

Manejo del bruxismo desde una perspectiva integral. Estudio de un caso.

María Isabel Pulido T^{1,2}; Carla Milagros Sosa L²; Gerónimo Sosa S²

¹Departamentos de Ciencias Morfofuncionales. Facultad de Odontología. ²Laboratorio de Investigación sobre procesos sociales y condiciones de vida (LINSOC). Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad de Carabobo.

gsosa2@hotmail.com

Recibido: 15/11/2009

Aceptado: 09/06/2010

Resumen

Se presenta una experiencia de manejo del bruxismo en un escolar de 5 años de edad, en Consulta Odontopediátrica de la Universidad de Carabobo, bajo una concepción integral; al visibilizar multidimensionalmente a la persona y sus contextos. Clínicamente presentó: desgaste generalizado hasta tercio medio de las unidades dentales, sensibilidad a alimentos y bebidas frías, apretamiento y ruido dentario en situaciones de concentración o estrés, y enuresis. Se planteó como objetivos evaluar y controlar la acción del apretamiento dentario y factores determinantes del bruxismo desde un abordaje multidisciplinario, incluyendo los contextos personal, familiar y social, cumpliéndose protocolo de profilaxis-tratamiento-controles periódicos; con aplicación de geles fluorados y colocación de férula oclusal, para erradicar hábitos de apretamiento dentario. Además, evaluación sistémica y psicológica, seguimiento educativo en consulta y domicilio. Se evidenció el descenso de la actividad clínico-patológica en la acción del apretamiento, sensibilidad dental y el impacto en salud bucal. Ante lesiones sintomáticas severas para la edad del paciente, notable afectación del confort, calidad de vida y salud; el esquema de manejo integral temprano, representa una alternativa útil y opción de pronóstico favorable, fundamentada en una visión biopsicosocial del paciente; destacando significativamente el alivio efectivo, la aceptación e identificación positiva del niño con la consulta.

Palabras clave: bruxismo infantil, abordaje multidisciplinario.

Summary. Management of bruxism from an integral perspective. Case study.

An experience on the handle of bruxism of a five-year-old school child in a dentist consult in the University of Carabobo is communicated, assuming an integral conception related to a multidimensional view of a person and his contexts. Clinically, it was showed half-third generalized deterioration of dental units, sensitivity to cold beverages, tightness and noise when concentrated, under stress or night blinded. The objective was to evaluate and control the action of the dental tightness and fundamental factors of bruxism from a multidisciplinary approach, including the social, familiar and personal context, besides the accomplishment the protocol prophylaxis-treatments-periodic controls-application of flour gels and collocation of splint occlusal focused on eradicate habits of dental tightness. There is evidence of lower activity in clinical and pathological the action of clenching, dental sensitivity and an impact on oral health were evident when evaluating systematically and psychologically. When the patient is affected by severe symptomatic injures aged-related, and by the discomfort of the quality of life and health, the frame of early integral manage represents a useful alternative based on biopsicosocial vision, effective relief and positive diagnostic, standing out meaningfully the positive acceptance and identification of the child at the doctor's office.

Key words: infant bruxism, multidisciplinary approach.

Introducción

El bruxismo más que un problema oclusal, es considerado en la actualidad como un trastorno del sueño que en la mayoría de los casos es de origen multifactorial, referido al hábito bucal involuntario de apretar y rechinar los dientes en forma inconsciente durante el día o la noche, con contracción de los músculos de la masticación sin propósito funcional, es decir cuando no se está realizando la función masticatoria (1,2). A pesar que la frecuencia reportada es variable, este problema afecta a un tercio de la población mundial sin distinción de sexo, y 60% de los niños cuyas edades oscilan entre 3 y 5 años lo presentan en diferentes grados de severidad (3,4). En datos corroborados por diversos estudios, la frecuencia del hábito de rechinar tiende a aumentar entre los 7-10 años de edad y luego disminuye, pudiendo ocurrir bruxismo en grado leve y transitorio en la mayoría de las personas durante el sueño, destacándose la observación de formas severas aproximadamente entre 0.5 a 2% de niños y adultos (5).

El bruxismo puede producirse durante el día y/o noche, en forma inconsciente, en los niños pasa generalmente inadvertido, salvo cuando los padres consultan por el ruido dentario que efectúan sus hijos al dormir. Algunos padres no perciben que sus hijos son bruxomanos, y es el pediatra o el odontólogo quien lo detecta, muchas veces cuando ya es evidente el desgaste de las piezas dentales, aun cuando los niños pudieran o no tener dolor en la región buco facial. Por esta razón, es necesario que los padres estén alertas con lo que ocurre con la dentadura de sus hijos, ya que esta condición suele ser muy destructiva, observándose clínicamente un desgaste franco de las superficies dentarias, que es mayor al fisiológico normal (3).

Por ser el bruxismo una patología multifactorial, se desconoce con exactitud una causa primaria, ya que en el problema intervienen factores locales, sistémicos y psicológicos. Estas actividades parafuncionales son posibles en personas normales, cuando existen algunos factores psíquicos, internos y externos, que solos o en combinación puedan dar lugar a este tipo de conducta (6,7). Diversos estudios han establecido una relación

directa entre alteraciones emocionales como ansiedad, depresión, agresividad, estrés, con la presencia de bruxismo. Por lo tanto, esta afección frecuentemente está asociada a trastornos de la personalidad o a situaciones de estrés elevado, produciéndose en consecuencia desgaste y deterioro de los dientes, hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y enfermedades de las encías; siendo considerado uno de los trastornos orofaciales más prevalentes, complejos y destructivos.

El tratamiento consiste en corregir los factores que propician este hábito, el manejo de estos pacientes suele comenzar con las medidas más sencillas, primero se evalúa la presencia de interferencias oclusales, ocasionalmente se realiza interconsulta con un psicólogo para identificar o no, problemas de este tipo y con algunos especialistas clínicos para descartar algún problema sistémico (parasitosis, carencias nutricionales) (8); si esto no arroja resultados positivos, se opta por usar protectores dentales, que son accesorios de goma especiales colocados en los dientes, que no curan el bruxismo, pero si ayudan a prevenir el daño dentario; enfocándose tradicionalmente el abordaje, al manejo científico técnico de casos desde una perspectiva odontológica (6,9,10).

En este sentido, se plantea esta investigación con el objetivo central de evaluar y discutir el problema del bruxismo desde un punto de vista clínico epidemiológico, con miras a precisar opciones hacia un manejo terapéutico más integral de esta importante problemática. Para ello, se aborda el caso de un escolar, a fin de ilustrar el problema y motivar su discusión, sobre todo con la intención de enfatizar la importancia de un manejo terapéutico que valore al paciente y sus contextos, como persona y como ser integral, poseedor de una dignidad intrínseca y una historia socio familiar.

Reporte del caso clínico

Paciente masculino de 5 años de edad y no escolar, quien asiste a la consulta odontopediátrica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. Forma parte de un grupo familiar constituido por cinco personas, siendo el mayor de dos hermanos. En su historia clínica

refiere presentar sintomatología frecuente desde hace 6 meses aproximadamente referida como sensibilidad a alimentos y bebidas frías, apretamiento dentario, ruido dentario nocturno y en momentos de concentración y estrés, además de enuresis del sueño. Al examen clínico-odontológico intraoral se encontró: desgaste generalizado severo hasta el tercio medio de las unidades dentales anteriores superiores e inferiores, lo que produjo la eliminación del enganche canino, desviación de la línea media inferior, mantiene una buena higiene bucal, y no presenta: restauraciones, lesiones cariosas, inflamación gingival, ruido articular, ni limitación de apertura bucal, (Fig.1). Al examen radiográfico no se observó compromiso pulpar. Clínicamente las lesiones lucen severas para la edad del paciente, y la sintomatología parece significar una notable afectación del confort; repercutiendo en la calidad de vida y la salud. El paciente y su representante se mostraron cooperadores. El niño se mostró atento y colaborador en consulta, pero en su vivienda lucía poco participativo. La madre refirió que la orientadora y la maestra de su sección, notaban que en el ambiente escolar “el niño exhibía una conducta con tendencia a estar aislado, disperso y prestando poca atención durante las actividades”.

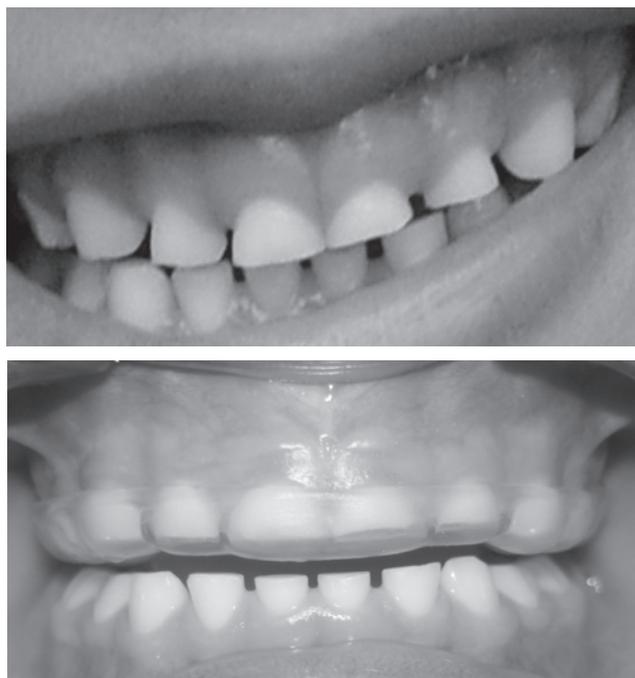


Figura 1. Fotografía del paciente con lesiones en las unidades dentarias anteriores y fotografía del paciente con férula oclusal.

Es importante señalar que previo al consentimiento informado de los padres se cumplió el siguiente plan de trabajo:

1. Evaluación clínica del niño, en consulta odontopediátrica.
2. Visitas en el hogar por investigadores odontólogos, buscando establecer vínculos de comunicación, que contribuyan a una mejor comprensión de la problemática, aceptación del tratamiento y cumplimiento de las recomendaciones, para optimizar los beneficios en el niño.
3. Evaluación psicológica del paciente y de los integrantes del grupo familiar, por parte de un psicólogo infantil, con fines diagnósticos y orientadores.
4. Evaluación sistémica del paciente descartando posible parasitosis intestinal y malnutrición (8), por parte de un pediatra.
5. Sesiones de profilaxis y aplicación de geles fluorados y colocación de férula para erradicar el desgaste y el hábito de apretamiento dentario.
6. Seguimiento de la evolución clínica odontológica y psicológica del caso.

Protocolo de tratamiento odontológico:

1. Historia clínica de odontopediátrica y adaptación a la consulta.
2. Profilaxis y aplicación de geles fluorados en cubetas por 1min con Flúor en Gel DFL, Tixotrópico, Fluoreto Fosfatado Acidulado 1,23% Iones de Flúor (1min) (Industria Brasileira), 1 vez al mes durante 3 meses.
3. Pruebas de laboratorio de heces seriadas (1 examen de heces diario por 3 días).
4. Elaboración de un formato de plan diario de alimentación de 10 días de duración, completado con ayuda del niño y su representante.
5. Interconsulta con el psicólogo infantil (Evaluación con enfoque familiar).
6. Obtención de modelos de estudio y montaje en el articulador- Whip Mix (semiajustable)

para su análisis, posteriormente se realizó la toma del registro intermaxilar para la confección de la férula.

7. Adaptación de férula blanda, elaborada con un vacum de vacío a partir de una lámina termoformocurable de material resiliente, el cual es similar al de los protectores bucales de 3mm de espesor que suele adaptarse a los dientes (9,11); el uso de la misma se llevó a cabo durante tres meses haciendo énfasis al dormir, ver televisión y hacer las tareas, verificando y controlando el desgaste dental en consultas de seguimiento (Fig.2).
8. Seguimiento y control del plan de tratamiento (terapia fluorada y psicológica).



Figura.2. Fotografías del paciente con la Férula Oclusal en el maxilar, ya adaptada.

Discusión

Los niños que asisten a la consulta odontopediátrica no solo tienen procesos patológicos bucales, sino también un mundo de vida personal, social y familiar, que es necesario considerar más detenidamente, para poder visualizar más integralmente las relaciones de causalidad y las consecuencias de esta problemática, y si queremos valorar sus impactos

superando los enfoques curativo reduccionistas, del científicismo biologicista hegemónico, para avanzar la mirada hacia una visión de salud bucal, como componente de la calidad de vida, incorporando para ello, importantes elementos en los planos de la educación, prevención y rehabilitación.

Aunque se trata de la experiencia con un caso clínico, se considera pertinente hacer referencia a la visión de salud bucal - calidad de vida, como una noción inacabada y actualmente en construcción desde el punto de vista teórico, en un intento por tomar distancia de las limitaciones que impone el enfoque odontológico predominantemente curativo, centrado en la enfermedad, y abrir espacios desde la academia para pensar en una cultura de promoción y prevención cuyo cultivo se inicie en la infancia, integrando el núcleo familiar, la escuela, los trabajadores sociales y otros profesionales de la salud.

En consecuencia, en este estudio se siguió un plan de manejo integral del caso con énfasis en involucrar al paciente y a su familia. Dada la condición multifactorial del bruxismo, se realizaron evaluaciones clínicas, sistémicas y psicológicas pertinentes. Además se logró una interacción positiva con el niño y el resto de la familia en su ambiente del hogar, lo cual permitió desarrollar un plan educativo como base del primer nivel de prevención. En los controles periódicos de la consulta Odontopediátrica, el trabajo se realizó en conjunto con los representantes, pudiendo contar con un efectivo apoyo durante todo el período de estudio y seguimiento del caso.

El análisis del formato del plan diario de alimentación elaborado por los investigadores aplicado durante diez días consecutivos y completado diariamente por la madre permitió constatar que el niño consume a diario una dieta balanceada, en donde se hicieron presentes de manera equitativa los cuatro grupos alimenticios más importantes (granos y cereales, vegetales y verduras, carbohidratos y proteínas). Por otra parte, fueron evaluados por el pediatra el plan diario de alimentación y las pruebas de heces fecales seriadas (en tres muestras), las cuales arrojaron resultados negativos, posiblemente

en relación con las medidas profilácticas y de tratamiento antiparasitario polivalente referido por la madre. Los datos de talla y peso se ubicaron en parámetros de normalidad, del percentil 50 con base a los criterios de la Fundación Centro de Estudios Sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA) (15).

Por otra parte es importante destacar, que en la dimensión psicoafectiva hubo hallazgos positivos corroborados por la evaluación psicológica especializada, que condujo al diagnóstico final de trastorno situacional familiar productor de ansiedad, el cual ha sido ubicado en la morbilidad reportada por algunos autores (12,13) entre las principales causas de atención psicológica en niños, junto con las neurosis y el síndrome ansioso, en relación con la sobreprotección ansiosa, posiciones de inconsistencia, de rigidez más autoritarismo, de autoritarismo más inconsistencia y por la presencia de conflictos, siendo esta última situación la más frecuente, en núcleos familiares en los cuales los niños son víctimas de maltratos.

Coincidiendo con la concepción de la familia como un sistema social (14) en cuyo seno se dan un conjunto de relaciones que hacen de cada núcleo familiar una entidad altamente compleja. Cabe destacar que esta complejidad hace referencia a la existencia de dimensiones diversas; en toda una red de intereses y relaciones, en la cual cada integrante juega roles y realiza acciones que influyen al resto de los miembros. En ese sentido, nos interesa destacar que los niños son también protagonistas en la vida familiar y a la vez son ellos afectados por la armonía o los conflictos de la misma. Por tanto, en el estudio y manejo de los problemas odontopediátricos necesitamos considerar seriamente la influencia educativa y las potencialidades de la familia como sistema social, en el cultivo de la salud bucal.

En cuanto al aspecto dento-oclusal, se pudo constatar un descenso en la influencia y la acción clínico-patológica del apretamiento dentario, desapareciendo la sensibilidad, deteniéndose el desgaste dentario y el ruido nocturno, mejorando así la salud bucal del paciente. Por todos estos aspectos, el esquema general de manejo y tratamiento utilizado representa una alternativa

útil, fundamentada en: logros a corto plazo, el alivio efectivo de la sintomatología y la construcción de perspectivas favorables de pronóstico, En esta experiencia destacó significativamente la aceptación del niño y el representante al plan de manejo propuesto y una notable identificación positiva con la consulta.

En un estudio similar al presente reporte de caso, sobre bruxismo en niños publicado por autores brasileros, se describieron dos casos de bruxismo grave en niños del mismo grupo etario, pero con diferentes historias de vida, donde destacaron la etiología multifactorial del bruxismo y detallaron la condición de parafunción. Estos autores, les colocaron a los pacientes una férula de 3 mm de espesor, sobre el arco maxilar para el día y la noche, programaron visitas de seguimiento clínico cada tres meses para monitorear los desgastes dentales y supervisar la erupción de los dientes permanentes. Cuando fue necesario, las férulas se modificaron para permitir el crecimiento del hueso y además refirieron los pacientes para seguimiento psicológico (6).

Los referidos autores brasileros, al igual que Pinkham, sugieren que para el tratamiento del bruxismo en niños en edad de recambio dentario, es preferible utilizar una férula blanda, cuya función terapéutica consiste en obtener un contacto uniforme y simultáneo con los dientes opuestos (6). En líneas generales, se considera como una buena medida el utilizar protectores dentales para ir a dormir, pues estos accesorios especiales de goma ayudan a prevenir el desgaste de los dientes.

Conclusiones

- Tradicionalmente se reconoce que el manejo de los factores anatómicos alterados, requiere el abordaje especializado para el tratamiento dental, sin embargo dada la frecuencia y las particularidades multifactoriales de este problema, además del énfasis en el manejo multidisciplinario, quizás se requiera establecer criterios y pautas para un plan de abordaje desde la Atención Primaria en Salud.

- Considerando que la reducción del estrés o la ansiedad pueden también reducir el bruxismo y sus consecuencias, si hay situaciones de estrés

importante, se pudiera enfatizar en la incorporación efectiva en el hogar, de estrategias para manejar la conflictividad. Además usar técnicas sencillas de relajación muscular, el baño relajante antes dormir, evitar que los niños realicen ejercicios extenuantes o vean programas cargados de violencia en la televisión.

- Es importante también instruir a los padres sobre los cambios de posición adecuados y aportarles elementos para que estén atentos en la evolución de la sintomatología y el seguimiento del proceso de manejo. De igual manera, integrar efectivamente a los maestros y a la comunidad educativa en general, en la promoción-prevención, diagnóstico temprano y orientación sobre aspectos de la salud bucal.

- En este caso particular el déficit nutricional o la parasitosis, no parecen ser un factor etiológico o concurrente importante.

- Se reconoce que el manejo odontopediátrico con técnicas especializadas como: la colocación de Férula blanda y la aplicación de geles fluorados, representa un recurso importante en el tratamiento de los pacientes con bruxismo, especialmente en el manejo de las consecuencias oclusodentales.

- Este tipo de pacientes requiere un manejo multidisciplinario a temprana edad, para el abordaje de sus dimensiones: biológica, funcional, psicológica, sociofamiliar y técnica. Es muy relevante la incorporación de la familia, en los aspectos educativos orientados a promover los cambios de hábitos perjudiciales y el cultivo de estilos de vida saludables, el control familiar de factores desencadenantes, el apoyo psicoafectivo, el cumplimiento de la terapia y el pronóstico de la salud bucal. En consecuencia, se requiere un énfasis en la comunicación con el paciente, la familia y sus contextos en un horizonte incluyente de salud, sociedad y dignidad humana, en búsqueda de una mejor comprensión del problema, el éxito terapéutico y el cambio cultural necesario en las representaciones sociales y científicas que sobre la salud bucal tienen los profesionales y las comunidades.

Referencias

1. Guerrero, A. Bruxismo en niños: mejor el remedio que la enfermedad. 2005. [Citado 2009 Febrero]. Artículo en línea, disponible en: http://www.direcsan.cl/p4_direcsan/site/pags/20051229143522.html.
2. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 5ed. Madrid: Elsevier; 2003:174-78
3. Casassus, R. Labraña, G. Pesce, M. Pinares, J. Etiología del bruxismo. Rev Dental de Chile, 2007 [serie en internet]. [Citado 20 May 2009]; 99(3): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas_nov07/PDF%20NOV%2007/Etiologia.pdf.
4. Frugone Z, Rodríguez C. Bruxismo. Av Odontoestomatol. [serie en internet]. 2003 Jun. [Citado 27 Mar 2009]; 19(3): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-1285200300030003&lng=es&nrm=iso.
5. Nilner M. Bruxismo infantil. Universidad autónoma del estado de Hidalgo. Instituto de ciencias de la salud área académica de odontología. Clínica de odontología infantil. [serie en Internet]. 1999. [Citado 27 Mar 2009]. Disponible en: <http://www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/aaodont/odontopediatria>.
6. Antonio AG, Pierro VS, Maia LC. Bruxism in children: A Warning Sign for Psychological Problems. JCDA, Brasil [serie en Internet]. 2006, March. [Citado 29 Mar 2009]; 72 (2): [Aprx. 1 p.]. Disponible en: www.cda-adc.ca/jcda/vol-72/issue-2/155.pdf.
7. Cortese S, Biondi A. Relationship between dysfunctions and parafunctional oral habits, and temporomandibular disorders in children and teenagers. Arch. Argent. Pediatr. [serie en internet]. 2009 Mar/Apr. [Citado 20 May 2009]; 107(2): [Aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000200007&lng=en&nrm=iso. ISSN 0325-0075.

8. Lauzardo G. Bruxismo en niños. Rev 16 de Abril. Rev Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba. [serie en internet]. 2005. [Citado 23 Mar 2009]; 3 (222). Disponible en línea en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/222/profe.html>
9. Pinkham J R, cols. Odontología pediátrica. 3era ed. México DF: McGraw-Hill; 2001: 431-2.
10. Azcona C. Iribarren N. Enuresis del sueño. Clínica Universitaria de Navarra. Departamento de Pediatría. España. [serie en Internet]. 2007. [Citado 3 May 2009]. Disponible en: http://www.pfizer.es/salud/tu_salud/nino_adolescente/enuresis_sueno.html
11. Okeson J.P. The effects of hard and soft occlusal splints on nocturnal bruxism. JADA. 1987; 114: 78-9.
12. Jiménez de la Paz A, Portell Y, Canino N. Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7-14 años en consulta de psicología. Rev Humanidades Médicas (CITMA); [serie en internet]. 2006 Ene/Abr. [Citado 06 Nov 2008]; 6 (1): [Aprox. 11]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2006/n16/body/hmc030106>.
13. Vallejo J. Gastó C. Trastornos afectivos, ansiedad y depresión. 2ed. Madrid: Elsevier; 2000.
14. Vila I. Familia, escuela y comunidad. Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona: Horsori; 1998.
15. Fundacredesa. Primer estudio nacional de crecimiento y desarrollo humano de la República Bolivariana de Venezuela (1981-1987). Caracas: FUNDACREDESA; 1995.