de dientes. Así, la fuerza oclusal traumática se define como las fuerzas oclusales que resulten en la lesión a dientes y periodonto. Por lo tanto, el trauma oclusal es una lesión en el ligamento periodontal, el cemento y el hueso adyacente causada por

fuerzas oclusales traumáticas. Es un término relacionado propiamente con lesiones histológicas; sin embargo, puede hacerse un diagnóstico clínico de traumatismo oclusal cuando se presenta uno o más de los siguientes signos: movilidad progresiva del diente, movilidad adaptativa del diente (fremitus) o migración dental, radiográficamente se vería un espacio ensanchado del ligamento periodontal, incluso algún tipo de resorción radicular. Puede existir malestar o dolor al masticar. Por otra parte, existe evidencia en estudios observacionales de que las fuerzas oclusales no causan recesión gingival. A la fecha no hay evidencia que respalde que la fuerzas oclusales sean la causa de la recesión gingival. Varias condiciones de desarrollo o adquiridas pueden estar asociadas a las recesiones gingivales. Un fenotipo delgado aumenta el riesgo de la recesión gingival. Los fenotipos delgados son más propensos a desarrollar lesiones de recesión gingival. El fenotipo periodontal está determinado por el fenotipo gingival (grosor gingival, ancho del tejido queratinizado) y el morfotipo óseo (grosor de la tabla ósea vestibular). El fenotipo es el aspecto de un órgano basado en una combinación multifactorial de rasgos genéticos y factores ambientales (su expresión incluye el biotipo). El fenotipo indica una dimensión que puede cambiar con el tiempo según los factores ambientales y la posible intervención clínica, esta dimensión puede ser específica del sitio (el fenotipo puede modificarse, pero no el genotipo).

La abfracción es una lesión hipotéticamente causada por fuerzas oclusales, es un término que se usa para definir un defecto en forma de cuña que se produce en la unión cemento-esmalte de los dientes afectados. Se ha afirmado que es el resultado de la flexión y la fatiga del esmalte y la dentina. La existencia de abfracción no está respaldada por ninguna evidencia científica actual. Sin embargo, este tipo de desgastes está considerado dentro de las lesiones cervicales no cariosas (LCNC) que incluyen otras etiologías como abrasión, erosión, corrosión o una combinación de éstas. Si las fuerzas oclusales excesivas contribuyeran a la etiología de LCNC, se esperaría que los hábitos parafuncionales como el bruxismo y el apretamiento empeoraran la progresión de las LCNC. Por lo tanto, en casos de lesiones cervicales no cariosas deben evaluarse detenidamente los hábitos de cepillado dental, tipo de dieta, carga ácida, trastornos de la alimentación así como las relaciones oclusales y los hábitos parafuncionales.

Correspondencia:

**Agustín Zerón**

E-mail: periodontologia@hotmail.com