



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
 INCORPORADA A LA
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

BRUXISMO MANIFESTACIONES OROMAXILARES Y TRATAMIENTO

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A :

JEANNETTE MARGARITA HERRERA LOZANO





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Í N D I C E

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	6
I.- SISTEMA GNÁTICO.	8
A).- COMPONENTES.	8
B).- DIENTES.	8
C).- PERIODONTO.	9
D).- ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.	12
E).- SISTEMA NEUROMUSCULAR.	16
II.- FUNDAMENTOS DE OCLUSIÓN ORGÁNICA.	20
A).- RELACIÓN CÉNTRICA - OCLUSIÓN CÉNTRICA.	20
B).- DISCLUSIÓN INMEDIATA ANTERIOR.	22
C).- FUNCIÓN POR GRUPOS ESPECIALIZADOS.	23
D).- OCLUSIÓN CÚSPIDE - FOSA.	24
E).- TRIPODISMO CUSPÍDEO.	24
III.- BRUXISMO.	27
A).- GENERALIDADES.	27
B).- DEFINICIÓN.	28
C).- ETIOLOGÍA.	29
D).- TIPOS DE BRUXISMO.	32
E).- SIGNOS Y SÍNTOMAS.	34
F).- DIAGNÓSTICO.	39
G).- TRATAMIENTO.	41
IV.- TRAUMA POR OCLUSIÓN.	55
GLOSARIO.	60
CONCLUSIONES.	62
BIBLIOGRAFIA.	64

INTRODUCCIÓN

EL BRUXISMO ES EL APRETAMIENTO O RECHINAMIENTO DE LOS DIENTES-CUANDO LA PERSONA NO MASTICA O DEGLUTE. SUELE PRESENTARSE SIN TRASTORNOS O DEFECTOS NEUROLÓGICOS Y PODRÍA SER CONSIDERADO UN FENÓMENO PRESENTE EN PERSONAS SANAS, SIEMPRE QUE HAYA ALGUNOS OTROS FACTORES QUE LO DESENCADENEN.

LA MAYORÍA DE LA GENTE NO SE DA CUENTA DEL HÁBITO DEL BRUXISMO -- HASTA QUE ALGUIEN SE LO HACE NOTAR. PUEDE SER MUY RUIDOSO O BIEN - SILENCIOSO.

LAS PERSONAS QUE TIENEN BRUXISMO SUELEN COMENZAR CON LOS DIENTES- EN UNA POSICIÓN INTERCÚSPAL. TAMBIÉN PUEDEN SEPARAR LOS DIENTES Y- PRESIONAR SOBRE UN CONTACTO MAS DISTANTE. SI EL BRUXISMO INCLUYE - RECHINAMIENTO DENTAL ENÉRGICO CON PRODUCCIÓN DE RUIDO, EL DESGASTE- ES ACELERADO. EL DESGASTE POR BRUXISMO PUEDE SER OBSERVADO COMO PA- TRONES DE FACETAS. EL PATRÓN TÍPICO SUGIERE MOVIMIENTOS HACIA LOS- COSTADOS, PERO TAMBIEN SON COMUNES PEQUEÑOS MOVIMIENTOS RETRUSIVOS- ASIMÉTRICOS O MOVIMIENTOS PROTRUSIVOS MAS LARGOS SOBRE LAS SUPERFI- CIES LINGUALES DE LOS DIENTES ANTEROSUPERIORES.

ES POCO LO QUE SE SABE SOBRE LA PREVALENCIA DEL BRUXISMO EN POBLA- CIONES NORMALES, SE TIENE CONOCIMIENTO QUE SU PORCENTAJE ES DE 5 A- 20% EN ALGUNAS POBLACIONES, CON IGUAL NÚMERO DE CASOS EN HOMBRES -- QUE EN MUJERES. SIN EMBARGO, EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA FUERON MAYO- RÍA LAS MUJERES.

PROBABLEMENTE LA PREVALENCIA TOTAL DEL BRUXISMO SEA MAYOR YA QUE-

COMO OCURRE DURANTE EL SUEÑO MUCHAS PERSONAS NO SE DAN CUENTA QUE -
LO PADECEN.

COMO HÁBITO EL BRUXISMO ADQUIERE AÚN MÁS IMPORTANCIA PORQUE A - -
MEDIDA QUE LA RESPUESTA SE FORTALECE, LA POSIBILIDAD DE TRASTORNOS -
FUNCIONALES AUMENTAN. EL BRUXISMO PUEDE SER ESPECIALMENTE LESIVO -
SI EL UMBRAL DE RESISTENCIA BAJA DEBIDO A LA TENSION NEUROMUSCULAR-
PERSISTENTE O A UNA DEBILIDAD ESTRUCTURAL ORIGINADA EN UNA PATOLO--
GÍA PREVIA.

LA FINALIDAD DE ESTA TESIS ES DAR A CONOCER LA INFLUENCIA PERJUDI-
CIAL DE ESTE HÁBITO SOBRE LOS DIENTES, PARODONTO, MANDÍBULA, CARA,-
MÚSCULOS MASTICADORES, LENGUA, CARRILLOS Y ARTICULACIÓN TEMPOROMAN-
DIBULAR.

CAPÍTULO I

S I S T E M A G N Á T I C O

EL SISTEMA GNÁTICO ESTA CONSTITUIDO POR CUATRO COMPONENTES INTERDEPENDIENTES QUE SON: DIENTES, PERIODONTO, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES Y SISTEMA NEUROMUSCULAR. ES UN SISTEMA CON PARTES EN RELACIÓN ÍNTIMA, DE MANERA QUE SI EXISTE UN TRASTORNO O DISFUNCIÓN EN UNA DE ELLAS, LLEVA A TODO EL SISTEMA AL DESEQUILIBRIO.

EL OBJETIVO DE ESTE CAPÍTULO ES DESTACAR EL PAPEL FUNCIONAL DE - LOS COMPONENTES DEL SISTEMA BASÁNDONOS EN LAS CONDICIONES ANATÓMICAS NECESARIAS PARA SU ENTENDIMIENTO.

1.- DIENTES

LA PALABRA DIENTE ES UN NOMBRE GENÉRICO QUE DESIGNA LA UNIDAD -- ANATÓMICA DE LA DENTADURA, SEA CUAL FUERE LA POSICIÓN QUE GUARDA - EN LAS ARCADAS, PARA IDENTIFICAR CADA UNIDAD EN PARTICULAR SE AGREGA UN ADJETIVO QUE ESPECIFICA SU FUNCIÓN CORRESPONDIENTE. ASÍ SE TIENE: INCISIVO, CANINO, PREMOLAR Y MOLAR. LA FORMA DE CADA UNO DE LOS DIENTES ESTÁ CONDICIONADA DIRECTAMENTE POR LA FUNCIÓN QUE - DESEMPEÑA, ASÍ COMO DE LA POSICIÓN QUE GUARDA DENTRO DE LA ARCADA.

SU ESTRUCTURA FUNDAMENTAL ESTÁ COMPUESTA POR CUATRO ELEMENTOS -- QUE SON: ESMALTE, DENTINA, TEJIDO PULPAR Y CEMENTO QUE A SU VEZ - FORMA PARTE DEL PERIODONTO.

SUS RELACIONES ENTRE SI SON PRECISAS Y TAMBIÉN LO SON CON LOS -

DEMÁS COMPONENTES DEL SISTEMA GHÁTICO.

EL NÚMERO Y LA POSICIÓN RADICULAR GUARDA RELACIÓN DIRECTAMENTE -- CON EL ASPECTO FUNCIONAL DEL DIENTE PARA RESISTIR LAS CONSTANTES -- FUERZAS OCLUSALES A LAS QUE ESTÁ SOMETIDO. ASIMISMO, LOS DIENTES - DESEMPEÑAN UN PAPEL FUNDAMENTAL EN LA DEGLUCIÓN, FONACIÓN, PROPIO-- CEPCIÓN, SOPORTE DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, ASÍ COMO SO- PORTE DE LA MUSCULATURA FACIAL.

2.- PERIODONTO.

ESTA COMPUESTO POR UN CONJUNTO DE TEJIDOS INTEGRADO POR: ENCÍA,- HUESO ALVEOLAR, LIGAMENTO PERIODONTAL Y EL CEMENTO RADICULAR, CUYA- FUNCIÓN ES EL SOSTÉN DEL DIENTE.

EL CEMENTO RADICULAR SIENDO ANATÓMICAMENTE PARTE DEL DIENTE ES - CONSIDERADO PARTE DEL PERIODONTO DEBIDO A QUE SIRVE CONJUNTAMENTE- CON LOS DEMÁS ELEMENTOS PARA EL SOSTÉN DE LAS ESTRUCTURAS DENTA- - RIAS.

ESTOS TEJIDOS SE ENCUENTRAN ORGANIZADOS EN FORMA ÚNICA PARA REA- LIZAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

- 1.- INSERCIÓN DEL DIENTE EN SU ALVÉOLO.
- 2.- RESISTIR LAS FUERZAS GENERADAS POR LA MASTICACIÓN, FONACIÓN Y- DEGLUCIÓN.
- 3.- COMPENSAR LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES RELACIONADOS CON EL DESGAS- TE Y ENVEJECIMIENTO A TRAVÉS DE LA REMODELACIÓN CONTINUA Y REGENERA- CIÓN.

CON RELACIÓN A LAS FUERZAS DE LA OCLUSIÓN QUIEN DESEMPEÑA EL PAPEL MÁS IMPORTANTE ES EL LIGAMENTO PERIODONTAL, YA QUE REALIZA UNA FUNCIÓN ESPECÍFICA PARA RESISTIR LOS MOVIMIENTOS DENTALES.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL ES LA ESTRUCTURA DE TEJIDO CONECTIVO -- QUE RODEA A LA RAÍZ DENTARIA Y LA UNE AL HUESO ALVEOLAR. ES UNA -- CONTINUACIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO DE LA ENCÍA Y SE COMUNICA CON -- LOS ESPACIOS MEDULARES A TRAVÉS DE LOS CONDUCTOS VASCULARES DEL -- HUESO.

LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DEL LIGAMENTO PERIODONTAL SON LAS -- FIBRAS PRINCIPALES QUE SON: COLÁGENAS, DISPUESTAS EN HACES Y SI -- GUEN UN RECORRIDO ONDULADO, A LOS EXTREMOS DE ESTAS FIBRAS QUE SE -- INSERTAN EN CEMENTO Y HUESO SE LES DENOMINA FIBRAS DE SHARPEY. SE -- DISTRIBUYEN EN GRUPOS: GINGIVODENTALES, CRESTO-ALVEOLARES, HORIZON -- TALES, OBLICUAS, CIRCULARES Y APICALES, CADA UNA DE ELLAS DESEMPEÑA UNA FUNCIÓN ESPECÍFICA PARA RESISTIR LOS MOVIMIENTOS DENTALES POR -- OCLUSIÓN Y OTROS FACTORES.

EXISTEN TAMBIÉN OTROS HACES DE FIBRAS QUE SE EXTIENDEN SIN MUCHA -- REGULARIDAD ALREDEDOR DE LOS HACES DE FIBRAS PRINCIPALES. EN EL TE -- JIDO CONECTIVO INTERSTICIAL, ENTRE LOS GRUPOS DE FIBRAS PRINCIPALES SE HALLAN FIBRAS COLÁGENAS DISTRIBUIDAS CON MENOS REGULARIDAD QUE -- CONTIENEN VASOS SANGUÍNEOS, LINFÁTICOS Y NERVIOSOS.

EXISTEN ADEMÁS FIBRAS ELÁSTICAS Y OXITALÁNICAS QUE SE DISPONEN -- PRINCIPALMENTE ALREDEDOR DE LOS VASOS Y SE INSERTAN EN EL CEMENTO -- DEL TERCIO CERVICAL DE LA RAÍZ. ASIMISMO, EL LIGAMENTO CUENTA CON -- ELEMENTOS CELULARES DE LOS CUALES LOS MÁS NUMEROSOS SON FIBROBLAS -- TOS, CÉLULAS ENDOTELIALES, CEMENTOBLASTOS, OSTEÓBLASTOS Y OSTEÓCLAS

TOS.

EL LIGAMENTO PERIODONTAL TIENE DOS FUNCIONES ESPECÍFICAS MUY IMPORTANTES CON RESPECTO A LA OCLUSIÓN Y SON:

- 1.- TRANSMISIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES AL HUESO.
- 2.- RESISTENCIA AL IMPACTO DE LAS FUERZAS OCLUSALES.

CUANDO SE EJERCE UNA FUERZA AXIAL SOBRE EL DIENTE, HAY UNA TENDENCIA AL DESPLAZAMIENTO DE LA RAÍZ DENTRO DEL ALVÉOLO. LAS FIBRAS OBLICUAS ALTERAN SU FORMA ONDULADA Y ADQUIEREN UNA LONGITUD COMPLETA PARA SOPORTAR LA MAYOR PARTE DE ESA FUERZA OCLUSAL.

CUANDO SE EJERCE UNA FUERZA HORIZONTAL U OBLICUA EXISTEN DOS RESULTANTES: LA PRIMERA ACTÚA A NIVEL DEL LIGAMENTO Y LA SEGUNDA -- PROVOCA UN DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE ALREDEDOR DE UN EJE IMAGINARIO LLAMADO FÚLCRUM, SITUADO EN DIENTES UNIRRADICULARES EN LA -- UNIÓN DEL TERCIO MEDIO CON EL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ CON SOPORTE ÓSEO Y EN DIENTES MULTIRRADICULARES EN PLENO ESPACIO INTERRADICULAR. ESTE PUNTO PUEDE IR CAMBIANDO A MEDIDA QUE LA FUERZA AUMENTA O QUE LA DIMENSIÓN ÓSEA SE ALTERE. LA PARTE APICAL DE LA RAÍZ SE MUEVE EN DIRECCIÓN OPUESTA A LA PORCIÓN CORONARIA, EN ÁREAS DE TENSIÓN, LOS HACES DE FIBRAS PRINCIPALES ESTÁN TENSOS Y NO ONDULADOS.

EN AREAS DONDE HAY PRESIÓN LAS FIBRAS SE COMPRIMEN, EL DIENTE SE DESPLAZA Y EXISTE UNA DEFORMACIÓN CONCOMINANTE DEL HUESO EN DIRECCIÓN DEL MOVIMIENTO DE LA RAÍZ.

DE LA MISMA MANERA QUE EL DIENTE DEPENDE DEL LIGAMENTO PERIODONTAL CONFIERE SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA Y TÁCTIL QUE DETECTA Y LOCALIZA FUERZAS EXTRAÑAS QUE ACTÚAN SOBRE LOS DIENTES Y DESEMPEÑA -

UN PAPEL IMPORTANTE EN EL MECANISMO NEUROMUSCULAR QUE CONTROLA LA -
MUSCULATURA QUE PARTICIPA EN LA MASTICACIÓN.

3.- ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

ES UNA ARTICULACIÓN DE TIPO DIARTRÓSICA (ARTICULACIONES MÓVILES)-
BICONDÍLEA, CONSTITUIDA POR DOS GRUPOS DE ELEMENTOS QUE SON: SUPER-
FICIES ARTICULARES Y MEDIOS DE FIJACIÓN.

SUPERFICIES ARTICULARES:

CÓNDILO DE TEMPORAL.

CÓNDILO DE LA MANDÍBULA.

CAVIDAD GLENOIDEA.

DISCO INTERARTICULAR.

EL CÓNDILO DEL TEMPORAL ES CÓNCAVO POR ATRÁS Y CONVEXO POR ADELAN-
TE, CONSTITUIDO POR LA RAÍZ TRANSVERSA DEL ARCO CIGOMÁTICO Y MARCA-
EL LÍMITE ANTERIOR DE LA CAVIDAD GLENOIDEA.

EL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA ES UNA EMINENCIA OVOIDE CON SU EJE MA-
YOR DIRIGIDO HACIA ATRÁS Y HACIA ADENTRO, SE ENCUENTRA UNIDO A LA -
RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA POR UNA PORCIÓN ESTRECHA LLAMADA --
CUELLO, ESTA PRESENTA RUGOSIDADES EN SU PORCIÓN ANTEROINTERNA DONDE
SE INSERTA EL PTERIOGOIDEO EXTERNO.

EL CÓNDILO MANDIBULAR PRESENTA DOS VERTIENTES, UNA ANTEROSUPERIOR
ARTICULAR Y OTRA POSTEROSUPERIOR NO ARTICULAR QUE SE ENCUENTRAN SE-
PARADAS POR LA CRESTA TRANSVERSAL Y CUBIERTAS POR TEJIDO FIBROSO,

LA CAVIDAD GLENOIDEA SE ENCUENTRA SITUADA POR ATRÁS DEL CÓNDILO -

DEL TEMPORAL, ES UNA DEPRESIÓN PROFUNDA DE FORMA ELIPSOIDAL, CUYO EJE MAYOR SE DIRIGE HACIA ATRÁS Y HACIA ADETRÁS,

ESTÁ LIMITADA ANTERIORMENTE POR EL CÓNDILO DEL TEMPORAL Y POSTERIORMENTE POR LA CRESTA PETROSA Y LA APÓFISIS VAGINAL, EN SU PARTE EXTERIOR LIMITA CON LA RAÍZ LONGITUDINAL DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA Y POR DENTRO CON LA ESPINA DEL ESFENOIDES. ESTÁ DIVIDIDA EN DOS PARTES POR LA CISURA DE GLASSER DE LAS CUALES SOLO LA ANTERIOR ES ARTICULAR Y SE HALLA RECUBIERTA POR TEJIDO FIBROSO, LA POSTERIOR CARECE DE REVESTIMIENTO Y FORMA LA PARED ANTERIOR DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO.

DADO LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS SUPERFICIES ARTICULARES DE LOS CÓNDILOS, DONDE NO EXISTE ADAPTACIÓN, ÉSTA SE REALIZA POR MEDIO DE UN DISCO INTERARTICULAR DE FORMA ELÍPTICA Y DE EJE MAYOR PARALELO AL CÓNDILO DEL TEMPORAL, UNA DE SUS CARAS MIRA HACIA ARRIBA Y ADELANTE Y LA OTRA HACIA ABAJO Y ATRÁS. CON RELACIÓN AL CÓNDILO DEL TEMPORAL ES CÓNCAVO EN SU PARTE ANTERIOR Y CONVEXO EN SU PARTE POSTERIOR, EN RELACIÓN AL CÓNDILO MANDIBULAR ES CÓNCAVO EN TODA SU EXTENSIÓN. SUS DOS EXTREMOS, EL INTERNO Y EXTERNO, SE DOBLAN LIGERAMENTE HACIA ABAJO Y SE FIJAN AL CÓNDILO POR LO QUE AL MOVERSE LA MANDÍBULA, EL DISCO ACOMPAÑA AL CÓNDILO EN SU MOVIMIENTO, EXISTEN CUATRO ZONAS RECONOCIDAS EN EL DISCO: BANDA ANTERIOR, ZONA INTERMEDIA, BANDA POSTERIOR Y ZONA BILAMINAR.

MEDIOS DE FIJACIÓN.

CÁPSULA ARTICULAR.

LIGAMENTOS INTRÍNSECOS O LATERALES.

LIGAMENTOS EXTRÍNSECOS.

LA CÁPSULA ARTICULAR EN SU PORCIÓN SUPERIOR SE INSERTA POR ADELANTE EN LA RAÍZ TRANSVERSA DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA, POR ATRÁS EN EL LABIO DE LA CISURA DE GLASSER, POR FUERA EN EL TUBÉRCULO CIGOMÁTICO Y EN LA RAÍZ LONGITUDINAL DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA Y POR DENTRO, EN LA BASE DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES, SU EXTREMIDAD INFERIOR SE INSERTA EN EL CUELLO DEL CÓNDILO. LA SUPERFICIE INTERNA DE LA CÁPSULA ESTÁ RECUBIERTA POR UNA SINOVIAL, EN ELLA SE INSERTA EL REBORDE DEL DISCO QUEDANDO ASÍ DIVIDIDA EN UNA PORCIÓN SUPRADISCAL Y OTRA INFRADISCAL. LA MEMBRANA SINOVIAL TIENE UNA RICA VASCULARIZACIÓN, ELABORA UN FLUIDO LUBRICANTE Y NUTRICIONAL.

JUNTO CON LOS LIGAMENTOS EXTERNO E INTERNO LA CÁPSULA ENVUELVE A LAS ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACIÓN Y JUNTOS TIENDEN A LIMITAR SUS MOVIMIENTOS.

LOS LIGAMENTOS INTRÍNSECOS O LATERALES SON DOS: EL LIGAMENTO LATERAL EXTERNO, QUE SE INSERTA EN EL TUBÉRCULO CIGOMÁTICO Y EN LA PORCIÓN CONTIGUA DE LA RAÍZ LONGITUDINAL EN SU PORCIÓN SUPERIOR Y DESCENDE PARA INSERTARSE EN LA PARTE POSTEROEXTERNA DEL CUELLO DEL CÓNDILO Y EL LIGAMENTO LATERAL INTERNO, QUE TIENE SU INSERCIÓN POR FUERA DE LA BASE DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES Y SU INSERCIÓN INFERIOR EN LA PORCIÓN POSTEROINTERNA DEL CUELLO DEL CÓNDILO.

LOS LIGAMENTOS EXTRÍNSECOS O AUXILIARES SON TRES: EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR, QUE TIENE SU INSERCIÓN SUPERIOR EN LA PORCIÓN EXTERNA DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES Y TERMINA INSERTÁNDOSE EN EL VÉRTICE

Y EN EL BORDE POSTERIOR DE LA ESPINA DE SPIX O LÍNGUAL, ESTE LIGAMENTO CUBRE AL LIGAMENTO LATERAL INTERNO.

EL LIGAMENTO ESTILOMAXILAR SE INSERTA POR ARRIBA CERCA DEL VÉRTICE DE LA APÓFISIS ESTILOIDES Y POR ABAJO EN EL TERCIO INFERIOR DEL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR.

EL LIGAMENTO PTERIGOMAXILAR PARTE DEL ALA INTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES HASTA LA PARTE POSTERIOR DEL REBORDE ALVEOLAR DEL MAXILAR INFERIOR.

LA PRINCIPAL FUNCIÓN DE LOS LIGAMENTOS ES LA DE LIMITAR LA EXTENSIÓN DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

LA MANDÍBULA TIENE PATRONES DE FUNCIÓN MUY CARACTERÍSTICOS QUE --
DEPENDEN DE DOS DETERMINANTES:

1.- LOS LÍMITES ANATÓMICOS DE MOVIMIENTO IMPUESTOS A LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR POR LAS SUPERFICIES ARTICULARES Y SUS LIGAMENTOS.

2.- LA ACCIÓN FISIOLÓGICA DE LOS MÚSCULOS CUANDO MUEVEN LA MANDÍBULA.

ESTO HACE INSEPARABLE LA ACCIÓN CONJUNTA DE LAS ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR PARA ENTENDER EL FUNCIONAMIENTO DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA OCLUSIÓN EN EL DESEMPEÑO DE UNA FUNCIÓN ADECUADA DE ESTOS DOS COMPONENTES DEL SISTEMA GNÁTICO.

SISTEMA NEUROMUSCULAR

SERÁ DE NUESTRO INTERÉS EL TRATAR SOLAMENTE LOS MÚSCULOS QUE INTERVIENEN DIRECTAMENTE EN LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES DE APERTURA, CERRADO Y MOVIMIENTOS LATERALES Y PROTRUSIVOS, LLAMADOS MÚSCULOS -- MASTICADORES.

MÚSCULO TEMPORAL.— OCUPA LA FOSA TEMPORAL, ES DE FORMA TRIANGULAR Y APLANADA, SUS INSERCIONES SUPERIORES SON LA LÍNEA CURVA TEMPORAL - INFERIOR, FOSA TEMPORAL, APONEUROSIS TEMPORAL Y ARCO CIGOMÁTICO. SU INSERCIÓN INFERIOR SE ENCUENTRA EN LA APÓFISIS CORONOIDES DE LA MANDÍBULA. TIENE TRES GRUPOS DE FIBRAS HORIZONTALES O POSTERIORES, MEDIAS O VERTICALES Y ANTERIORES U OBLICUAS.

LA FUNCIÓN DE ESTE MÚSCULO ES LA ELEVACIÓN Y LA RETRUSIÓN MANDIBULAR.

MÚSCULO MASETERO.— ES UN MÚSCULO ADOSADO A LA CARA EXTERNA DE LA RAMA DE LA MANDÍBULA, ESTÁ COMPUESTO DE DOS FASCÍCULOS QUE SE ENCUENTRAN SEPARADOS ENTRE SÍ POR TEJIDO CONJUNTIVO. EL FASCÍCULO SUPERFICIAL SE EXTIENDE DEL BORDE INFERIOR DEL ARCO CIGOMÁTICO AL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA, EL FASCÍCULO PROFUNDO SE INSERTA EN LOS DOS TERCIOS POSTERIORES DEL ARCO CIGOMÁTICO Y DESCIENDE PARA INSERTARSE EN EL GÓNION MANDIBULAR Y PARTE DEL REBORDE MANDIBULAR INFERIOR. LA ACCIÓN PRINCIPAL DE ESTE MÚSCULO ES LA ELEVACIÓN MANDIBULAR E INTERVIENE EN LA PROTRUSIÓN.

MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.- ES CONSIDERADO COMO PTERIGOIDEO MEDIAL O MASETERO INTERNO POR SU SIMILITUD EN DISPOSICIÓN CON EL MASETERO. SU INSERCIÓN SUPERIOR ESTÁ EN LA FOSA PTERIGOIDEA Y POR ABAJO SE INSERTA EN LAS RUGOSIDADES DEL GÓNION, SUS FIBRAS SE DIRIGEN HACIA ABAJO, ATRÁS Y AFUERA LO QUE DETERMINA SU FUNCIÓN.

SU ACCIÓN ES ELEVAR Y PROTRUIR LA MANDÍBULA ASÍ COMO ACOMPAÑAR EN LOS MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD AL PTERIGOIDEO EXTERNO.

MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.- TIENE FORMA DE CONO, SU BASE CORRESPONDE AL CRÁNEO Y EL VÉRTICE AL CÓNDILO MANDIBULAR, OCUPA LA FOSA CIGOMÁTICA. ESTÁ CONSTITUIDO POR DOS HACES MUSCULARES, EL SUPERIOR O ESFENOIDAL QUE SE INSERTA EN LA PARTE EXTERNA DEL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES QUE FORMA LA FOSA CIGOMÁTICA, EL INFERIOR O PTERIGOIDAL QUE SE INSERTA EN LA CARA EXTERNA DEL ALA EXTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES, DE SUS INSERCCIONES LOS DOS HACES PARTEN HACIA ATRÁS Y SE UNEN E INSERTAN JUNTOS EN EL CUELLO DEL CÓNDILO Y EN EL DISCO INTERARTICULAR. SU ACCIÓN CUANDO HAY UNA CONTRACCIÓN SIMULTÁNEA DE LOS DOS MÚSCULOS (IZQUIERDO Y DERECHO) ES LA PROTRUSIÓN Y LA CONTRACCIÓN AISLADA DE UNO DE ELLOS PROVOCA MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DEL LADO CONTRARIO DONDE SE REALIZA LA CONTRACCIÓN.

EXISTEN OTROS MÚSCULOS QUE TAMBIÉN PARTICIPAN EN LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES Y SON LOS RESPONSABLES DEL MOVIMIENTO DE APERTURA, ESTOS SON LOS SUPRA E INFRAHIOIDEOS.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE LOS MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS (GENIOHIOIDEOS, MILOHIOIDEO, DIGÁSTRICO Y ESTILOHIOIDEO) SON LOS RESPONSABLES-

DEL MOVIMIENTO DE APERTURA MANDIBULAR SIEMPRE Y CUANDO EL HUESO HIOIDES SE ENCUENTRE FIJO. SI POR EL CONTRARIO LA MANDÍBULA SE ENCUENTRA EN CIERRE O INMÓVIL, LA CONTRACTURA DE LOS SUPRAHIOIDEOS ELEVARÁ EL HUESO HIOIDES INTERVINIENDO ASÍ EN EL ACTO DE LA DEGLUSIÓN,

PARA QUE EL HUESO HIOIDES SE FIJE O INMOVICICE Y A LA VEZ LE PERMITA A LOS SUPRAHIOIDEOS ABATIR LA MANDÍBULA, ES NECESARIO QUE LOS-INFRAHIOIDEOS (TIROHIOIDEO, ESTERNOHIOIDEO, ESTERNOTIROIDEO Y OMOHIOIDEO) FIJEN AL HUESO HIOIDES.

EXISTEN OTROS MÚSCULOS QUE INTERVIENEN EN LA MASTICACIÓN COMO SON LOS POSTERIORES DE LA NUCA (ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO, TRAPECIO, MÚSCULOS INTRÍNSECOS DEL CUELLO), QUE ESTABLECEN UN EQUILIBRIO CON SU --ANTAGONISMO MUSCULAR,

TODOS LOS MÚSCULOS DE LA MANDÍBULA PARTICIPAN EN CADA MOVIMIENTO-DE ELLA. LOS MÚSCULOS ACTÚAN COMO GRUPOS, NO COMO MÚSCULOS AISLADOS. EN CADA MOVIMIENTO, CIERTOS GRUPOS MUSCULARES SE COMPORTAN --COMO ACTIVOS, OTROS COMO EQUILIBRADORES Y OTROS COMO FIJADORES.

GIBBS Y COLABORADORES REALIZANDO UN ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD ELECTROMIOGRÁFICA DE LOS MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN, DEMOSTRARON QUE --EXISTE UNA ACTIVIDAD SIMULTÁNEA MUSCULAR Y QUE EN UN MOVIMIENTO ESPECÍFICO SIEMPRE EXISTE LA COACTIVACIÓN Y COOPERACIÓN DE MÚSCULOS-ANTAGONISTAS LO CUAL ES UN FACTOR IMPORTANTE EN EL CONTROL DE LA -ESTABILIDAD MANDIBULAR Y COMO PROTECCIÓN DE MOVIMIENTOS MANDIBULARES EVENTUALES.

LAS FUNCIONES MUSCULARES DEPENDEN DE LOS MOVIMIENTOS QUE SE REALI

ZAN, TODA ACTIVIDAD DE LOS MÚSCULOS MANDIBULARES O DE LA MASTICACIÓN SERÁ CONTROLADA POR ELEMENTOS DEL SISTEMA NERVIOSO, POR ELLO TODO MOVIMIENTO DE LA MANDÍBULA ES LA CONSECUENCIA DE LA ACTIVIDAD COMBINADA DE MÚSCULOS Y NERVIOS, ESTAS COMBINACIONES ESTABLECEN EL MECANISMO NEUROMUSCULAR.

UN SISTEMA REFLEJO NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVO REGULA LA ACTIVIDAD MUSCULAR QUE PRODUCE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES. IMPULSOS SENSORIALES QUE SE TRANSMITEN A TRAVÉS DE FIBRAS LOCALIZADAS DENTRO DE LOS MÚSCULOS, EN EL PERIOSTIO DEL HUESO, LA MUCOSA BUCAL, EL LIGAMENTO PERIODONTAL Y LOS LIGAMENTOS JUNTO CON LA CÁPSULA ARTICULAR PARTICIPAN EN EL CONTROL DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

LAS CÉLULAS DE LAS FIBRAS SENSORIALES HACEN SINAPISIS CON LAS NEURONAS DEL NERVIIO TRIGÉMINO FORMANDO UN ARCO REFLEJO, ÉSTO A SU VEZ REGULA LA ESTIMULACIÓN MOTORA DE LOS MÚSCULOS, QUE ENTONCES MODIFICAN LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA. ADEMÁS DE REGULAR LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES, LOS REFLEJOS NEUROMUSCULARES INTERVIENEN EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA OCLUSIÓN.

EN TÉRMINOS GENERALES SE DETERMINA QUE, LAS SUPERFICIES ÓSEAS SON LAS ENCARGADAS DE GUIAR EL MOVIMIENTO MANDIBULAR, LOS MÚSCULOS SON LOS QUE GENERAN LA FUERZA Y LOS LIGAMENTOS LIMITAN LA EXTENSIÓN DE LOS MOVIMIENTOS.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS DE OCLUSIÓN ORGÁNICA

LA SALUD DE LOS COMPONENTES QUE FORMAN EL SISTEMA GNÁTICO DEPENDE DE UNA OCLUSIÓN DENTARIA ARMONIOSA SIN FUERZAS EXCESIVAS, YA QUE ÉSTAS ACELERAN EL DETERIORO DE LOS SECTORES MÁS DEBILES DEL SISTEMA.

SE DESTACARÁN A CONTINUACIÓN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN ORGÁNICA, CONSIDERÁNDOLA COMO UNA OCLUSIÓN ESTABLE QUE BUSCA QUE -- LAS FUERZAS OCLUSALES SE DISTRIBUYAN ALINEADAS CON LOS EJES LONGITUDINALES DE LOS DIENTES ASÍ COMO LA ARMONÍA DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA GNÁTICO.

LA OCLUSIÓN ORGÁNICA ES LA QUE MAS ARMONIZA CON EL MECANISMO MÚSCULO-CONDILAR, LA BIO-MECÁNICA ES LA MEJOR JUSTIFICACIÓN PARA LA -- CREACIÓN DE UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA.

SE CONSIDERA A LA OCLUSIÓN ORGÁNICA IDEAL, AUNQUE ES CONOCIDA LA DIFICULTAD DE QUE UNA OCLUSIÓN REPITA TODAS LAS CARACTERÍSTICAS DE ÉSTA, PERO ESTO NO IMPIDE QUE SE BUSQUE UNA OCLUSIÓN ÓPTIMA DE -- ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES QUE SE PRESENTEN.

LA OCLUSIÓN ORGÁNICA PARTE DE UN CONCEPTO FUNDAMENTAL, LA CORRELACIÓN ENTRE LA POSICIÓN DE RELACIÓN CÉNTRICA Y OCLUSIÓN CÉNTRICA.

1.- RELACIÓN CÉNTRICA - OCLUSIÓN CÉNTRICA.

LA DEFINICIÓN CLÁSICA DE LA RELACIÓN CÉNTRICA ES LA DE UNA POSICIÓN ÓSEA EN LA CUAL LOS CÓNDILOS SE ENCUENTRAN EN SU POSICIÓN MÁS-POSTERIOR, SUPERIOR Y MEDIA DENTRO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA, O COMO

ACTUALMENTE LA DEFINEN ALGUNOS AUTORES, COMO LA POSICIÓN ÓPTIMA -- DEL CÓNDILO DENTRO DE SU CAVIDAD GLENOIDEA, PUNTO DE PARTIDA Y LLEGADA DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

SE CONSIDERA QUE ES LA POSICIÓN FISIOLÓGICA DE LOS CÓNDILOS CUANDO LA MANDÍBULA ES ELEVADA CON FIRMEZA POR LA FUNCIÓN MUSCULAR NORMAL, ÉSTA SIN EMBARGO DEPENDE DE LA AUSENCIA DE INTERFERENCIAS DESVIANTES ORIGINADAS EN LAS ESTRUCTURAS DENTARIAS.

LAS CÚSPIDES NO DEBEN DESVIAR LA MANDÍBULA NI GUIAR SU CIERRE EN EL VIAJE HACIA CÉNTRICA, LOS DIENTES NO DEBEN TOCARSE EN NINGUNA - PARTE Y EN NINGÚN TIEMPO, TODOS LOS DIENTES CIERRAN AL MISMO TIEMPO ESTANDO LA MANDÍBULA EN RELACIÓN CÉNTRICA.

LA OCLUSIÓN CÉNTRICA SE DEFINE COMO LA MÁXIMA INTERCUSDADACIÓN - ENTRE UNA ARCADEA Y SU ANTAGONISTA, INDEPENDIENTE DE LA POSICIÓN CONDILAR. ES UNA POSICIÓN DENTARIA, LLAMADA TAMBIÉN OCLUSIÓN DE CONVENIENCIA HABITUAL.

SE CONSIDERA QUE CON LA CORRELACIÓN DE ESTAS DOS CARACTERÍSTICAS SE OBTENDRÁ UN FUNCIONAMIENTO NORMAL Y FISIOLÓGICO DEL SISTEMA GNÁTICO, SIN EMBARGO, SOLO UN POCO MÁS DEL 10% DE LA POBLACIÓN TIENE UNA COMPLETA ARMONÍA ENTRE DIENTES Y ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. ÚNICAMENTE EN ESTE PEQUEÑO GRUPO LLEGAN LOS DIENTES A SU - - MÁXIMA INTERCUSDADACIÓN CUANDO LA MANDÍBULA ESTÁ EN SU POSICIÓN -- TERMINAL DE RELACIÓN CÉNTRICA; EN EL OTRO 90% DE LA POBLACIÓN, LA POSICIÓN DE MÁXIMA INTERCUSDADACIÓN ESTÁ A L.25MM., MÁS O MENOS -- POR DELANTE DE LA POSICIÓN DE RELACIÓN CÉNTRICA MANDIBULAR.

LA FALTA DE ARMONÍA ENTRE LA OCLUSIÓN CÉNTRICA Y LA RELACIÓN CÉNTRICA LLEVA A UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA O ANORMAL.

LAS RESPUESTAS SINTOMÁTICAS DEPENDEN DEL GRADO DE ADAPTABILIDAD--

DEL INDIVIDUO Y DE FACTORES QUE PUEDEN ALTERAR EL UMBRAL DE ADAPTACIÓN DISMINUYENDO LA RESISTENCIA DEL INDIVIDUO, PROVOCANDO ASÍ LAS MANIFESTACIONES DE UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA.

2.- DISCLUSIÓN INMEDIATA ANTERIOR.

EN UN CIERRE MANDIBULAR RELACIONADO CÉNTRICAMENTE CUALQUIER MOVIMIENTO HACIA ADELANTE O HACIA UN LADO REQUIERE DE UNA DISCLUSIÓN INMEDIATA REALIZADA POR LOS DIENTES ANTERIORES.

CUANDO LA MANDÍBULA SE PROYECTA HACIA ADELANTE, LOS DIENTES POSTERIORES DESOCLUEN Y LOS ANTERIORES SE TOCAN EN VARIOS PUNTOS.

CUANDO LA MANDÍBULA HACE UN MOVIMIENTO LATERAL SOLO LOS CANINOS-DE ESE LADO HACEN CONTACTO PERMITIENDO LA DESOCLUSIÓN POSTERIOR.

LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES POSTERIORES DEBEN VIAJAR LIBREMENTE POR LOS SURCOS DE BALANCE, TRABAJO Y PROTRUSIÓN EN CONCORDANCIA -- CON LAS DIRECCIONES EN QUE VIAJAN SIN TENER INTERFERENCIAS.

LA SITUACIÓN ANATÓMICA Y LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL CANINO-LO HACEN UN DIENTE PROPICIO PARA LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN LA OCLUSIÓN ORGÁNICA, LA LONGITUD DE SU RAÍZ Y SU ESTRUCTURA QUE LO SOPORTA JUSTIFICAN SU FUNCIÓN.

LOS CANINOS SIRVEN PARA MARCAR UN ALTO A LOS MOVIMIENTOS EXCÉN--TRICOS POR MEDIO DE UN MECANISMO PROPIOCEPTIVO, DANDO UNA POSICIÓN DE DESCANSO. ESTA RELACIÓN CONSISTE EN UN ROMPIMIENTO INMEDIATO - DE LA TENSIÓN DE LOS MÚSCULOS TEMPORALES Y MASETEROS REDUCIÉNDOSE--ASÍ LA MAGNITUD DE LA FUERZA APLICADA Y PROPICIANDO UNA POSICIÓN - DE DESCANSO CUANDO SE HACE EL INTENTO DE LLEVAR LA MANDÍBULA A RE-

LACIONES EXCÉNTRICAS,

LOS CANINOS NO GUÍAN LA OCLUSIÓN SIMPLEMENTE SIRVEN PARA MARCAR UN LÍMITE A LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES EXCÉNTRICOS.

3.- FUNCIÓN POR GRUPOS ESPECIALIZADOS.

LA OCLUSIÓN ORGÁNICA ES PROTECTORA EN ESENCIA, CUANDO LOS DIEN--
TES POSTERIORES OCLUYEN, PROTEGEN A LOS INCISIVOS Y CANINOS, EN UN
MOVIMIENTO PROTRUSIVO LOS INCISIVOS PROTEGEN A LOS CANINOS Y DIEN--
TES POSTERIORES Y EN MOVIMIENTO DE LATERALIDAD LOS CANINOS PROTE--
GEN A LOS ANTERIORES Y POSTERIORES, AL EFECTUAR SU FUNCIÓN SE PRO--
TEGEN.

CUALQUIER GRUPO PUEDE FUNCIONAR ADECUADAMENTE SIN INTERFERENCIAS
DE LOS DEMÁS, LA PERSONA PUEDE USAR SUS DIENTES POR GRUPOS ESPECIA
LIZADOS O TODOS JUNTOS SI ASÍ LO DESEA, PODRÁ USAR SUS INCISIVOS -
SIN COLISIONES CUSPÍDEAS POSTERIORES, PODRÁ TRITURAR SUS ALIMENTOS
ENTRE MOLARES Y PREMOLARES SIN CHOQUES O INTERFERENCIAS.

EL PERIODONTO ESTARÁ PROTEGIDO EVITANDO FUERZAS OCLUSALES LATERA
LES Y ESTANDO ÉSTAS DIRIGIDAS A LOS EJES LONGITUDINALES DE LOS - -
DIENTES, PARA MOVER UN DIENTE LATERALMENTE .001 DE PULGADA SE NECE
SITAN 21 LIBRAS DE PRESIÓN, PARA MOVILIZARLO .001 DE PULGADA EN --
SENTIDO LONGITUDINAL, SE NECESITAN 1300 LIBRAS.

ASIMISMO, TENEMOS QUE LOS DIENTES TIENEN UNA FUNCIÓN DISTINTA --
DEPENDIENDO DE SU MORFOLOGÍA. ASÍ TENEMOS QUE, CORTAR ES UNA FUN--
CIÓN ESPECÍFICA PARA LOS INCISIVOS, DESGARRAR PARA LOS CANINOS Y -
LA TRITURACIÓN PARA MOLARES Y PREMOLARES.

4.- OCLUSIÓN CÚSPIDE- FOSA.-

UNA CÚSPIDE ESTAMPADORA OCLUYE EN LA FOSA OPUESTA EN LA OCLUSIÓN ORGÁNICA. BAJO LA RELACIÓN DE UNO A UNO, LAS CÚSPIDES DE LOS PREMOLARES INFERIORES OCLUYEN EN LA FOSA MESIAL DE LOS PREMOLARES SUPERIORES, LAS CÚSPIDES DE LOS MOLARES INFERIORES OCLUYEN HACIA -- LAS FOSAS MESIAL, CENTRAL Y DISTAL DE LOS MOLARES SUPERIORES Y LAS CÚSPIDES DE LOS MOLARES SUPERIORES OCLUYEN EN LA FOSA CENTRAL Y DISTAL DE LOS MOLARES INFERIORES, LA OCLUSIÓN CÚSPIDE - FOSA TRAE UNA FUERZA OCLUSAL A TRAVÉS DEL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE Y JUEGA UN IMPORTANTE PAPEL FISIOLÓGICO,

LA SITUACIÓN ANTERIOR ES DIFÍCIL ENCONTRARLA EN DIENTES NATURALES (HABITUALMENTE SE PUEDE USAR SOLO CUANDO SE RESTAURAN MUCHOS DIENTES Y SUS ANTAGONISTAS),

LO MÁS COMÚN (95%) ES LOCALIZAR UNA RELACIÓN CÚSPIDE-CRESTA MARGINAL DEL ANTAGONISTA, ES UNA RELACIÓN DE UN DIENTE A DOS.

ES LA MÁS UTILIZADA EN RESTAURACIONES PARCIALES O INDIVIDUALES. -

LA RELACIÓN DE SU FUERZA NO ESTÁ DIRIGIDA AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE Y PUEDE PROVOCAR LA IMPACTACIÓN DE ALIMENTOS Y DESPLAZAMIENTO DENTARIO.

POR SU FUNCIÓN LAS CÚSPIDES SE DENOMINAN COMO ESTAMPADORAS LAS -- QUE OCLUYEN EN UNA FOSA Y COMO CORTADORAS LAS QUE NO,

5.- TRIPODISMO CUSPIDEO.-

LAS CÚSPIDES SON LAS UNIDADES DE LA OCLUSIÓN ORGÁNICA, ÉSTAS DEBEN COORDINARSE CON SUS Oponentes Y CON LOS MOVIMIENTOS MANDIBULA--

RES. CUANDO LA OCLUSIÓN ESTÁ BIEN ORGANIZADA, TENDRÁ SU FOSA - - CORRESPONDIENTE Y ANTAGONISTA PARA HACER CONTACTO, ESTE CONTACTO - DEBERÁ SER TRÍPODE, ASÍ COMO LOGRAR MÚLTIPLES CONTACTOS PEQUEÑOS - EN TODA LA SUPERFICIE OCLUSAL. ES IMPORTANTE LA LOCALIZACIÓN DE - TRES CONTACTOS QUE PROPORCIONAN ESTABILIDAD OCLUSAL, ASÍ COMO DE - CONTACTOS ORIGINADOS EN SENTIDO MESIO-DISTAL QUE PROPORCIONAN ESTABILIDAD AL CONTACTO OCLUSAL Y EVITAN DESPLAZAMIENTOS.

LA SUPERFICIE TOTAL DE CONTACTO CUSPÍDEOS CON SUS CORRESPONDIENTES FOSAS ES DE APROXIMADAMENTE 4MM., SEGÚN EL DR. SHAW, SIENDO -- ESTA SUPERFICIE LA QUE ESTABILIZA LA OCLUSIÓN Y LA SUPERFICIE PRÓXIMA A ESTOS CONTACTOS LA QUE TRITURA Y DESMENUZA LOS ALIMENTOS.

AL REALIZAR UN PROCEDIMIENTO DE REHABILITACIÓN OCLUSAL SE PUEDEN ELABORAR CARAS OCLUSALES MÁS REDUCIDAS OBTENIENDO LA POSIBILIDAD - DE RECIBIR FUERZAS OCLUSALES ALINEADAS CON LOS EJES MAYORES DE LOS DIENTES.

LA OCLUSIÓN ORGÁNICA ES CONVENIENTE PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN OCLUSAL. CUANDO SE OBTIENE ÉSTA POR MEDIOS PROTÉJICOS CON TODAS LAS CARACTERÍSTICAS YA ANTES SEÑALADAS SE DENOMINA OCLUSIÓN GNATOLÓGICA.

CUANDO UNA DENTICIÓN NATURAL POSEE ESTAS CARACTERÍSTICAS SE DENOMINA OCLUSIÓN FISIOLÓGICA IDEAL.

CON LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES PODEMOS DEDUCIR QUE UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA DEBE PRESENTAR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

1.- FIRME CONTACTO DE TODOS LOS DIENTES POSTERIORES CUANDO LOS CÓNDILOS SE ENCUENTRAN EN POSICIÓN DE RELACIÓN CÉNTRICA.

- 2.- DESOCCLUSIÓN DE DIENTES POSTERIORES AL PROTUIR LA MANDÍBULA.
- 3.- DESOCCLUSIÓN DE DIENTES POSTERIORES Y AUSENCIA DE CONTACTOS EN ANTERIORES EN MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD, DICTADOS POR EL CANINO.
- 4.- CONTACTOS OCLUSALES NUMEROSOS, PERO DE REDUCIDO TAMAÑO.

CAPÍTULO III

B R U X I S M O

GENERALIDADES.-

EL TÉRMINO BRUXISMO DERIVA DEL FRANCÉS "LE BRUXOMANIE" , ESTABLECIDO EN 1907 POR MARIE Y PIETKIEWICZ. FROHMAN FUÉ POSIBLEMENTE EL PRIMERO QUE USÓ LA PALABRA "BRUXISMO" EN 1931, KAROLYI NO EMPLEÓ - EL TÉRMINO BRUXISMO PERO INTRODUJO LA MAYORÍA DE LOS ACTUALES CONCEPTOS SOBRE ESTE PADECIMIENTO EN 1901.

LA TENDENCIA DE APRETAR LOS MAXILARES Y RECHINAR LOS DIENTES, - ASOCIADA CON ANGUSTIA O AGRESIVIDAD, HA SIDO OBSERVADA Y DESCRITANTO EN ANIMALES COMO EN EL HOMBRE.

EL RECHINAMIENTO DE LOS DIENTES FUÉ ASOCIADO CON TENSIÓN O CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS DESDE LOS PRIMEROS RELATOS HISTÓRICOS, LO -- CUAL INDICA QUE FUÉ RECONOCIDO HACE CIENTOS DE AÑOS.

ES MUY COMÚN Y PROBABLEMENTE NORMAL, LA TENDENCIA TRANSITORIA A APRETAR FIRMEMENTE LOS MAXILARES Y LOS DIENTES AL EFECTUAR UN ES-- FUERZO O PARA HACER CESAR UNA MANIFESTACIÓN EMOCIONAL COMO EL LLAN TO, O BIEN PARA EXPRESAR DETERMINACIÓN.

POR LO TANTO, LA TENSIÓN NERVIOSA NO ESPECÍFICA, E INCLUSO LA TENSIÓN FÍSICA MUY PRONUNCIADA (LEVANTAR O EMPUJAR OBJETOS PESADOS, - O REALIZAR ALGÚN TRABAJO DIFÍCIL) SUELEN ESTAR ASOCIADOS CON UN -- APRETAR DE DIENTES Y MAXILARES, ESTO NO DEBE CONSIDERARSE COMO BRUXISMO; SIN EMBARGO, SÍ DEBE CONSIDERARSE TAL EL APRETAMIENTO NO FUN-

CIONAL, HABITUAL Y PERSISTENTE EN OCLUSIÓN CÉNTRICA SIN TENSIÓN EMOCIONAL OBVIA O NECESIDAD PARA TAL FIJACIÓN.

EL BRUXISMO SE DEFINE COMÚNMENTE COMO "EL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTO DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES SIN PROPÓSITOS FUNCIONALES".

D E F I N I C I Ó N

BRUXISMO.- ES EL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTO DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES SIN PROPÓSITOS FUNCIONALES, QUE SUELE REGISTRARSE DURANTE - EL SUEÑO (CONSISTE EN EXCURSIONES INVOLUNTARIAS DE LA MANDÍBULA QUE PRODUCEN UN CHOQUE PERCEPTIBLE, RECHINAMIENTO, CHOQUE CÚSPIDEO Y -- OTROS EFECTOS TRAUMÁTICOS).

EL BRUXISMO SE INICIA DURANTE EL SUEÑO LIGERO O EN PERÍODOS DE -- ABSTRACCIÓN, ALGUNOS AUTORES COINCIDEN EN EL SENTIDO DE QUE EL FACTOR CAUSAL MÁS FRECUENTE PARA LA INICIACIÓN DEL BRUXISMO ES LA DISCREPANCIA ENTRE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA INVARIABLEMENTE ÉSTA VA ACOMPAÑADA DE CONTRACCIONES ASINCRÓNICAS O SOSTENIDAS DE LOS MÚSCULOS TEMPORALES DURANTE LA DEGLUCIÓN.

MILLER PROPUSO LA DIFERENCIACIÓN ENTRE EL RECHINAMIENTO NOCTURNO DE LOS DIENTES, AL CUAL LLAMÓ BRUXISMO, Y EL HÁBITO DE RECHINAR LOS DIENTES DURANTE EL DÍA, AL CUAL DENOMINÓ BRUXOMANÍA.

EL BRUXISMO ES UNA CAUSA POTENCIAL DE INFLUENCIA PERJUDICIAL SOBRE LOS DIENTES, PARODONTO, MANDÍBULA, CARA, MÚSCULOS DEL CUELLO, - LENGUA, CARRILLOS Y DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR. POR LO CUAL TAMBIÉN SE LE CONOCE CON LOS SIGUIENTES TÉRMINOS: "NEURALGIA TRAUMÁ

TICA", "EFECTO DE KAROLYI", "NEUROSIS DEL HÁBITO OCLUSAL" Y "PARAFUNCIÓN".

ETIOLOGÍA

EL BRUXISMO PUEDE SER LA EXPRESIÓN DE UNA TENSIÓN NERVIOSA Y DE TENDENCIAS CONSCIENTES O INCONSCIENTES DE AGRESIVIDAD O DE MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA SOMATIZADA EN LA BOCA.

PARECE HABER UNA PREDISPOSICIÓN HEREDITARIA AL BRUXISMO EN CIERTOS INDIVIDUOS. SE HA COMPROBADO QUE LOS HIJOS DE PADRES BRUXÓMANOS SON MÁS PROPENSOS A SER BRUXÓMANOS.

LOS BRUXÓMANOS SON CLASIFICADOS EN DOS CATEGORÍAS:

- 1.- AQUÉLLOS CUYO BRUXISMO ESTABA VINCULADO CON SITUACIONES DE TENSIÓN.
- 2.- AQUÉLLOS CUYO BRUXISMO NO TENÍA TAL VINCULACIÓN.

ES POSIBLE QUE ESTAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ESTÉN DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD, NO HAY PRUEBAS QUE SUGIERAN QUE LOS BRUXÓMANOS TENGAN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD O SEAN ENFERMOS MENTALES. SINO QUE TAMBIÉN SE LE HAN ATRIBUÍDO A DIVERSOS FACTORES, LOS CUALES SON:

- 1.- LOCALES.
- 2.- GENERALES.
- 3.- PSICOLÓGICOS.
- 4.- OCUPACIONALES.

1.- FACTORES LOCALES.- ESTÁN RELACIONADOS CON ALGÚN TIPO DE ALTERACIÓN OCLUSAL LEVE QUE PRODUCE MOLESTIA LEVE Y TENSIÓN CRÓNICA, AUNQUE NO SE RECONOZCA.

MUCHAS VECES EL BRUXISMO SE CONVIERTE EN HÁBITO COMO RESULTADO DE UN INTENTO INCONSCIENTE DEL PACIENTE POR PONER UNA MAYOR CANTIDAD DE DIENTES EN CONTACTO O POR CONTRARRESTAR UNA SITUACIÓN LOCAL (EJEMPLO: SOBROBTURACIÓN O INTERFERENCIA EN EL LADO DE BALANCE).- EN NIÑOS EL HÁBITO SUELE TENER RELACIÓN CON LA TRANSICIÓN DE LA DENTICIÓN PRIMARIA A LA PERMANENTE Y PUEDE SER PRODUCTO DE UN ESFUERZO INCONSCIENTE POR UBICAR LOS PLANOS DENTALES INDIVIDUALES DE MANERA QUE LA MUSCULATURA REPOSE.

ALGUNOS FACTORES LOCALES ADEMÁS DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES, PUEDEN CONTRIBUIR A LA HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR E INICIAR MOVIMIENTOS ANORMALES. ENTRE DICHS FACTORES ENCONTRAMOS COLGAJOS GINGIVALES DE UN TERCER MOLAR, HIPERPLASIA GINGIVAL, CUALQUIER TIPO DE PADECIMIENTOS PERIODONTAL CON DOLOR, IRREGULARIDADES EN LAS SUPERFICIES DE LOS LABIOS, LOS CARRILLOS Y LA LENGUA Y DOLOR O MOLESTIAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR Y LOS MÚSCULOS MAXILARES.

2.- FACTORES GENERALES.- RESULTA DIFÍCIL DETERMINAR EL PAPEL DE LA MAYOR PARTE DE ELLOS, HAN SIDO MENCIONADOS COMO FACTORES CAUSALES TRASTORNOS GASTROINTESTINALES, DEFICIENCIAS NUTRICIONALES ASIMTÓMICAS, TRASTORNOS ALÉRGICOS Y ENDOCRINOS. EN CIERTOS CASOS EXISTEN ANTECEDENTES HEREDITARIOS.

3.- FACTORES PSICOLÓGICOS.- SON LA CAUSA MÁS COMÚN. LA TENSIÓN --

EMOCIONAL SE EXPRESA A TRAVÉS DE UNA CANTIDAD DE HÁBITOS NERVIO--
SOS, UNO DE LOS CUALES PUEDE SER EL BRUXISMO.

ASÍ PUES, CUANDO UNA PERSONA SIENTE TEMOR, IRA, RECHAZO U OTRAS-
EMOCIONES QUE NO PUEDE EXPRESAR, PERMANECEN OCULTAS EN EL SUBCON-
SCIENTE, PERO SE MANIFIESTAN PERIÓDICAMENTE DE MUCHAS MANERAS. SE
HA OBSERVADO QUE ÉSTE PADECIMIENTO ES COMÚN EN LAS INSTITUCIONES-
DE SALUD MENTAL. ESTA ES UNA MANIFESTACIÓN DE TENSION NERVIOSA -
TAMBIÉN EN NIÑOS Y PUEDE RELACIONARSE CON EL MORDISQUEO O MASCA-
DO CRÓNICO DE JUGUETES.

4.- FACTORES OCUPACIONALES.- LAS OCUPACIONES DE CIERTO TIPO FAVORE
CEN EL ESTABLECIMIENTO DE ÉSTE HÁBITO. ES FRECUENTE QUE LOS ATLE
TAS ENTREGADOS A ACTIVIDADES FÍSICAS TENGAN BRUXISMO, SI BIEN NO-
SE CONOCE A CIENCIA CIERTA LA RAZÓN EXACTA DE ELLO. LAS OCUPACIO
NES EN LAS CUALES EL TRABAJO DEBE SER DE SUMA PRECISIÓN, COMO EN-
RELOJEROS, SON PROPENSAS A CAUSAR BRUXISMO. ES VOLUNTARIO EN PER
SONAS QUE HABITUALMENTE MASCAN GOMA, TABACO, OBJETOS COMO PALI- -
LLOS DE DIENTES O LÁPICES. SI BIEN VOLUNTARIA TAMBIÉN ES UNA - -
REACCIÓN NERVIOSA QUE PUEDE CONDUCIR EN ÚLTIMA INSTANCIA AL BRUXIS
MO INVOLUNTARIO O SUBCONSCIENTE.

NO SE SABE LO SUFICIENTE COMO PARA DECIR CONCLUYENTEMENTE SI LOS
FACTORES ANTES MENCIONADOS SON O NO UNA CAUSA DIRECTA DEL BRUXISMO.
SE HA SUGERIDO QUE LAS MALAS RELACIONES O INTERFERENCIAS OCLUSALES
SON CAPACES DE DESENCADENAR BRUXISMO CUANDO SE COMBIHA CON LA TEN-
SIÓN NERVIOSA. PERO SÍ SE HA COMPROBADO SU IMPORTANCIA EN LA ETIO
LOGÍA DEL TRAUMA POR OCLUSIÓN Y DE LOS DESARREGLOS TEMPOROMANDIBU-

LARES.

TIPOS DE BRUXISMO

BRUXISMO EXCÉNTRICO: SE DENOMINA BRUXISMO EXCÉNTRICO AL RECHINAMIENTO Y MOVIMIENTO DE TRITURACIÓN DE LOS DIENTES EN EXCURSIONES - EXCÉNTRICAS.

BRUXISMO CÉNTRICO: SE LE LLAMA ASÍ AL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES EN CÉNTRICA.

BRUXISMO EXCÉNTRICO

EL BRUXISMO EXCÉNTRICO TIENE UN DOBLE FONDO ETIOLÓGICO DE SOBRECARGA PSÍQUICA E INTERFERENCIA OCLUSAL. EL COMPONENTE PSÍQUICO DE AGRESIÓN REPRIMIDA, TENSIÓN EMOCIONAL, ANGUSTIA O TEMOR HA SIDO SEÑALADO COMO EL FACTOR ÚNICO O MAS IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DEL BRUXISMO.

SIN EMBARGO, A PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO SE RECONOCIÓ EL PAPEL DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES ADEMÁS DE LOS FACTORES PSÍQUICOS EN LA APARICIÓN DEL BRUXISMO. INCLUSO LOS TRAUMATISMOS OCLUSALES MODERADOS O LOS DEFECTOS OCLUSALES MENORES, TALES COMO UNA CÚSPIDE PROMINENTE, PUEDEN RECIBIR INDEBIDA ATENCIÓN POR PARTE DE PERSONAS NEURÓTICAS DANDO POR RESULTADO HÁBITOS DE TRITURACIÓN. RECIENTEMENTE SE HA INSISTIDO EN LA IMPORTANCIA DE LA FRUSTRACIÓN COMO CAUSA PRINCIPAL DEL ESTADO DE TENSIÓN EMOCIONAL Y EL BRUXISMO PARECE-

ESTAR ESTRECHAMENTE RELACIONADO CON LA FRUSTRACIÓN.

BRUXISMO CÉNTRICO

(APRETAMIENTO DE LOS DIENTES)

EL APRETAMIENTO ANORMAL O BRUXISMO CÉNTRICO CONSISTE PRINCIPALMENTE EN LA CONTRACCIÓN HABITUAL DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR SIN LA PRESENCIA DE NINGUNA SITUACIÓN OBVIA DE URGENCIA FÍSICA O PSÍQUICA. DICHA CONTRACCIÓN HABITUAL DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR PUEDE PERDURAR DURANTE LARGOS PERÍODOS EN LAS HORAS DE VIGILIA Y ES PROBABLEMENTE MÁS COMÚN DURANTE EL DÍA QUE DURANTE LA NOCHE, PERO PUEDE TAMBIÉN PRESENTARSE DURANTE ESTE ÚLTIMO PERÍODO.

DADO QUE ESTE APRETAMIENTO ES SUBCONSCIENTE Y SILENCIOSO, EL PACIENTE MUCHAS VECES NO SE DA CUENTA DEL HÁBITO.

AUNQUE NO EXISTAN MOVIMIENTOS MAXILARES APARENTES ASOCIADOS CON EL APRETAMIENTO HABITUAL SE ACOMPAÑA ÉSTE CON FRECUENCIA DE UN MOVIMIENTO MUY LIGERO DE ALGUNOS DIENTES. PUEDE ACOMPAÑARSE TAMBIÉN DE UN LIGERO MOVIMIENTO DE LA POSICIÓN CÉNTRICA A LA OCLUSIÓN CÉNTRICA O BIEN ALREDEDOR DE ESTA ÚLTIMA.

EL DESGASTE OCLUSAL ES PRINCIPALMENTE EL RESULTADO DE LOS CONTACTOS OCLUSALES. LA FIRMEZA DE ESTOS CONTACTOS, CUANDO LOS DIENTES FUNCIONAN JUNTOS DEPENDEN DEL CARÁCTER DE LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN DE LOS DIENTES, LA FORMA DE LAS RAÍCES, LA RELACIÓN CORONA RAÍZ LA POSICIÓN DE LOS DIENTES Y LA DUREZA DE LAS SUPERFICIES DEL CONTACTO OCLUSAL, INCLUYENDO LOS MATERIALES RESTAURADOS. TODOS ESTOS FACTORES PUEDEN SER LIGERAMENTE DESIGUALES, LO CUAL DARÍA POR RE--

SULTADO CIERTA DESIGUALDAD EN EL DESGASTE OCLUSAL Y SUBSECUENTEMENTE RELACIONES DE CONTACTO OCLUSAL DISPAREJA.

TANTO EL BRUXISMO CÉNTRICO COMO EL EXCÉNTRICO DEPENDE DE LA UBICACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE ACTÚAN COMO FACTORES DESENCADENANTES DE LOS MOVIMIENTOS NO FUNCIONALES DEL MAXILAR. EL BRUXISMO EXCÉNTRICO TIENE POR LO GENERAL INTERFERENCIAS EXCÉNTRICAS COMO FACTORES DESENCADENANTES, MIENTRAS QUE EL BRUXISMO CÉNTRICO SE ENCUENTRA MÁS FRECUENTEMENTE ASOCIADO CON INESTABILIDAD OCLUSAL EN LA INMEDIATA VECINDAD DE LA CÉNTRICA.

EN EL BRUXISMO CON EXCURSIONES EXCÉNTRICAS INTERVIENEN CONTRACCIONES MUSCULARES ISOTÓNICAS, MIENTRAS QUE EL APRETAMIENTO MÁS ESTÁTICO EN OCLUSIÓN CÉNTRICA REPRESENTA ACTIVIDAD MUSCULAR ISOMÉTRICA. POR LO TANTO, EL APRETAMIENTO IMPLICA TANTO LA ACTIVIDAD MUSCULAR ISOMÉTRICA COMO LA ISOTÓNICA.

SE NECESITA UN CONOCIMIENTO MÁS PROFUNDO DEL TONO MUSCULAR Y DEL ESPACIO INTEROCLUSAL ANTES DE PODER COMPRENDER TODO EL MECANISMO DEL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

EL BRUXISMO PRESENTA ALGUNO O ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS:

1.- FACETAS SOBRE LOS DIENTES QUE INDICAN UN DESGASTE OCLUSAL. POSIBLEMENTE EL SIGNO DENTAL MÁS IMPORTANTE DEL BRUXISMO SEAN LAS FACETAS DE DESGASTE OCLUSAL O INCISIVO QUE NO SE ADAPTAN O NO COINCIDEN CON LAS FACETAS DE DESGASTE NORMAL MASTICATORIO O DE DEGLU--

CIÓN. ESTAS FACETAS DE DESGASTE SE OBSERVAN FRECUENTEMENTE FUERA-
DEL LÍMITE NORMAL DE LA FUNCIÓN, EN LA PUNTA INCISIVA DE UN CANINO
SUPERIOR. ESTAS FACETAS DE DESGASTE SON POR LO GENERAL REDONDEA--
DAS Y ESTÁN COLOCADAS SOBRE LA SUPERFICIE LABIAL DE LA CÚSPIDE EN-
VEZ DE UNIRSE CON LAS FACETAS LINGUALES DE DESGASTE QUE SE FORMAN-
POR LA MASTICACIÓN. SE PUEDEN OBSERVAR TAMBIÉN ESTAS FACETAS SO--
BRE LOS INCISIVOS Y PREMOLARES SUPERIORES, ASÍ COMO SOBRE OTROS --
DIENTES. LAS FACETAS NO FUNCIONALES DE DESGASTE PUEDEN ENCONTRAR--
SE TAN ALEJADAS DEL LÍMITE FUNCIONAL NORMAL QUE RESULTA DOLOROSO -
PARA EL PACIENTE COLOCAR EL MAXILAR EN UNA POSICIÓN DONDE HAGAN --
CONTACTO LAS FACETAS DE LOS DIENTES INFERIORES Y SUPERIORES.

ES ACONSEJABLE COMPLETAR LA EXPLORACIÓN BUCAL SIN LLAMAR LA ATEN-
CIÓN DEL PACIENTE HACIA LAS FACETAS DE DESGASTE ANORMALES, PUESTO -
QUE CON FRECUENCIA LOS PACIENTES CAEN EN POSICIONES COMPLETAMENTE -
NO FUNCIONALES CUANDO SE PLANTEAN ASUNTOS DELICADOS DURANTE LA EX--
PLORACIÓN. DE ÉSTA MANERA, EL DENTISTA TIENE OPORTUNIDAD DE ESTA--
BLECER EL DIAGNÓSTICO DE BRUXISMO POR MEDIO DE LA EXPLORACIÓN DIREC-
TA. EL EXTENSO DESGASTE OCLUSAL O INCISIVO, EN GENTE QUE SE ALIMEN-
TA CON UNA DIETA BLANDA, ES OCASIONADO GENERALMENTE POR BRUXISMO, -
ESPECIALMENTE CUANDO SE OBSERVA EN PERSONAS JOVENES. LOS ALIMENTOS
CONSUMIDOS TIENEN, EN GENERAL, MUY POCO PODER ABRASIVO Y RESULTA --
MÁS LÓGICO PENSAR QUE EL MARCADO DESGASTE OCLUSAL ES RESULTADO DEL-
CONTACTO DE LOS DIENTES ENTRE SÍ, QUE DEL CONTACTO DE LOS DIENTES -
CON EL ALIMENTO, INCLUSO TOMANDO EN CUENTA LOS CONTACTOS DURANTE --
LA MASTICACIÓN Y DEGLUCIÓN,

LA FACETA DE DESGASTE DEL BRUXISMO DE LARGA DURACIÓN ES CON FRECUENCIA MUY IRREGULAR Y GENERALMENTE MÁS INTENSO SOBRE LOS DIENTES-ANTERIORES QUE SOBRE LOS POSTERIORES EN LA DENTICIÓN NATURAL. EN PACIENTES CON PRÓTESIS EL DESGASTE PUEDE SER MÁS MARCADO SOBRE LOS DIENTES POSTERIORES QUE SOBRE LOS ANTERIORES PUESTO QUE LA ESTABILIDAD DE LA DENTADURA PERMITE UNA MAYOR PRESIÓN EN LAS REGIONES POSTERIORES.

2.- FRACTURAS IMPREVISTAS DE DIENTES O RESTAURACIONES.

EL ASTILLAMIENTO O FRACTURA DE LOS DIENTES CONSTITUYE OTRO SIGNODENTAL DE BRUXISMO. LAS FRACTURAS PUEDEN PRESENTARSE EN DIENTES --INTACTOS, PERO OCURREN PRINCIPALMENTE EN ASOCIACIÓN CON DESGASTE --OCCLUSAL DE LA FOSA CENTRAL DE RESTAURACIONES BLANDAS, DEJANDO PUNTAS CUSPÍDEAS DURAS EN LA INTERFERENCIA OCCLUSAL. TAMBIÉN SE PUEDEN PRESENTAR FRACTURAS DE DIENTES Y RESTAURACIONES FUERA DEL LÍMITE --FUNCIONAL DE OCLUSIÓN EN PACIENTES CON BRUXISMO DURANTE EPISODIOS --DE MAL POSICIÓN SUMAMENTE FORZADO DE LOS MAXILARES. POR EJEMPLO, --EL APÓSITO QUIRÚRGICO, EMPLEADO DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA, CON --FRECUENCIA SE ROMPE DURANTE LA NOCHE POR LOS CONTACTOS OCCLUSALES --EN LOS MOVIMIENTOS DEL BRUXISMO.

3.- MOVILIDAD INESPERADA DE LOS DIENTES.

EL AUMENTO DE MOVILIDAD DE LOS DIENTES SE ENCUENTRA FRECUENTEMENTE ASOCIADO CON BRUXISMO Y RESULTA DE ESPECIAL IMPORTANCIA CUANDO SE --PRESENTA EN DIENTES CON MUY POCOS SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD PERIODON--TAL O EN AUSENCIA DEL MISMO. LOS DIENTES DE PACIENTES CON BRUXISMO

NOCTURNO TIENEN UN GRADO DE MOVILIDAD APRECIABLEMENTE MAS ELEVADO - POR LA MAÑANA QUE DURANTE EL RESTO DEL DÍA.

4.- SONIDO APAGADO A LA PERCUSIÓN DE LOS DIENTES.

ESTOS DIENTES PRESENTAN CON FRECUENCIA UN SONIDO SORDO A LA PERCUSIÓN Y PUEDEN DOLER CUANDO EL PACIENTE MUERDE CON ELLOS, ESPECIALMENTE POR LA MAÑANA.

5.- AUMENTO DE TONO E HIPERTROFIA DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

EL AUMENTO DEL TONO MUSCULAR QUE SE MANIFIESTA CON UNA RESISTENCIA INCONTROLABLE A LOS INTENTOS QUE EFECTÚA EL DENTISTA PARA LLEVAR, EL MAXILAR DEL PACIENTE HACIA LA RELACIÓN CÉNTRICA ES MUY COMÚN EN LOS PACIENTES CON BRUXISMO. CON FRECUENCIA EXISTE HIPERTROFIA UNILATERAL O BILATERAL DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES, ESPECIALMENTE DE LOS MASETEROS. EL AUMENTO DEL TONO MUSCULAR EN EL BRUXISMO HACE MUY DIFÍCIL, Y EN OCASIONES IMPOSIBLE, LOCALIZAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES EN EL MOVIMIENTO RETRUSIVO ENTRE LA OCLUSIÓN CÉNTRICA Y LA RELACIÓN CÉNTRICA.

ALGUNOS PACIENTES CON BRUXISMO INTENSO PUEDEN APRENDER A RELAJAR LOS MÚSCULOS MAXILARES HASTA UN TONO NORMAL A PESAR DE SU TENDENCIA AL BRUXISMO.

6.- DOLORIMIENTO DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES.

EN OCASIONES LOS MÚSCULOS MASTICADORES SON SENSIBLES A LA PALPACIÓN EN LOS PACIENTES CON BRUXISMO, LOS PUNTOS SENSIBLES SON MÁS COMUNES A LO LARGO DEL BORDE ANTERIOR E INFERIOR DEL MASETERO Y EL --

PTERIGOIDEO INTERNO, PERO PUEDEN TAMBIÉN ENCONTRARSE EN LA REGIÓN --
TEMPORAL.

EN OCASIONES LOS PACIENTES CON BRUXISMO SE QUEJAN DE UNA SENSACIÓN
DE CANSANCIO EN LOS MAXILARES AL DESPERTAR POR LA MAÑANA, O BIEN EX-
PERIMENTAN UNA TRABAZÓN DEL MAXILAR, TENIENDO QUE DAR MASAJE A LOS -
MÚSCULOS MASETERO Y TEMPORAL ANTES DE PODER ABRIRLO.

LOS PACIENTES CON HIPERTONICIDAD DE LOS MÚSCULOS MAXILARES POR --
BRUXISMO PUEDEN MORDERSE EL CARRILLO, LOS LABIOS O LA LENGUA ACCIDENE
TALMENTE, A CONSECUENCIA DE LA CONTRACCIÓN VIOLENTA DE DICHS MÚSCU-
LOS.

7.- INCOMODIDAD Y DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

LOS PACIENTES CON INCOMODIDAD Y DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-
MAXILAR DE ORIGEN TRAUMÁTICO GENERALMENTE RECHINAN SUS DIENTES.

8.- EXOSTOSIS DE LOS MAXILARES.

LAS EXOSTOSIS DE LOS MAXILARES PUEDEN SER OCASIONADAS POR BRUXIS-
MO. ESTAS NEOFORMACIONES ÓSEAS TIENDEN A RECIDIVAR SI EL BRUXISMO-
CONTINÚA DESPUÉS DE SU EXTIRPACIÓN.

9.- SONIDOS PERCEPTIBLES DEL BRUXISMO.

EL SONIDO PERCEPTIBLE EN EL BRUXISMO ES POR SUPUESTO UN SIGNO --
DIAGNÓSTICO CUANDO DICHA MANIFESTACIÓN SE PUEDE APRECIAR DIRECTA--
MENTE O REGISTRAR CON UNA GRABADORA DURANTE EL SUEÑO. DEBIDO A - -
QUE EL RECHINAMIENTO DE LOS DIENTES ES TAN FUERTE QUE HACEN DESPER-
TAR A LA PERSONA QUE COMPARTI LA HABITACIÓN.

DIAGNÓSTICO

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS NO SON EVIDENTES; SIN EMBARGO, ALGUNOS DE ELLOS SON INDICATIVOS, AUNQUE DE NINGUNA MANERA PATOGNOMÓNICOS O DIAGNÓSTICOS.

POR LO GENERAL SE PUEDEN DESCUBRIR LOS CASOS GRAVES MEDIANTE LA OBSERVACIÓN CUIDADOSA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS.

PUESTO QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES CON BRUXISMO NO SE DAN CUENTA DEL HÁBITO, EL INTERROGATORIO CARECE GENERALMENTE DE VALOR,

SI SE INFORMA AL PACIENTE SOBRE LA POSIBILIDAD DE ESTE PADECIMIENTO Y SE LE PIDE QUE PREGUNTE A SU FAMILIA O AMIGOS, PUEDE LLEGAR A OBTENERSE UNA HISTORIA POSITIVA.

PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO

LA INCOMODIDAD POR INTERFERENCIA OCLUSAL O EL DOLOR TAMBIÉN PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. CON FRECUENCIA SE ESCUCHA DECIR A LOS PACIENTES: "ESTA NUEVA OBTURACIÓN ME ESTÁ VOLVIENDO LOCO". EN ESTOS CASOS EXISTE UN DESCENSO DEL UMBRAL DE IRRITABILIDAD DE LAS NEURONAS QUE INTERVIENEN EN LOS MOVIMIENTOS REFLEJOS DEL MAXILAR, ASÍ COMO AUMENTO DEL TONO MUSCULAR POR ESTÍMULO DIRECTO DEL SISTEMA NERVIOSO FUSOMOTOR.

ESTE CICLO VICIOSO DE INCREMENTO AUTOPERPETUANTE DE LA TENSIÓN MUSCULAR RELACIONADO CON LOS TRASTORNOS FUNCIONALES DE LOS DIENTES-PERIODONTO, OTROS TEJIDOS BUCALES, ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES-

Y MÚSCULOS MASTICADORES ES LA BASE DEL BRUXISMO EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA Y EMOCIONAL. EL ESTADO HIPERTÓNICO Y EN OCASIONES DOLOROSO DE LOS MÚSCULOS MAXILARES EN EL BRUXISMO ES DE LA MISMA NATURALEZA QUE LAS MIALGIAS PROFESIONALES EN LOS MÚSCULOS DE LOS BRAZOS Y EL CUELLO DE LAS MECANOGRAFAS BAJO TENSIÓN MENTAL, O DE LAS MIALGIAS POSTURALES QUE SE MANIFIESTAN COMO DOLOR DE ESPALDA EN PERSONAS BAJO TENSIÓN PSÍQUICA CON ANOMALÍAS POSTURALES.

RELACIÓN CÉNTRICA Y OCLUSIÓN CÉNTRICA

PUESTO QUE SE HA ENCONTRADO QUE EL FACTOR DESENCADENANTE MAS COMÚN DEL BRUXISMO ES UNA DISCREPANCIA ENTRE RELACIÓN CÉNTRICA Y OCLUSIÓN CÉNTRICA, RESULTA ESENCIAL LOCALIZAR DICHA DISCREPANCIA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS. SIN EMBARGO, EL AUMENTO DE TONO EN LOS MÚSCULOS MASTICADORES HACE MUY DIFÍCIL, SI NO ES QUE IMPOSIBLE, LA LOCALIZACIÓN DE INTERFERENCIAS OCLUSALES EN LA EXCURSIÓN RETRUSIVA. SE TIENEN QUE UTILIZAR DIVERSAS FÉRULAS DE ACRÍLICO O PLACAS DE MORDIDA PARA INDUCIR LA RELAJACIÓN MUSCULAR ANTES DE PODER DIAGNOSTICAR LA DESARMONÍA OCLUSAL. SE PUEDE LOGRAR LA RELAJACIÓN MUSCULAR NECESARIA MEDIANTE PSICOTERAPIA O UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES, EN CASO DE QUE NO SE CONSIDERE PELIGROSO EL EMPLEO DE ESTOS ÚLTIMOS.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO

EL BRUXISMO ES DE EXTENSA IMPORTANCIA CLÍNICA, PUESTO QUE SU PRESENCIA O AUSENCIA INDICA UNA REACCIÓN INDIVIDUAL DEL PACIENTE A SUS IMPERFECCIONES OCLUSALES,

LAS MOLESTIAS OCASIONADAS POR ADOLORIMIENTO EN LOS DIENTES, MÚSCU-
LOS Y ARTICULACIÓN TEMPROMAXILAR, ASOCIADOS CON BRUXISMO AUMENTAN -
FRECUENTEMENTE CON LA TENSIÓN PSÍQUICA Y LA IRRITABILIDAD, LAS CUA-
LES A SU VEZ, INCREMENTARÁN EL TONO MUSCULAR Y EL BRUXISMO. RESUL-
TA ESENCIAL, POR LO TANTO, DIAGNOSTICAR Y TRATAR ESTA SITUACIÓN AN-
TES DE QUE ESTE CICLO VICIOSO DE RETROALIMENTACIÓN HAYA OCASIONADO-
DAÑO PERMANENTE AL APARATO MASTICADOR.

EL DIAGNÓSTICO DE BRUXISMO SE BASA EN SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS-
ORIENTADORES JUNTO CON UNA HISTORIA CONFIRMADORA OBTENIDA DEL PA- -
CIENTE Y DE OTRAS FUENTES. PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE BRUXIS-
MO RESULTAN DE UTILIDAD DIVERSOS DISPOSITIVOS PARA REGISTRAR SONI--
DOS, MOVILIDAD DE LOS DIENTES Y ACTIVIDAD MUSCULAR. ASÍ COMO EL --
EMPLEO DE PLANOS DE MORDIDA PROVISIONALES, FÉRULAS OCLUSALES, MEDI-
CAMENTOS O PSICOTERAPIA, LOS CUALES PUEDEN SER NECESARIOS PARA LO--
GRAR EL RELAJAMIENTO MUSCULAR ADECUADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS -
FACTORES OCLUSALES DESENCADENANTES DE BRUXISMO.

TRATAMIENTO

EL BRUXISMO ES DE GRAN IMPORTANCIA CLÍNICA EN LA PLANIFICACIÓN --
DEL TRATAMIENTO. RESULTA ESENCIAL PARA EL TRATAMIENTO CON ÉXITO DE
CUALQUIER TRASTORNO DE NATURALEZA DISFUNCIONAL RECONOCER LOS FACTO-
RES ETIOLÓGICOS MEDIANTE LOS PROCEDIMIENTOS DISGNÓSTICOS, ASÍ COMO-
ELIMINAR LOS FACTORES CAUSALES.

DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO Y PRÁCTICO EL BRUXISMO DEBE SER -
REDUCIDO POR DEBAJO DE UN NIVEL EN EL CUAL SEA CAPAZ DE PRODUCIR --

DAÑO APRECIABLE A LOS DIENTES, EL PERIODONTO O CUALQUIER OTRA PARTE DEL APARATO MASTICADOR.

ESTE RESULTADO NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE EL PACIENTE NUNCA APRETARÁ O RECHINARÁ SUS DIENTES, SINO QUE INDICA QUE SE HA ROTO EL CICLO VICIOSO ENTRE EL BRUXISMO HABITUAL Y EL AUMENTO DE TENSIÓN -- MUSCULAR Y QUE SE HA ELIMINADO EL BRUXISMO COMO HÁBITO PERNICIOSO.-

DADO QUE EL BRUXISMO TIENE UNA DOBLE ETIOLOGÍA QUE INCLUYE FACTORES OCLUSALES LOCALES Y FACTORES PSÍQUICOS, EL TRATAMIENTO RACIONAL DEBE INCLUIR LA ELIMINACIÓN DE AMBOS FACTORES. Y DADO QUE SE NECESITA LA PRESENCIA DE AMBOS TIPOS DE FACTORES PARA QUE SE INICIE EL BRUXISMO, ESTE HÁBITO DISFUNCIONAL PUEDE SER ELIMINADO POR TERAPÉUTICA LOCAL O PSICOTERAPIA. SE HA DEMOSTRADO QUE ÉSTO ES CIERTO EN EL BRUXISMO EXCÉNTRICO, PERO NO ESTÁ IGUALMENTE CLARO SI EL TRATAMIENTO LOCAL TIENE LA MISMA IMPORTANCIA EN LA ELIMINACIÓN DEL BRUXISMO CÉNTRICO O APRETAMIENTO COMO LO TIENE LA PSICOTERAPIA. EL MEJOR TRATAMIENTO DEL BRUXISMO CONSISTE EN INFLUIR FAVORABLEMENTE SOBRE AMBOS TIPOS DE BRUXISMO.

A CONTINUACIÓN DARÉ UN ESQUEMA DE LOS POSIBLES MÉTODOS DE TRATAMIENTO DEL BRUXISMO. LOS CUALES SE DIVIDEN EN TERAPÉUTICA ASOCIADA Y TERAPÉUTICA OCLUSAL.

TERAPÉUTICA ASOCIADA

PSICOTERAPIA.-

SE HA SUGERIDO Y EN OCASIONES EMPLEADO CON ÉXITO, LA PSICOTERAPIA

ENCAMINADA A DISMINUIR LA TENSION PSÍQUICA O EMOCIONAL DEL PACIENTE. SIN EMBARGO, VARIOS PACIENTES CON BRUXISMO HAN DESARROLLADO TRASTORNOS PASÍQUICOS O EMOCIONALES DE TAL PROFUNDIDAD QUE EL DENTISTA NO ESTÁ CAPACITADO PARA EVALUAR O TRATARLOS. POR LO TANTO, EL DENTISTA DEBE SER MUY CUIDADOSO PARA NO EMPRENDER NINGÚN TIPO DE PSICOTERAPIA MÁS DE LO QUE ESTÁ GENERALMENTE ACONSEJADO. A ESTOS PACIENTES SE LES DEBE INDICAR CON FIRMEZA QUE NECESITAN CONSULTAR A ALGUIEN QUE ESTÉ MEJOR CALIFICADO QUE SU DENTISTA PARA AYUDARLOS CON ESTE TIPO DE PROBLEMAS.

LA INMENSA MAYORÍA DE PACIENTES CON BRUXISMO NO NECESITAN PSICOTERAPIA COMPLICADA. POR LO TANTO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DICHA TERAPÉUTICA RESULTA POCO PRÁCTICA Y DE DUDOSO VALOR, PUESTO QUE UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES PUEDEN SER AYUDADOS MEDIANTE LAS SENCILLAS RECOMENDACIONES DEL DENTISTA. SE DEBE INTENTAR EXPLICAR AL PACIENTE LA RELACIÓN ENTRE EL BRUXISMO Y SU TENSION NERVIOSA O EMOCIONAL. LA IDEA DE QUE EL BRUXISMO ES UNA VÍA DE ESCAPE PARA LA TENSION NERVIOSA GENERALMENTE ES RECHAZADA VEHEMENTEMENTE POR EL PACIENTE Y NUNCA DEBE CONTRADECÍRSELE. SIN EMBARGO, CUANDO EL PACIENTE HA TENIDO TIEMPO Y OPORTUNIDAD DE PENSARLO, GENERALMENTE ACEPTA EN LAS CONSULTAS POSTERIORES QUE EL DENTISTA PUEDE ESTAR EN LO CORRECTO Y QUE LO QUE SE LE DIJO LE HA AYUDADO A COMPRENDER MEJOR SUS PROBLEMAS. EL DENTISTA DEBE SER PRECABIDO PARA NO IR A PROFUNDIZAR DEMASIADO EN LOS PROBLEMAS EMOCIONALES DEL PACIENTE, DADO QUE ÉSTO PUEDE AGRAVAR LA INESTABILIDAD DEL INDIVIDUO PSICONEURÓTICO.

* EL TRATAMIENTO MÉDICO SISTEMÁTICO (PARA DISMINUIR LA TENSION PSÍ-

QUICA Y DE ESTA MANERA REDUCIR EL BRUXISMO) PUEDE RESULTAR TEMPORALMENTE EFECTIVO, PERO NO ES ACONSEJABLE.

LOS MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES PUEDEN ALIVIAR TRANSITORIAMENTE LA TENSION MUSCULAR A LA INTERFERENCIA OCLUSAL LO SUFICIENTE PARA HACER CESAR EL BRUXISMO, PERO TAN PRONTO COMO SE INTERRUMPA LA MEDICACION EL BRUXISMO SE REINSTAURARÁ. ADEMÁS, LOS PACIENTES CON BRUXISMO PUEDEN TENER PROBLEMAS PSÍQUICOS QUE LOS HAGAN ACEPTAR LOS TRANQUILIZANTES COMO UN MEDIO DE ESCAPAR A LA TENSION, LO CUAL PUEDE PREDISPONERLOS A LA ADICCION. EL ÚNICO USO PERMITIBLE (AUNQUE NO ACONSEJABLE) PARA EL EMPLEO DE TALES MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON BRUXISMO ES CON EL PROPÓSITO DE ELIMINAR TEMPORALMENTE LOS ESPASMOS MUSCULARES DOLOROSOS A FÍN DE DARLE OPORTUNIDAD AL DENTISTA DE DIAGNOSTICAR Y ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES.

AUTOSUGESTIÓN E HIPNÓSIS.

LA AUTOSUGESTIÓN HA SIDO UNA TERAPÉUTICA FAVORITA PARA EL BRUXISMO DURANTE MUCHOS AÑOS. SI LOS FACTORES DESENCADENANTES DEL BRUXISMO PERMANECEN DESCONOCIDOS Y SIN TRATAMIENTO, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA AUTOSUGESTIÓN SERÁ DE POCO O ESCASO VALOR, A MENOS QUE SE EFECTÚE LA SUBSTITUCIÓN CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL BRUXISMO POR OTRO HÁBITO.

RECIENTEMENTE SE HA RECOMENDADO LA HIPNÓSIS COMO UN MEDIO PARA ROMPER EL HÁBITO DEL BRUXISMO; SIN EMBARGO, ESTE TIPO DE TRATAMIENTO PUEDE RESULTAR PELIGROSO BAJO CIERTAS CONDICIONES.

SI TANTO LA TENSION PSÍQUICA COMO EL FACTOR IRRITATIVO OCLUSAL PARA EL BRUXISMO SON DEJADOS SIN TRATAMIENTO Y AL PACIENTE SE LE IM

PIDE MEDIANTE SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA UTILIZAR ESTA VÍA DE ESCAPE-- PARA SU TENSIÓN EMOCIONAL, ES CONCEBIBLE QUE PUEDA PRECIPITARSE -- UNA REACCIÓN PSICONEURÓTICA GRAVE. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA-- SUGESTIÓN POSTHIPNÓTICA SERÁ SUPERADA RÁPIDAMENTE Y EL PACIENTE -- VOLVERÁ A REASUMIR SU BRUXISMO SIN UNA REACCIÓN PSÍQUICA GRAVE.

EJERCICIOS RELAJANTES Y FISIOTERAPIA.

LOS EJERCICIOS RELAJANTES, TANTO LOCALES COMO GENERALES, PUEDEN-- SERVIR PARA HACER DISMINUIR LA TENSIÓN MUSCULAR Y EL BRUXISMO.

AUNQUE ESTOS EJERCICIOS PUEDEN ELIMINAR TEMPORALMENTE LA MOLES-- TÍA DE LA TENSIÓN MUSCULAR ASOCIADA AL BRUXISMO, ÉSTO REPRESENTA UN TRATAMIENTO ENCAMINADO A ALIVIAR LOS SÍNTOMAS MÁS QUE HA ELIMINAR - LA CAUSA Y EL BRUXISMO RETORNARÁ EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LA - - TENSIÓN PSÍQUICA HAGA DESCENDER NUEVAMENTE LA TOLERANCIA PARA LA -- DISARMONÍA OCLUSAL POR DEBAJO DEL NIVEL DEL BRUXISMO. EJERCICIOS,- MASAJE, CALOR Y OTRAS FORMAS DE FISIOTERAPIA PROPORCIONARÁN EL MIS-- MO ALIVIO PARA EL BRUXISMO QUE PARA LAS MIALGIAS POSTURALES Y DE -- OTRA NATURALEZA, PERO DADO QUE NO CURAN EL PADECIMIENTO DEBERÁN SER UTILIZADOS ÚNICAMENTE EN APOYO DE OTRAS FORMAS DE TERAPÉUTICA.

ELIMINACIÓN DEL DOLOR Y LA INCOMODIDAD BUCAL.

LA ELIMINACIÓN DEL DOLOR Y DE LA INCOMODIDAD BUCAL ASOCIADAS CON-- LA ENFERMEDAD PERIODONTAL O CONDICIONES PATOLÓGICAS DE LABIOS, CARRI-- LLOS Y LENGUA, ASÍ COMO DEL DOLOR O IRRITACIÓN EN CUALQUIER OTRA --

PARTE DEL APARATO MASTICADOR, DISMINUIRÁ EL TONO MUSCULAR Y TENDRÁ UN FAVORABLE EFECTO SOBRE EL BRUXISMO, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS FACTORES LOCALES, COMO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

TERAPÉUTICA OCLUSAL

AJUSTE OCLUSAL.

A PRINCIPIOS DE ESTE SIGLO, KAROLYI RECOMENDÓ LA TERAPÉUTICA OCLUSAL EN FORMA DE AJUSTE OCLUSAL, CORONAS DE ORO SOBRE LOS MOLARES - PARA LA ELEVACIÓN DE LA MORDIDA Y FÉRULAS DE VULCANITA, CUBRIENDO LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE TODOS LOS DIENTES.

LA ELIMINACIÓN DE LAS ÁREAS DESENCADENANTES OCLUSALES (INTERFERENCIAS OCLUSALES) ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN, POR LO MENOS POR LO QUE RESPECTA AL DENTISTA. ÁLGUNOS DE LOS PACIENTES HAN EXPERIMENTADO RECAÍDAS PASAJERAS DE BRUXISMO DEBIDO A QUE SE VOLVIÓ A PRESENTAR INTERFERENCIA OCLUSAL, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS COMO RESULTADO DE NUEVAS RESTAURACIONES DENTALES. UN AJUSTE OCLUSAL MENOR VOLVIÓ A ALIVIAR SU BRUXISMO.

AUNQUE EL AJUSTE OCLUSAL PARECE SER UN TRATAMIENTO FÁCIL DEL BRUXISMO, EN MUCHAS OCASIONES TOMA BASTANTE TIEMPO Y ES DIFÍCIL DE EFECTUARLO AL GRADO DE PERFECCIÓN NECESARIO PARA ELIMINAR TODAS LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES QUE PUEDEN DESENCADENAR EL PADECIMIENTO. AÚN MÁS DIFÍCIL Y EN OCASIONES IMPOSIBLE, ES LOGRAR RELACIONES OCLUSALES ESTABLES DESPUÉS DE LA ELIMINACIÓN DE LAS INTERFEREN

CIAS, MUCHOS PACIENTES CON BRUXISMO MUEVEN SU MAXILAR FUERA DEL LÍMITE MASTICATORIO NORMAL EN BUSCA DE INTERFERENCIAS OCLUSALES. POR LO TANTO, EL AJUSTE DEBE SER LLEVADO MAS ALLÁ DEL CAMPO DE LOS MOVIMIENTOS FUNCIONALES NORMALES. SE DEBE ELIMINAR CUIDADOSAMENTE -- CUALQUIER SALIENTE SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES, COLOCADO ENTRE LAS FACETAS NORMALES DE ATRICIÓN Y LAS FACETAS DE BRUXISMO, DADO QUE -- PUEDE ACTUAR COMO DESENCADENANTE DE ESTE PADECIMIENTO. GENERALMENTE SE NECESITAN VARIAS SESIONES DE AJUSTE OCLUSAL PARA ELIMINAR EL BRUXISMO, AÚN CUANDO SEA REALIZADO POR EL DENTISTA MÁS EXPERIMENTADO.

PLACAS Y FÉRULAS PARA MORDIDA.

DIVERSOS TIPOS DE PLACAS PARA MORDIDA Y FÉRULAS OCLUSALES HAN SIDO RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO DEL BRUXISMO.

INDICACIONES PARA PLACAS Y FÉRULAS:

- 1.- FRENAR EL BRUXISMO POR LA ELIMINACIÓN DE LAS INTERFERENCIAS -- OCLUSALES.
- 2.- DEJAR QUE EL PACIENTE FROTE LOS DIENTES CONTRA EL ACRÍLICO, O BIEN LAS DOS FÉRULAS OCLUSALES.
- 3.- RESTRINGIR LOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR Y ROMPER EL HÁBITO DEL BRUXISMO.

LOS TÉRMINOS "PLACAS PARA MORDIDA" Y "FÉRULAS OCLUSALES" CON FRECUENCIA SE USAN INDISTINTAMENTE, PERO EL TÉRMINO "PLACA PARA MORDIDA" DEBE EMPLEARSE SOLAMENTE PARA LOS DISPOSITIVOS DE TIPO HAWLEY-

Y EL DE "FÉRULA OCLUSAL" PARA LOS QUE SUJETAN Y MANTIENEN UNIDOS-VARIOS DIENTES.

REQUISITOS QUE DEBEN TENER AMBOS TIPOS DE DISPOSITIVOS:

- 1.- ELIMINAR LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES CON UN MÍNIMO DE ABERTURA DE LA MORDIDA.
- 2.- MANTENER UNA POSICIÓN ESTABLE DE LOS DIENTES MIENTRAS SE ESTÁ-EMPLEANDO EL DISPOSITIVO.

INTENTARÉ DESCRIBIR Y VALORAR LOS DIFERENTES TIPOS DE FÉRULAS Y-PLACAS DE MORDIDA SOBRE LA BASE DE CÓMO SATISFACEN ESTOS REQUISIT--TOS.

PLACAS PARA MORDIDA:

LAS PLACAS PARA MORDIDA EN SU FORMA MAS SIMPLE CONSISTEN DE UNA-PLACA ACRÍLICA CON UN GANCHO RETENEDOR A CADA LADO DE LA ARCADA EN EL ÁREA MOLAR. EL ACRÍLICO TIENE UNA PORCIÓN PLANA POR DETRÁS DE-LOS DIENTES ANTERIORES CONTRA LA CUAL HACEN CONTACTO LOS INCISIVOS INFERIORES; DE ESTA MANERA LA PLACA DE ACRÍLICO ELEVA LO SUFICIENTE LA MORDIDA PARA QUE LOS DIENTES POSTERIORES NO PUEDAN HACER CON-TACTO. OTRA MODIFICACIÓN INCORPORA UN ARCO LABIAL DE ALAMBRE DE -TIPO DEL RETENEDOR DE HAWLEY. ESTOS TIPOS DE DISPOSITIVOS PUEDEH-TRAUMATIZAR LOS TEJIDOS GINGIVALES. LA TERCERA Y MEJOR MODIFICA--CIÓN DE LA PLACA PARA MORDIDA HA SIDO SUGERIDA POR SVED.

EN ESTA MODIFICACIÓN EL ACRÍLICO SE EXTIENDE DESDE LA PORCIÓN PLA-NA Y SOBRE EL BORDE INCISIVO DE LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR-SUPERIOR.

TODAS LAS PLACAS PARA MORDIDA SON MUY FÁCILES DE FABRICAR CON -- ACRÍLICO DE FRAGUADO EN FRÍO O EN CALIENTE, SOBRE UN MOLDE DEL -- MAXILAR SUPERIOR. LA PLACA SE AJUSTA DIRECTAMENTE EN LA BOCA, PUDIENDO AÑADIRSE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE AL ÁREA DE LA PLACA PALATINA SI SE NECESITA QUE EL CONTACTO CON LOS INCISIVOS INFERIORES SEA PAREJO. LA MORDIDA DEBE SER ELEVADA SOLO LO SUFICIENTE PARA EVITAR EL CONTACTO ENTRE LOS DIENTES POSTERIORES. DESPUÉS DEL AJUSTE, LA PRESIÓN DE LA MORDIDA DEBE SER UNIFORME SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR INFERIOR QUE HACEN CONTACTO SOBRE LA PLACA DE ACRÍLICO.

ESTAS PLACAS DE MORDIDA ELIMINAN LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES EN CÉNTRICA Y LAS DEL LADO DE BALANCED EN LAS EXCURSIONES LATERALES. EL RESULTADO ESTÉTICO PUEDE SER BASTANTE BUENO Y LA PLACA ES BIEN ACEPTADA POR EL PACIENTE DEBIDO AL ALIVIO QUE PROPORCIONA DE LOS SÍNTOMAS.

EL PRINCIPAL INCONVENIENTE DE TODAS LAS PLACAS PARA MORDIDA ES -- QUE PERMITEN EL MOVIMIENTO DE LOS DIENTES. ESTE INCONVENIENTE ES MÁS GRAVE CON LA PLACA SIMPLE PARA MORDIDA, PUESTO QUE NO TIENE -- ARCO LABIAL DE ALAMBRE Y PERMITEN QUE SE MUEVAN TANTO LOS DIENTES ANTERIORES COMO LOS POSTERIORES.

EN LA PLACA PARA MORDIDA DE HAWLEY MODIFICADA SE SUPONE QUE EL -- ARCO LABIAL DE ALAMBRE MANTIENE EN POSICIÓN LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR SUPERIOR; SIN EMBARGO, PUEDE PRESENTARSE CIERTO VAIVÉN DE ESTOS DIENTES, PUDIENDO, POR SUPUESTO, SOBRESALIR LOS POSTERIORES. LA ACCIÓN FIJADORA SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES DEL MAXILAR SUPERIOR QUE SE LOGRA CON LA PLACA PARA MORDIDA DE SVED PROPORCIO-

NA MUCHO MEJOR ESTABILIDAD EN LA REGIÓN ANTERIOR QUE LOS OTROS DOS TIPOS DE PLACAS, DEBIDO A QUE LA FUERZA SE APLICA SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES EN DIRECCIÓN AXIAL. SIN EMBARGO, LA TENDENCIA A LA EXTRUSIÓN DE LOS DIENTES POSTERIORES, CUANDO SE EMPLEA ESTE DISPOSITIVO DURANTE UN PERÍODO PROLONGADO, HACE INADECUADO SU EMPLEO EN TALES CONDICIONES.

LAS PLACAS DE MORDIDA SON DE GRAN VALOR COMO AUXILIAR DEL AJUSTE OCLUSAL Y DE LA RECONSTRUCCIÓN BUCAL, DADO QUE PROPORCIONAN RELAJAMIENTO MUSCULAR Y COMODIDAD A LOS PACIENTES, PERMITIENDO CON ELLO AL DENTISTA REGISTRAR LA VERDADERA RELACIÓN CÉNTRICA.

POR LO GENERAL BASTA CON QUE EL PACIENTE USE LA PLACA PARA MORDIDA DURANTE UNA O DOS SEMANAS, DURANTE EL SUEÑO, PARA LOGRAR RELAJAMIENTO MUSCULAR. SI EN DOS O TRES SEMANAS NO SE LOGRA MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS CON EL EMPLEO DE UNA PLACA PARA MORDIDA, SE DEBE CAMBIAR Y EMPLEAR FÉRULAS OCLUSALES.

FÉRULAS OCLUSALES

EL MEJOR APARATO PARA ENFERMOS CON SÍNTOMAS DISFUNCIONALES ES LA FÉRULA OCLUSAL QUE ABARCA TODOS LOS DIENTES, TANTO INFERIORES COMO SUPERIORES. SIN EMBARGO, SU ADAPTACIÓN RESULTA GENERALMENTE MÁS FÁCIL EN EL MAXILAR SUPERIOR QUE EN EL INFERIOR. LA FÉRULA DEBE TENER UNA SUPERFICIE OCLUSAL PLANA, CON CONTACTO OCLUSAL EN CÉNTRICA PARA TODOS LOS DIENTES ANTAGONISTAS Y ESTAR COMPLETAMENTE LIBRE DE INTERFERENCIAS EN CUALQUIER EXCURSIÓN. EL ACRÍLICO DEBE TENER SUFICIENTE ELEVACIÓN CANINA PARA EVITAR INTERFERENCIAS EN EL LADO

DE BALANCEO.

LA FÉRULA PUEDE FABRICARSE UTILIZANDO MOLDES MONTADOS EN UN ARTICULADOR AJUSTABLE O BIEN EMPLEANDO SOLAMENTE UN MOLDE SUPERIOR SIN MONTAR. SI SE EMPLEA EL PRIMER MÉTODO Y SE UTILIZA ACRÍLICO PREPARADO AL CALOR, RESULTA BASTANTE FÁCIL ADAPTAR LA FÉRULA EN LA BOCA. SI LA FÉRULA DE ACRÍLICO SE FABRICA EN UN MOLDE SIN INTENCIÓN DE AJUSTAR LA OCLUSIÓN, SE PUEDE LIMAR LA SUPERFICIE OCLUSAL DE LA FÉRULA CASI HASTA LLEGAR A LOS DIENTES Y DESPUÉS AÑADIR SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL UNA CAPA DE ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE. ANTES QUE EL ACRÍLICO FRAGÜE SE DEBE ORDENAR AL PACIENTE QUE JUNTE SUS DIENTES EN CÉNTRICA Y EFECTÜE MOVIMIENTOS LATERALES Y PROTRUSIVOS A FÍN DE OBTENER MARCAS DE TODOS LOS DIENTES Oponentes y de las trayectorias laterales y protrusiva. Una vez que el acrílico endurece se liman las superficies oclusales de manera que las contenciones oclusales se mantengan para todos los dientes opositores. Estas férulas pueden ser usadas día y noche, pero en la mayoría de los casos se obtienen resultados satisfactorios mediante su empleo sólo por la noche.

SI SE HA FABRICADO DE MANERA ADECUADA LA FÉRULA DE ACRÍLICO PARA COBERTURA COMPLETA, SE PRESENTARÁ UN DESCENSO INMEDIATO EN EL TONO MUSCULAR QUE PUEDE RECONOCERSE TANTO CLÍNICA COMO ELECTROMIOGRÁFICAMENTE. GENERALMENTE LA FÉRULA ELIMINA O DISMINUYE BASTANTE LA TENDENCIA AL BRUXISMO Y POR LO TANTO, CASI NO HAY EVIDENCIA DE DESGASTE SOBRE LA SUPERFICIE DEL ACRÍLICO, INCLUSO DESPUÉS DE SU USO PROLONGADO. LA FÉRULA DE COBERTURA COMPLETA PUEDE SER EMPLEADA --

DURANTE CUALQUIER TIEMPO, PUESTO QUE NO PERMITE EL MOVIMIENTO DE --
LOS DIENTES. ASIMISMO, ESTABILIZA LOS DIENTES Y EVITA SU DESGASTE-
OCCLUSAL.

DESPUÉS QUE EL PACIENTE HA USADO LA FÉRULA DURANTE DOS O TRES SE-
MANAS LOS MÚSCULOS GENERALMENTE ESTÁN RELAJADOS Y EL AJUSTE OCLUSAL
PUEDE SER REALIZADO CON PRECISIÓN HASTA EL PUNTO DE QUE LA FÉRULA -
RESULTE YA INNECESARIA. SI NO SE HA ELIMINADO EL BRUXISMO DESPUÉS-
DEL AJUSTE OCLUSAL Y EXISTE EXTENSO DESGASTE OCLUSAL O DIENTES FLO-
JOS, LA FÉRULA PUEDE SER UTILIZADA INDEFINIDAMENTE DURANTE LAS NO--
CHES, EFECTUANDO EVALUACIONES PERIÓDICAS DE LA MISMA.

OTRO TIPO DE FÉRULA OCLUSAL ES EL RECUBRIMIENTO POSTERIOR BILATE-
RAL QUE GENERALMENTE CUBRE LOS MOLARES Y PREMOLARES INFERIORES. Es
TAS FÉRULAS SE CONSTRUYEN CON EL PROPÓSITO DE AUMENTAR LA DIMENSIÓN
VERTICAL OCLUSAL, O PARA PORPORCIONAR PIVOTES BILATERALES DE CONTACTO
EN EL ÁREA DEL PRIMER MOLAR. ESTAS FÉRULAS SE FABRICAN DE ACRÍ-
LICO O METAL Y PUEDEN SER REMOVIBLES O SER FIJADAS TEMPORALMENTE A-
LOS DIENTES. LOS RECUBRIMIENTOS BILATERALES POSTERIORES PROPORCIO-
NAN ALIVIO TEMPORAL DE LOS SÍNTOMAS EN PACIENTES CON BRUXISMO Y DO-
LOR MUSCULAR O DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, PUESTO QUE ESTA -
MEJORÍA SE EXPERIMENTA CON CUALQUIER TERAPÉUTICA QUE ELIMINE LOS --
FACTORES DESENCADENANTES (INTERFERENCIAS OCLUSALES),

SIN EMBARGO, LAS FÉRULAS POR RECUBRIMIENTO RESULTAN INACEPTABLES-
DEBIDO A QUE HABITUALMENTE DAN LUGAR A INTRUSIÓN DE LOS MOLARES Y -
PREMOLARES Y A EXTRUSIÓN DE LOS DIENTES ANTERIORES CON INTERFEREN--
CIAS OCLUSALES SUBSECUENTES Y RECURRENCIA DE LOS SÍNTOMAS.

UN TERCER TIPO DE FÉRULA OCLUSAL SE FABRICA DE ACRÍLICO BLANDO O DE CAUCHO. ESTAS INTENTAN MANTENER EL MAXILAR INFERIOR EN CIERTA -- RELACIÓN CON EL SUPERIOR UNIENDO LOS DIENTES SUPERIORES Y LOS INFE-- RIORES EN EL MISMO DISPOSITIVO. ÉSTE DISPOSITIVO POR LO COMÚN NO RE-- SULTA ÚTIL PARA PACIENTES CON BRUXISMO, LOS CUALES GENERALMENTE MUE-- DEN EL DISPOSITIVO EN PEDAZOS O LO DESAJUSTAN DURANTE EL SUEÑO. ME-- NOS VOLUMINOSOS QUE LOS PROTECTORES DE MORDIDA Y SIRVIENDO AL MISMO-- PROPÓSITO, SON LAS FÉRULAS HECHAS MEDIANTE LA ADICIÓN DE ACRÍLICO -- BLANDO SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LAS FÉRULAS DE ACRÍLICO -- DURO. ÉSTE TIPO DE FÉRULAS PUEDEN PARECER CÓMODAS A PACIENTES CON -- HÁBITO DE APRETAR LOS DIENTES, POR EL ACRÍLICO BLANDO QUE PROPORCIO-- NA UNA PRESIÓN UNIFORME SOBRE LOS DIENTES CUANDO SE MUERDE EN ÉL; PE-- RO EXISTE UNA TENDENCIA A JUGAR CON ÉL AL MORDER LA SUPERFICIE ELÁ-- STICA. ADEMÁS DICHAS SUPERFICIES NO PERMITEN UN ACABADO TAN PRECISO-- COMO EL ACRÍLICO DURO, DE MANERA QUE PUEDEN CONSTITUIR NUEVAS ÁREAS-- DESENCADENANTES DE BRUXISMO.

EL DISPOSITIVO MÁS APROPIADO PARA UN PACIENTE CON BRUXISMO SIGUE -- SIENDO LA FÉRULA DE ACRÍLICO DURO BIEN AJUSTADA QUE CUBRA TODAS LAS-- SUPERFICIES OCLUSALES E INCISIVAS DEL MAXILAR SUPERIOR O DEL INFE-- RIOR, CON CONTENCIÓNES CÉNTRICAS PARA TODOS LOS DIENTES OPOSITORES Y DESPROVISTA POR COMPLETO DE INTERFERENCIAS OCLUSALES.

RECONSTRUCCIÓN OCLUSAL Y PRÓTESIS

LA ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ESTÁ INDICADA EN EL TRATAMIENTO DEL -- BRUXISMO CUANDO NO SE PUEDE LOGRAR UNA OCLUSIÓN ESTABLE BIEN EQUILI--

BRADA UTILIZANDO ÚNICAMENTE EL AJUSTE OCLUSAL. LAS RESTAURACIONES- OCLUSALES PUEDEN SERVIR TAMBIÉN PARA SUBSTITUIR O PREVENIR LA PÉRDIDA EXCESIVA DE SUBSTANCIA DENTAL A CONSECUENCIA DEL BRUXISMO. CUANDO POR RAZONES TÉCNICAS Y ESTÉTICAS ES NECESARIO ELEVAR LA DIMENSIÓN VERTICAL, ÉSTE AUMENTO DEBE MANTENERSE AL MÍNIMO.

DE IGUAL MANERA, LAS RESTAURACIONES EN CÉNTRICA DEBEN TENER CONTACTO OCLUSAL CON TODOS LOS DIENTES EN LA ARCADA DENTAL OPUESTA A FÍN DE MANTENER UN RESULTADO ESTABLE. ES ESENCIAL QUE EL PATRÓN OCLUSAL EN DICHAS RESTAURACIONES SEA LO MEJOR POSIBLE A FÍN DE MINIMIZAR LA TENDENCIA AL BRUXISMO Y EVITAR FUTURO DESGASTE OCLUSAL. LAS RESTAURACIONES DEBEN SER DEL MISMO GRADO DE DUREZA PARA EVITAR EL DESGASTE DISPAREJO.

CON FRECUENCIA RESULTA ACONSEJABLE DEJAR QUE EL PACIENTE LLEVE LA FÉRULA OCLUSAL DURANTE UNOS DOS O TRES MESES ANTES DE HACER EL REGISTRO FINAL DE LA RELACIÓN CÉNTRICA.

UN PATRÓN OCLUSAL DEFECTUOSO EN LA RECONSTRUCCIÓN BUCAL DE PACIENTES CON BRUXISMO PUEDE DAR LUGAR A UN AUMENTO DE ESTE PADECIMIENTO, DESTRUCCIÓN DE LAS RESTAURACIONES Y DOLOR MUSCULAR Y DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

LO QUE SE HA DICHO SOBRE EL BRUXISMO EN INDIVIDUOS CON DENTICIÓNNATURAL SE APLICA A PACIENTES CON DENTADURAS REMOVIBLES PARCIALES Y COMPLETAS.

CAPÍTULO IV

T R A U M A P O R O C L U S I Ó N

EL TÉRMINO "OCLUSIÓN TRAUMÁTICA" FUÉ INTRODUCIDO POR STILLMAN EN 1917 Y POSTERIORMENTE, EN 1922, STILLMAN Y Mc CALL SEÑALARON: - - "OCLUSIÓN TRAUMÁTICA" ES UN ESFUERZO, O STRESS OCLUSAL ANORMAL -- QUE ES CAPÁZ DE PRODUCIR O HA PRODUCIDO LESIÓN EN EL PERIODONTO" .

OTROS TÉRMINOS UTILIZADOS PARA DESCRIBIR LAS RELACIONES DE LAS - FUERZAS OCLUSALES CON LA LESIÓN TRAUMÁTICA DEL PERIODONTO SON LAS-SIGUIENTES: "TRAUMA OCLUSAL", "TRAUMATISMO OCLUSAL", "TRAUMATISMO-PERIODONTAL", "TRAUMATISMO", "TRAUMA POR OCLUSIÓN", "IRRITACIÓN DINÁMICA" Y "EFECTO DE KAROLYI".

EL TRAUMA POR OCLUSIÓN SUELE CLASIFICARSE COMO PRIMARIO O SECUN-DARIO.

EL TRAUMA POR OCLUSIÓN PRIMARIO SE REFIERE AL EFECTO DE FUERZAS-ANORMALES QUE ACTÚAN SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES BÁSICAMENTE - NORMALES, MIENTRAS QUE LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA SECUNDARIA SE REFIE-RE AL EFECTO SOBRE ESTRUCTURAS PERIODONTALES YA DEBILITADAS O REDUCIDAS POR FUERZAS OCLUSALES QUE PUEDEN O NO SER ANORMALES, PERO -- QUE SON EXCESIVAS PARA DICHAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN ALTERADAS. ACU TUALMENTE SE TIENDE A INCLUIR EN EL TÉRMINO TRAUMA POR OCLUSIÓN, - O TRAUMA OCLUSAL, LAS LESIONES A CUALQUIER PARTE DEL APARATO MASTICADOR Y QUE SON EL RESULTADO DE RELACIONES ANORMALES DEL CONTACTO-OCLUSAL, DE UN FUNCIONAMIENTO ANORMAL DEL APARATO MASTICADOR O DE-AMBOS.

POR LO TANTO, EL TRAUMA POR OCLUSIÓN PUEDE MANIFESTARSE TANTO EN EL PERIODONTO COMO EN LAS ESTRUCTURAS DURAS DE LOS DIENTES, PULPA, ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES, TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA Y -- SISTEMA NEUROMUSCULAR.

LOS FACTORES DESENCADENANTES SON: LOS TRASTORNOS NEUROMUSCULARES Y FUERZAS TRAUMÁTICAS.

LOS ESTUDIOS ELECTROMIOGRÁFICOS DE MOYERS, PERRY Y HARRIS, INDICAN TODOS QUE LOS INDIVIDUOS CON MALOCCLUSIÓN O INTERFERENCIAS OCLUSALES PRESENTAN UN PATRÓN DE CONTRACCIÓN ASINCRÓNICA EN LOS MÚSCULOS MASTICADORES. ADEMÁS, LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES PUEDEN AUMENTAR LA ACTIVIDAD MUSCULAR DURANTE EL REPOSO Y ENTRE LOS CONTACTOS OCLUSALES FUNCIONALES, ASÍ COMO AUMENTAR LA MAGNITUD Y FRECUENCIA DE LAS CONTRACCIONES DE LOS MÚSCULOS MAXILARES.

LOS MOVIMIENTOS DEL MAXILAR SE INICIAN CUANDO CIERTO NÚMERO DE -- UNIDADES MOTORAS ENTRAN EN ACTIVIDAD; PERO CUANDO SE TOCAN INTERFERENCIAS OCLUSALES, SE PRESENTA INHIBICIÓN DE LA ACTIVIDAD REFLEJA -- NORMAL OCASIONADA POR LA EXCITACIÓN DESORGANIZADA Y PREMATURA DE -- LOS PROPIOCEPTORES O DE LAS TERMINACIONES SENSITIVAS SITUADOS EN LA MEMBRANA PERIODONTAL DE LOS DIENTES AFECTADOS.

BAJO TALES CONDICIONES SE EFECTÚA UN ESFUERZO CONTÍNUO POR LOS -- CENTROS NERVIOSOS CONTROLADOS EN FORMA REFLEJA PARA ESTABLECER UN -- PATRÓN DE COMPROMISO DE CONTACTO OCLUSALES A FÍN DE EVITAR O REDUCIR AL MÍNIMO LA IRRITACIÓN Y LA LESIÓN DE LOS DIVERSOS TEJIDOS DEL APARATO MASTICADOR. ADEMÁS PUESTO QUE LOS UMBRALES DE EXCITACIÓN -- DE LAS NEURONAS QUE CONTROLAN LOS MOVIMIENTOS DE CONTACTO OCLUSAL -- SOBRE BASES REFLEJAS SON VARIABLES, LOS IMPULSOS TANTO DE ORIGEN --

CENTRAL COMO PERIFÉRICO PUEDEN, CUANDO SON AUMENTADOS POR FACILITACIÓN EN LA CONDUCCIÓN NERVIOSA, PROVOCAR LO QUE PARECE CONSTITUIR UNA EXAGERADA CONTRACCIÓN DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR. ESTE FENÓMENO DE CONTRACCIÓN ABERRANTE SE PRESENTA EN ASOCIACIÓN CON MOLESTIAS O DOLOR LOCAL Y CON STRESS GENERAL Y TENSIÓN EMOCIONAL Y NERVIOSA.

LA HIPERTONICIDAD Y LOS PATRONES DE CONTRACCIÓN DESORGANIZADA DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES PROPORCIONAN LA BASE PARA EL BRUXISMO, EN EL CUAL LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES EN PRESENCIA DE TENSIÓN NERVIOSA ACTÚAN COMO DESENCADENANTES DE UNA ACTIVIDAD MUSCULAR ANORMAL. UN PATRÓN DE CONTRACCIÓN ASINCRÓNICA Y ANORMALMENTE FUERTE PUEDE, POR EJEMPLO, INICIAR CONTRACCIONES PODEROSAS DE LOS MÚSCULOS MASETEROS ANTES DE QUE LOS MÚSCULOS TEMPORALES HAYAN ESTABLECIDO UNA POSICIÓN ADECUADA DEL MAXILAR. ESTE TIPO DE PATRÓN DE CONTRACCIÓN - - ASINCRÓNICA PUEDE OCASIONAR FUERZAS DIRIGIDAS DESFAVORABLEMENTE Y - QUE ESTÁN SITUADAS SOBRE LOS DIENTES EN CONTACTO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN.

EL UMBRAL PARA LA PROPIOCEPCIÓN Y LA SENSACIÓN TÁCTIL PUEDEN SER DISMINUIDOS FÁCILMENTE POR LA ACCIÓN ENTUMECEDORA DE LA PRESIÓN - - EXCESIVA Y PROLONGADA ASOCIADA CON EL BRUXISMO O EL APRETAMIENTO DE LOS DIENTES. ESTO SIGNIFICA QUE LOS REFLEJOS PROTECTORES BASADOS EN LA PROPIOCEPCIÓN Y EL TACTO DENTRO DEL APARATO MASTICADOR, NO SE ENCUENTRAN OPERANDO NORMALMENTE. LA SENSIBILIDAD PERIODONTAL REDUCIDA AL TACTO Y AL DOLOR, EN COMBINACIÓN CON LA ACTIVIDAD ANORMALMENTE AUMENTADA DE LOS MÚSCULOS DEL MAXILAR, PUEDEN LÓGICAMENTE OCASIONAR LESIÓN DE LAS ESTRUCTURAS PERIODONTALES.

AUNQUE PROBABLEMENTE ES MÁS IMPORTANTE EL HECHO DE QUE EL BRUXISMO NO ESTÁ REGIDO POR LOS MISMOS PRINCIPIOS NEUROMUSCULARES DE LOS REFLEJOS PROTECTORES QUE IMPIDEN QUE OCURRA EL TRAUMA POR OCLUSIÓN DURANTE LA FUNCIÓN NORMAL. EL BRUXISMO BUSCA LAS INTERFERENCIAS - OCLUSALES Y LA FUERZA APLICADA ES USADA COMO UN ESCAPE PARA LA TENSIÓN NERVIOSA. EL DOLOR, EN VEZ DE HACER QUE SE EVITEN LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES, PARECE PROPICIAR UNA MAYOR APLICACIÓN DE FUERZA. ASÍ LA ACCIÓN DISFUNCIONAL DEL BRUXISMO HA SIDO LLAMADA AUTO-DESTRUCCIÓN. SIENDO ESTE MECANISMO LA ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE DEL TRAUMA POR OCLUSIÓN EN CUALQUIER PARTE DEL APARATO MASTICADOR,

ÚNICAMENTE SE EMPLEA UNA PEQUEÑA FRACCIÓN DE LA CAPACIDAD POTENCIAL DE LOS MÚSCULOS MASTICADORES PARA LA MASTICACIÓN DE ALIMENTOS Y LA FIJACIÓN DE LOS MAXILARES DURANTE LA DEGLUCIÓN (HABITUALMENTE UNA PRESIÓN DE MENOS DE 11 KG EN COMPARACIÓN DE LA FUERZA MÁXIMA - DE MORDIDA DE 90 A 135 Kg). EN EL BRUXISMO SE OBSERVA UN AUMENTO ANORMAL EN LA MAGNITUD, FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LA FUERZA OCLUSAL. EL IMPACTO DE LA FUERZA EN EL BRUXISMO EXCÉNTRICO ESTÁ DIRIGIDO -- MÁS HORIZONTALMENTE QUE EL IMPACTO DE LAS FUERZAS MASTICATORIAS -- NORMALES. ADÉMÁS, EL PUNTO DE ATAQUE DE LA FUERZA EN EL BRUXISMO SE LOCALIZA FRECUENTEMENTE CERCA DEL BORDE INCISIVO O PUNTA DE LA CÚSPIDE, DONDE LA POSIBILIDAD DE OCASIONAR LESIÓN TRAUMÁTICA DEL PERIODONTO ES MUCHO MAYOR QUE EN EL CASO DE FUERZAS APLICADAS CENTRALMENTE Y EN LA DIRECCIÓN DEL EJE MAYOR DE LOS DIENTES.

CUANDO SE TOMAN EN CUENTA TODOS ESTOS FACTORES RESULTA FÁCIL COMPRENDER EL PROMINENTE PAPEL QUE GENERALMENTE SE ADJUDICA AL BRUXISMO EN LA PATOGÉNESIS DE LA OCLUSIÓN TRAUMÁTICA, ESPECIALMENTE DEL -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TIPO PRIMARIO.

ES OPINIÓN GENERAL QUE EL TRAUMA POR OCLUSIÓN ES RARA VEZ EL RESULTADO DE FUERZAS MASTICATORIAS EN UNA DENTICIÓN INTACTA CON ADECUADO APOYO PERIODONTAL; MÁS BIEN, DICHA LESIÓN ES UNA INDICACIÓN DE -- FUERZAS DISFUNCIONALES ASOCIADAS HABITUALMENTE CON BRUXISMO U OTROS HÁBITOS PERNICIOSOS. DEBE HACERSE HINCAPIÉ EN QUE EL BRUXISMO RE-- FORZARÁ EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LAS ESTRUCTURAS PERIODONTALES -- EN VEZ DE DEBILITARLAS, ESPECIALMENTE SI DICHO HÁBITO SE INICIA -- CUANDO EL INDIVIDUO ES JOVEN Y POSEE UN ADECUADO SOSTÉN PERIODON-- TAL. EL DIAGNÓSTICO DE BRUXISMO DE NINGUNA MANERA PRESUPONE UN -- DIAGNÓSTICO DE TRAUMA POR OCLUSIÓN, AUNQUE LAS FUERZAS ANORMALES -- ASOCIADAS CON ÉL PROPORCIONAN LA OPORTUNIDAD DE UNA LESIÓN TRAUMÁTICA Y HACEN NECESARIA UNA APRECIACIÓN MUY CUIDADOSA DE LAS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN DE LOS DIENTES.

EL TRAUMA POR OCLUSIÓN SE PUEDE PRESENTAR COMO RESULTADO DE NUMEROSAS CONDICIONES DESFAVORABLES, OCLUSALES Y PERIODONTALES, EN COMBINACIÓN CON AUMENTADO TONO MUSCULAR Y DIVERSOS GRADOS DE TENSIÓN -- EMOCIONAL.

LA PRESENCIA DE OCLUSIÓN TRAUMÁTICA INDICA QUE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA DEL APARATO MASTICADOR HA SIDO SOBREPASADA; EN ÚLTIMO TÉRMINO, EL QUE ESTA CAPACIDAD SE SOBREPASE O NO DEPENDE DE LA FORMA EN QUE UNA PERSONA HAYA SIDO CAPAZ DE ADAPTARSE, AJUSTAR Y VIVIR CON -- SU OCLUSIÓN.

G L O S A R I O

- 1.- ARTICULACIÓN DIARTROSICA.- TIPO DE ARTICULACIÓN ÓSEA ESTRUCTURADA DE FORMA QUE PERMITE AMPLIOS MOVIMIENTOS.
- 2.- DIMENSIÓN VERTICAL.- MEDIDA VERTICAL DE LA CARA ENTRE DOS PUNTOS SELECCIONADOS ARBITRARIAMENTE, UNO ARRIBA Y OTRO ABAJO, CASI SIEMPRE A NIVEL DE LA LÍNEA MEDIA.
- 3.- FIBRAS SENSITIVAS.- SON LAS FIBRAS QUE LLEVAN LOS IMPULSOS DE LOS ÓRGANOS SENSORIALES AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
- 4.- HIPERTROFIA.- AUMENTO DE VOLÚMEN DE UN ÓRGANO O DE UN TEJIDO DEBIDO AL AUMENTO DEL VOLÚMEN DE SUS CÉLULAS.
- 5.- LADO DE BALANCEO.- RELACIÓN DE LAS CÚSPIDES Y DECLIVES VESTIBULARES DE LOS DIENTES INFERIORES CON LAS CÚSPIDES Y DECLIVES LINGUALES DE LOS DIENTES SUPERIORES EN EL LADO IZQUIERDO DE LA ARCADADA.
- 6.- OCLUSIÓN CENTRAL.- MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN DE LOS DIENTES. ESTA ES LA POSICIÓN VERTICAL Y HORIZONTAL DEL MAXILAR EN LA CUAL LAS CÚSPIDES DE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES LOGRAN SU MAYOR INTERDIGITACIÓN.
- 7.- POSICIÓN INTERCUSPAL.- POSICIONES DETERMINADAS POR LOS ENTRECruzAMIENTOS DE LAS CÚSPIDES.
- 8.- RELACIÓN CENTRAL O CÉNTRICA.- ES LA QUE SE PRODUCE CUANDO LOS CÓNDILOS OCUPAN LAS POSICIONES MÁS POSTERIORES Y ELEVADAS QUE PUEDAN ASUMIR.
- 9.- RETRUSIÓN MANDIBULAR.- ES LA CONTRACCIÓN DE LAS PORCIONES MEDIA Y POSTERIOR DE LOS MÚSCULOS TEMPORALES Y DE LOS MÚSCULOS SUPRAHIOIDEOS.

- 10.- SIGNO.- FENÓMENO, CARÁCTER, SÍNTOMA OBJETIVO DE UNA ENFERMEDAD O ESTADO QUE EL MÉDICO RECONOCE O PROVOCA.
- 11.- SINOVIAL.- LÍQUIDO VISCOSO CONTENIDO EN LAS ARTICULACIONES; -- TIENE LA FUNCIÓN DE LUBRICAR LAS CABEZAS ARTICULARES.
- 12.- SÍNTOMA.- SIGNO EXTERNO DE CAMBIO EN UN ÓRGANO O EN UNA FUN- - CIÓN ORGÁNICA QUE INDICA LA PRESENCIA DE UNA ENFERMEDAD O TRAS- TORNADO, EJEMPLO: FIEBRE, DOLORES, TOS, HEMORRAGIAS.
- 13.- TONO MUSCULAR.- ESTADO DE LIGERA TENSIÓN SIEMPRE PRESENTE EN - LOS MÚSCULOS SANOS.

C O N C L U S I O N E S

ES PROBABLE QUE TODOS HEMOS RECHINADO ALGUNA VEZ LOS DIENTES AL ENCONTRARNOS EN ESTADO DE TENSIÓN O DE ESFUERZO. SIN EMBARGO, EL HECHO CARECE DE IMPORTANCIA SI NO APARECEN MANIFESTACIONES DE TRAUMATISMO. EL BRUXISMO PUEDE LLEVAR AL TRAUMA POR OCLUSIÓN CON MANIFESTACIONES EN CUALQUIERA DE LOS NUMEROSOS COMPONENTES DEL SISTEMA GNÁTICO.

EL SISTEMA GNÁTICO ES UNA UNIDAD INDIVISIBLE, CUALQUIER AFECCIÓN QUE ALTERE UNO DE SUS COMPONENTES REPERCUTE EN MAYOR O MENOR GRADO A LOS DEMÁS COMPONENTES DEL SISTEMA.

LA DIRECCIÓN, INTENSIDAD, FRECUENCIA Y DURACIÓN DE LAS FUERZAS OCLUSALES EN RELACIÓN A LA RESPUESTA DEL INDIVIDUO DETERMINAN LA APARICIÓN Y EL DESARROLLO DE UNA ALTERACIÓN DE CARÁCTER OCLUSAL.

LAS CAUSAS DEL BRUXISMO SUELEN RESIDIR EN FACTORES MECÁNICOS, COMO UNA ARTICULACIÓN NO CORRECTA DE LAS ARCADAS DENTARIAS ENTRE SÍ, DEBIDA A PRÓTESIS IMPERFECTAS O A LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS SIN COLOCACIÓN POSTERIOR DE PRÓTESIS. EL BRUXISMO PUEDE APARECER TAMBIÉN EN SUJETOS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS, TALES COMO TENSIONES NERVIOSAS O CARENCIAS EN EL PLANO AFECTIVO, O EN CASOS DE DEBILITAMIENTO ORGÁNICO.

SE CONSIDERA A LA OCLUSIÓN ORGÁNICA COMO BASE PARA ESTE TRABAJO TOMÁNDOLA COMO UNA OCLUSIÓN ESTABLE Y QUE BUSCA LA DISTRIBUCIÓN ORDENADA DE LAS FUERZAS OCLUSALES.

LA OCLUSIÓN ORGÁNICA ESTÁ CONSIDERADA COMO UN IDEAL, LO QUE NO --

QUIERE DECIR QUE LA NO OBTENCIÓN DE UNA OCLUSIÓN CON ESTAS CARACTERÍSTICAS SEA LESIVA, DEPENDE DE LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE Y LA NO PRESENCIA DE EVIDENCIAS PATOLÓGICAS.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- GLICKMAN, IRVING
PERIODONTOLOGIA CLINICA
EDITORIAL INTERAMERICANA 1982, 5A EDICIÓN.
1073 PÁGINAS.
- 2.- ESPONDA VILA RAFAEL
ANATOMÍA DENTAL.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO 1978, 5A, EDICIÓN.
390 PÁGINAS.
- 3.- EVERSOLE R. LEWIS.
PATOLOGÍA BUCAL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S. A. 1983
333. PÁGINAS.
- 4.- QUIROZ GUTIÉRREZ FERNANDO.
ANATOMÍA HUMANA TOMO I.
EDITORIAL PORRÚA, S.A. 1976, 15A, EDICIÓN.
501 PÁGINAS.
- 5.- RAMFJORD, SIGURD P.
OCLUSIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA, 1972, 2A, EDICIÓN.
400 PÁGINAS.
- 6.- MARTÍNEZ ROSS ERIK
OCLUSIÓN
VICOVA EDITORES S.A. 1978, 2A, EDICIÓN.
554 PÁGINAS.
- 7.- SHAFER G, WILLIAM, HINE K, MAYNARD.
PATOLOGÍA BUCAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA S. A. 1977, 3A, EDICIÓN.
846 PÁGINAS.
- 8.- WHELLER C. RUSELL
ANATOMÍA DENTAL, FISILOGÍA Y OCLUSIÓN.
EDITORIAL INTERAMERICANA S. A. 1979, 5A, EDICIÓN.
544 PÁGINAS.

- 9.- DICCIONARIO MÉDICO FAMILIAR.
SELECCIONES DEL READER'S DIGEST.
IMPRESORA Y EDITORA MEXICANA S. A. 1982 1A. EDICIÓN.
756 PÁGINAS.