



Bruxismo infantil

Rosa María Martínez Ortiz

Docente – investigador de la Unidad
Académica de Odontología UAZ

RESUMEN

Además de revisar las diferentes connotaciones del término bruxismo, su historia, las manifestaciones clínicas bucales en los niños y su etiología, se plantean algunos tipos de tratamientos que pueden ejecutarse. También se realiza una reflexión sobre la relevancia de conservar una dentadura sana.

Palabras clave: bruxismo, bruxomanía, erosiones, etiología, manifestaciones clínicas y tratamientos.

ABSTRACT

Besides to review different connotations of the term bruxism, history, oral manifestations on children and its etiology, this article raises some types of treatments that can be used. Also, it presents a reflection on the importance of keeping oral health.

Keywords: bruxism, bruxomania, erosions, etiology, clinical manifestations, treatments.

INTRODUCCIÓN

Tras la elaboración de un examen bucal aplicado a un grupo de niños preescolares, se nota que un porcentaje relativamente significativo (de 7 a 7.7 por ciento) presenta erosiones dentales y desgaste en las fosetas, en especial en los incisivos centrales y laterales superiores, cifra que supera el nivel normal de desgaste dental en esa etapa. Si bien los padres casi siempre muestran cierto grado de preocupación respecto al problema, pareciera que solo les interesa por que provoca una apariencia poco atractiva. En el presente ensayo, es de suma importancia conceptualizar, en primer lugar, el término bruxismo y en segundo, explorar sus causas y características. El bruxismo consiste en excursiones involuntarias de la mandíbula que producen un choque perceptible o no, rechinar, choque cuspidé y varios efectos traumatizantes. Salzmman (Martínez Ross, 1996: 214) lo define «como una tendencia de algunos niños, a frotar sus dientes durante la noche y, a veces, durante el día; manifestándose desde que emergen en la boca los primeros dientes temporales, o algo más tarde»; mientras que para otros autores es un rechinar o apretamiento de dientes (Barbería Leache, 2005: 119). En términos científicos, se trata de movimientos atípicos de la mandíbula. Para la mayoría de las personas, el bruxismo infantil es un hábito inconsciente que en algunas ocasiones resulta inadvertido hasta que los padres confirman el rechinar de dientes durante la noche.

El origen del término bruxismo se remonta a 1907, cuando Marie Pietkiewicz utilizó la expresión *bruxomanie*, derivada del griego *brychein* (quien es rectificado a rechinar los dientes) y la palabra manía (compulsión), lo que le confiere el carácter de locura que sugiere este vocablo. A partir de 1931 se utilizó el concepto bruxomanía (Vallejo, 2002: 135–141), el cual todavía es empleado cuando la parafunción se

manifiesta en el transcurso del día; en tanto que bruxismo se aplica cuando ocurre por la noche. Bruxismo es un hábito muscular que indica un estado de ansiedad. Las consecuencias son visibles en los dientes, pero es muy raro que el factor etiológico se halle en la boca.

CAUSAS

Si bien es cierto que se ha avanzado en su descripción, a fin de implementar un protocolo adecuado de atención, se requiere investigar la causa predominante del bruxismo en cada paciente; algunas de ellas pueden ser enfermedades bucales, trastornos morfológicos (interferencias oclusales), factores psicológicos, etcétera.

Desde 1901, varios investigadores han tratado de dilucidar sus posibles causas. Por su parte, Karoly lo relacionó con la enfermedad periodontal (Vallejo, 2002: 135–141), a diferencia de algunos psicólogos que lo consideran una respuesta a problemas personales no resueltos o a la imposibilidad de expresar sentimientos de ansiedad, odio y agresividad. Otros han sido más meticulosos al realizar estudios apoyados en encuestas y pruebas de laboratorio que han mostrado una profunda relación entre las concentraciones de catecolaminas y el bruxismo, pues el aumento en los niveles de catecolaminas se vincula con su desarrollo y severidad. Nilner también encontró lazos con las maloclusiones esqueléticas clases II y III (Nilner, 1983: 167–172), al igual que Brandt, quien observó que los niños que presentan aumento de resalte incisivo, sobremordida, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior tienen puntos de contacto con el bruxismo y las maloclusiones (Brandt, 1985: 279–298). Sin embargo, diversos autores, como Gun y Egermack, no hallaron ninguna conexión con las interferencias oclusales (Nilner, 1983: 167–172).

Existen, también, teorías basadas en el sistema nervioso central que han cobrado auge en los últimos años. Una de ellas está conectada con un trastorno del sueño llamado parasomnia, en el que el bruxismo sería mediado y precipitado por el estrés emocional, asociado también con el sonambulismo y terrores nocturnos. Estos trastornos, tal vez originados por un trauma psicológico, representan una variación normal en el proceso de maduración del sistema nervioso central.

A su vez, los factores genéticos pueden ser tomados en cuenta de modo relativo, en especial en hijos de padres que han tenido episodios de bruxismo en la niñez; en infantes con alteraciones musculoesqueléticas, retraso mental y parálisis cerebral, aunque el desgaste en ellos tiene que ver con el reflujo gastroesofágico que padecen, en niños con padecimientos intestinales, *oxiuros vermicularis*, lesiones corticales, epilepsia, hipertiroidismo, en menores que consumen fármacos que liberan dopamina en el sistema nervioso central, el principal neurotransmisor involucrado en la etiopatogenia de los movimientos estereotipados orales (Shatkin, 1992: 7–10).

Por último, algunos autores han hecho estudios socioeconómicos en pacientes con bruxismo para conocer si tienen relación significativa, pero no se ha encontrado ninguna asociación; en cambio, durante la elaboración de la historia clínica, específicamente en el apartado del interrogatorio de aparatos y sistemas, pueden obtenerse datos relevantes que determinan si existen problemas a nivel sistémico que ocasionan el bruxismo.

Características

Al realizar un examen bucal en pacientes con bruxismo, se pueden observar diversos aspectos clínicos característicos: balanceo de los dientes en céntrica o fuera de ella, fose-

tas anormales en áreas inusuales de desgaste dental leves y graves en unos dientes o en toda la dentadura, aumento de los espacios interproximales e impactación de alimentos, aplanamiento y desgaste lingual de las coronas molares en los dientes antero–superiores y fractura del esmalte del área labioincisal si la fuerza aplicada es mayor, comunicación pulpar o vista del techo de la cámara pulpar, sensibilidad a los estímulos térmicos sin proceso alveolar aparente (Vallejo, 2002: 135–141). Además, se pasa de estadios de pulpitis y necrosis pulpar hasta procesos de hipercementosis.

El color de la encía también cambia, sobre todo al morder. En ocasiones se aprecian los festones de McCall's, bandas de encía hiperplásica en la unión dentogingival. Cuando la fuerza es demasiada provoca reabsorción del hueso alveolar, y los dientes comienzan a moverse, incluso pueden perderse. No obstante, puede suceder lo contrario, el hueso se hace más denso por lo que el diente se vuelve más resistente y puede anquilosarse. Las manifestaciones en la articulación temporomandibular, el dolor y los ruidos articulares son variables, va desde el sordo, ubicado en la misma articulación o en las estructuras vecinas, hasta ruidos como el craqueamiento y el de crepitación. A menudo, al momento de realizar un examen radiográfico no se perciben en la boca del niño evidencias radiológicas en la articulación temporomandibular.

CONCLUSIONES

Es importante señalar que los infantes con bruxismo carecen de síntomas musculares y articulares, pero pueden presentar onicofagia (mordisqueo de uñas). Al ser detectado el problema, se canaliza al menor con el psicólogo y se recurre a la colocación de guardas oclusales por la noche, según sea el caso.

Tanto en el bruxismo diurno como el nocturno, diversos investigadores (Barbería Leache, 2005) proponen el uso de un obturador nasal transicional como instrumento para modificar la conducta en estos pacientes. Cuando los dientes están bastante destruidos se pueden colocar coronas para eliminar interferencias oclusales y reducir la resistencia de trabajo lateral durante el rechinar.

Asimismo se debe indicar a los padres sobre la trascendencia de tratar esta parafunción, poniendo énfasis en las repercusiones que pueden tener si el problema se traslada a la dentición adulta y sin olvidar que al determinarse la causa puede implementarse el tratamiento adecuado y así evitar daños mayores en la infancia; de lo contrario, los estragos en adultos son alarmantes ya que es preciso canalizar al paciente con un reha-

bilitador oral, lo que en muchas ocasiones significa un gasto económicamente fuerte que impide a las personas acceder a una atención integral.

Nadie puede sentirse realmente bien sino tiene la boca y la dentadura sanas. Con una mala dentadura o peor aún, sin diente ninguno, el individuo se siente disminuido y, por otra parte, la mejor de las dentaduras nunca se ajustará o funcionará tan bien como los dientes naturales. En muchos medios sociales buenos dientes y una boca sana son valores de gran importancia psicológica. Desprovisto de estas armas, el individuo se sentirá incómodo y expuesto a que los demás le hagan sentir su inferioridad (Rodríguez, 1978).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbería Leache, Elena (2005). *Atlas de Odontología infantil*, Universidad Complutense/ Ediciones Ripano, Madrid.
- Brandt, D. (1985). *Temporomandibular disorders and their association with morphologic malocclusion in children*, University of Michigan Press: Ann Arbor, USA.
- Martínez Ross, Erik (1996). *Oclusión orgánica*, Salvat, Barcelona.
- Nilner, A. (1983). «Relationships between oral parafunctions and functional disturbances and disease of the stomatognathic system among children 7–14 years», *Acta Odontol Scand*, No. 41, pp. 167–172.
- Rodríguez, D. J. (1978). *Lecturas universitarias. Antología de Ciencias de la Salud*, Ediciones de la Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Shaktin, A. J. (1992). «Bruxism and bruxomania», *RI Dent J.*, No. 25, págs. 7–10.
- Vallejo, B. E., R. E. González y S. R. Del Castillo (2002). «El bruxismo infantil», en *Odontología pediátrica*, Vol. 10, No. 3, pp. 135–141.