

Bruxismo

Este informe presenta unas nociones básicas sobre el bruxismo y su diagnóstico, destacando su repercusión en el diente y en el periodonto.

El diagnóstico de bruxismo está claro si existen signos de desgaste dentario marcado y o si el paciente es consciente del hábito. Sin embargo, en muchas ocasiones es difícil asegurar el diagnóstico del tipo de bruxismo y su intensidad.

Este diagnóstico es importantísimo, puesto que el bruxismo es un factor pronóstico clave. En los pacientes de la base de datos de PerioProject, el diagnóstico se realizó barajando el conjunto de signos y síntomas durante todo el periodo de seguimiento. Esto permitió asegurar el diagnóstico y analizar el impacto real de este factor. Sin embargo también comprobamos lo difícil que puede ser hacer el diagnóstico en la exploración inicial.

Algunos pacientes reconocen señales de su bruxismo días después de haber comentado con el dentista la posibilidad de padecerlo. En algunos pacientes pueden concurrir la mayoría de signos y síntomas mientras que en otros podría pasar totalmente desapercibido, debutando con un dolor de muelas sin causa aparente que lo justifique.

Concretaremos en primer lugar, los signos y síntomas propios del bruxismo, para profundizar posteriormente en los tipos de bruxismo y sus repercusiones sobre el diente y el periodonto.

Signos y síntomas de bruxismo

Por orden de importancia, estos son los principales signos y síntomas.

1. Reconocimiento de presentar el hábito.
2. Desgaste dentario excesivo: atrición oclusal y abfracción.
El rechinamiento o bruxismo excéntrico se produce por el deslizamiento de la mandíbula con los dientes apretados. El desgaste dentario resultante se localiza fundamentalmente en los bordes incisales y las caras oclusales (atrición oclusal).
La siguiente imagen muestra el desgaste de la zona de oclusión de los dientes anteriores y posteriores.



El apretamiento o bruxismo céntrico se produce por la contractura de los músculos mandibulares manteniendo los dientes en su oclusión. En este caso el desgaste oclusal sería menor, en forma de facetas de desgaste, pero respetándose las cúspides. En este bruxismo el mayor desgaste se produce a nivel cervical, con forma redondeada, denominado abfracción, mostrado en las imágenes siguientes.



No existe un límite claramente definido entre el rechinar (bruxismo excéntrico) y el apretamiento (bruxismo céntrico), de la misma forma que el desgaste dentario oclusal y cervical puede coincidir, en mayor o menor medida, en muchos pacientes.

Es frecuente encontrar los dos tipos de desgaste, de la zona oclusal y en la zona del cuello del diente en los pacientes con bruxismo marcado, como se aprecia en la próxima imagen. Entre A y B han transcurrido 20 años.



Los cuatro casos clínicos siguientes muestran el desgaste dentario que tiene lugar a lo largo de 20 años. El caso A es bruxismo excéntrico leve. Los casos B y C son bruxismo céntrico leve y el caso C es bruxismo céntrico severo, con abfracciones extensas (flecha) y una historia de fisuras y fracturas radiculares. Las abfracciones de los dientes superiores se obturaron con composite, desprendiéndose y filtrando en muchas zonas.



3. Cansancio, contractura y dolor muscular.

El trabajo excesivo de la musculatura de cierre mandibular se refleja en la hipertrofia muscular, muchas veces visible y sobre todo palpable. Este trabajo excesivo puede crear episodios de dolor y contractura muscular, que es mayor en las zonas de inserción muscular.

Es frecuente presentarse al despertar, con sensación de boca encajada. Los músculos en la vecindad de la garganta pueden doler mucho al ser explorados, denominándose puntos gatillo.

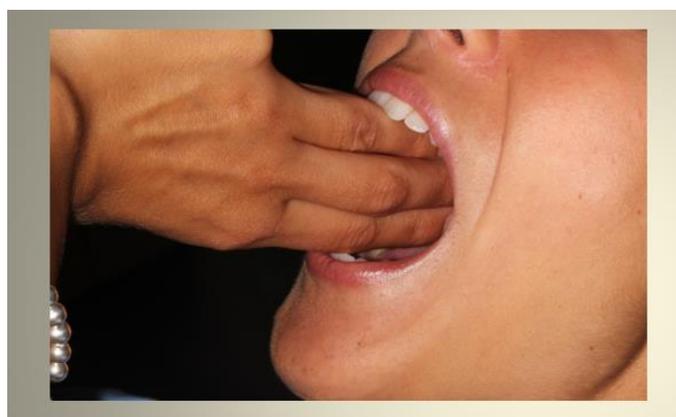
En ocasiones se involucran los músculos de la cabeza, cuello y espalda, revelando un patrón de contractura general, que es referido por la persona como “dolor de cervicales” o de cuello. El dolor puede irradiarse hacia la articulación, confundiéndose con un dolor de oídos.

4. Sensibilidad y dolor dentario sin causa aparente.

La fuerza extrema del bruxismo puede producir sensibilidad e incluso dolor agudo sobre las muelas que reciben mayor carga, sin existir otros motivos de dolor dental. En casos extremos la persona se lamenta de este dolor añadido, en un momento en el que tiene tantos problemas. Podrían ser estos problemas los desencadenantes del bruxismo.

Este dolor puede no definirse claramente en un diente, sino en varios y de forma irradiada, implicando las zonas donde los músculos se insertan. Las personas que lo sufren localizan el dolor sujetando la mandíbula con la mano, más que señalando un diente concreto. Incluso algunos pacientes confunden la contractura con un flemón. Es posible que estos episodios se repitan, pudiendo presentarse en otros dientes.

5. Limitación de la apertura bucal y dificultad para aguantar mucho tiempo con la boca abierta, por dolor muscular. En ausencia de bruxismo la apertura de la boca admite el grosor de dos dedos y medio o tres dedos juntos, como muestra la imagen siguiente. Dos o menos dedos podrían relacionarse con el bruxismo.



6. Sensación de tener los dientes acolchados. Esto sucede con mayor frecuencia por el apretamiento y especialmente cuando los dientes que han perdido parte de su soporte. Suele describirse como la sensación de tener los dientes sueltos, en un espacio acolchado o con cierta elasticidad.

7. En algunos pacientes con bruxismo, sobre todo apretamiento, el hueso de algunas zonas de la boca se desarrolla en exceso, formando protuberancias llamadas torus. Sucede con mayor frecuencia en lingual de los dientes antero inferiores y en vestibular de los superiores.

En el caso siguiente coinciden abfracciones con torus linguales bilaterales. La diferencia entre las dos imágenes clínicas es de 20 años. La paciente tenía un bruxismo céntrico moderado y ha llevado férula de descarga durante todos estos años.



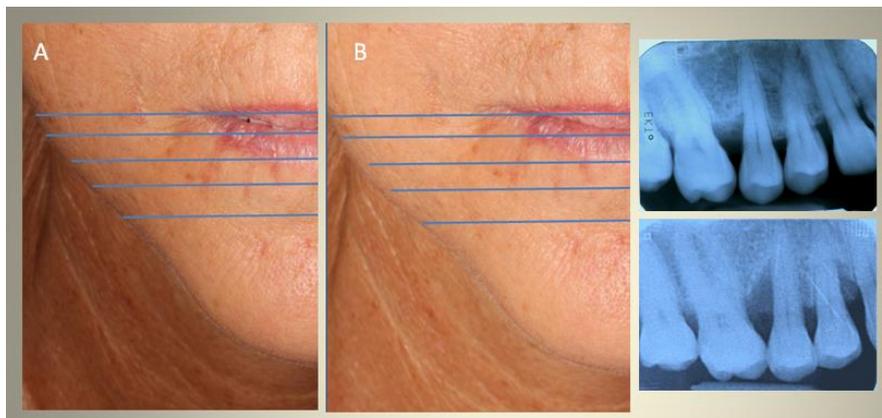
Los casos siguientes son de un torus unilateral, dos torus verdaderamente llamativos y una tabla osea vestibular engrosada en el sextante anteroinferior de una paciente con abfracciones y bruxismo céntrico.



La cantidad de signos y síntomas de bruxismo presentes varía enormemente entre pacientes. En el siguiente caso coincide atrición del borde incisal, abfracciones incipientes, torus lingual e hipertrofia de la musculatura masticatoria, además de que la paciente es consciente de su bruxismo desde hace años.



En otras ocasiones las manifestaciones son escasas. El siguiente caso es el de una paciente que reconoce bruxismo extremo por apretamiento y que no ha llevado la férula que se le confeccionó hace 15 años. Nota molestias a la masticación en el primer sextante, correspondiéndose con la formación de dos defectos intraóseos. El único signo objetivable de bruxismo fue la hipertrofia de los maseteros, cuya contracción se aprecia clínicamente (B).



En el peor de los casos, como ya comentamos, el bruxismo puede hacer su debut clínico con dolor de muelas sin causa aparente que lo justifique y en ausencia de signos u otros síntomas.

Consideraciones sobre la naturaleza del bruxismo y su impacto en el diente y en el periodonto

No parece haber unanimidad en la definición de los posibles tipos de bruxismo. Un intento de consenso (Lobbezoo et al. 2013, J.O.R) ha propuesto la siguiente definición de bruxismo y una graduación: se trata de una actividad repetitiva de la musculatura mandibular caracterizada por rechinar o apretamiento de los dientes y o por un apuntalamiento y empuje de la mandíbula. Puede ser diurno y o nocturno.

Se diferenciarían tres grados: posible (basado en la propia percepción y en las respuestas a la anamnesis), probable (basado en lo anterior y en la exploración clínica) y definitivo (basado en lo anterior y en registros de la actividad del paciente durante el sueño).

Hemos querido aportar nuestra propia experiencia, tras seguir la evolución de más de 200 pacientes con bruxismo a lo largo de 20 años.

En primer lugar, se ha cifrado la prevalencia del bruxismo en un 10% a 20% de la población. Siendo probable, no puede asegurarse tal observación en la medida en que ni el bruxismo y sus variedades están claramente definidos, como tampoco sus grados de intensidad. Posiblemente todo el mundo hemos apretado alguna vez los dientes.

Por lo que respecta al factor tiempo, el bruxismo parece ser muy dinámico, cambiando a lo largo de la vida. Se ha descrito que a sería menos frecuente a partir de los 65 años. En nuestra experiencia es así. Otro dato interesante es que las urgencias por dolor de muelas asociado a bruxismo es dos a tres veces mayor en la transición de la primavera al verano.

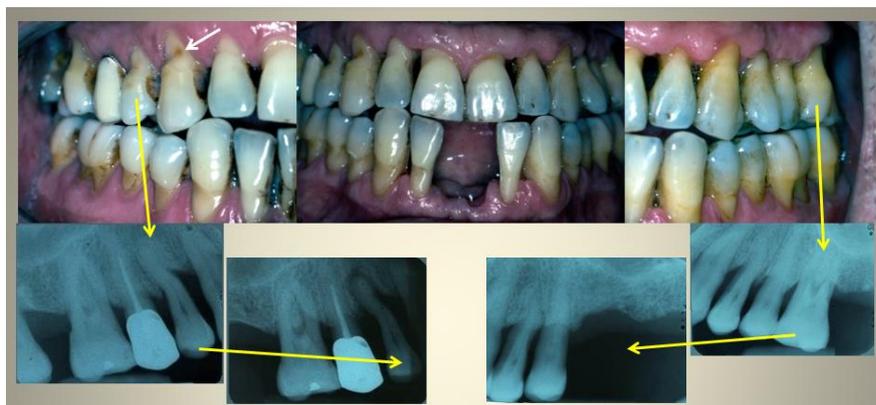
La etiología de la abfracción se ha atribuido a la sobrecarga resultante de determinadas fuerzas oclusales. El vector de la fuerza de apretamiento no es fijo, sino que se oscilaría entre las facetas de desgaste que se van creando. La repercusión de tales fuerzas en la región cervical se relacionaría con la abfracción. Estas, a su vez, se

asocian invariablemente a la recesión gingival, quedando por aclarar la repercusión en el resto del periodonto.

La ligera oscilación de las fuerzas de apretamiento, trasladadas al periodonto, podría identificarse con fuerzas de balanceo, sobre cuyo potencial efecto nocivo sobre el periodonto se ha especulado. Estando por aclarar el papel real del bruxismo en el periodonto sano, parece una hipótesis razonable que un periodonto reducido por enfermedad periodontal pueda soportar peor las fuerzas de apretamiento y del balanceo resultante en el diente, sobre todo si existe inflamación por placa bacteriana. De forma gráfica, podría decirse que este balanceo sería como utilizar un fórceps para mover el diente un poco cada día.

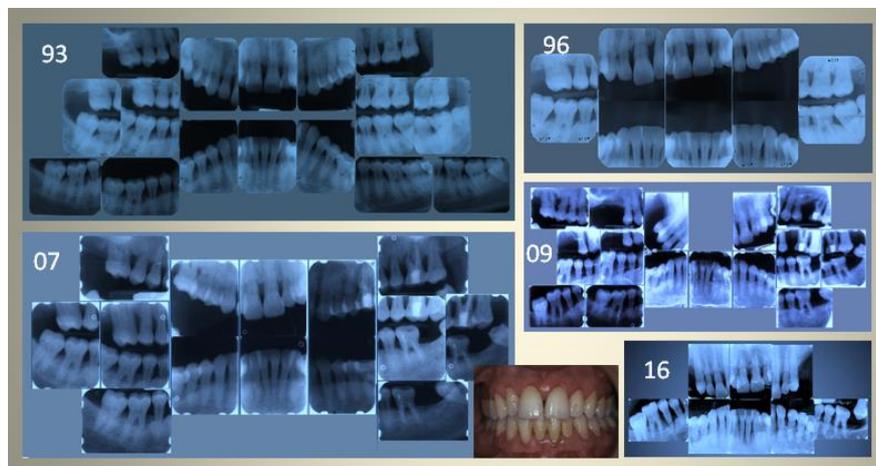
Independientemente del razonamiento anterior y de acuerdo con nuestra investigación y la de otros autores, el bruxismo duplica el riesgo de pérdida dentaria, teniendo un mayor impacto si se asocia al tabaquismo. Las siguientes imágenes corresponden a la evolución de un paciente con apretamiento o bruxismo céntrico. Un fuerte tabaquismo participó también. Las abfracciones en el primer sextante son evidentes (flecha blanca).

La pérdida dentaria por enfermedad periodontal en este paciente fue de las más altas y a más corto plazo en nuestra muestra. En el transcurso de 10 años bajo cuidados de mantenimiento, se perdieron, entre otros dientes, el premolar 15 y el molar 27.



El siguiente caso clínico corresponde a una de las peores evoluciones entre nuestra base de datos. Junto a un fuerte hábito

de tabaquismo, el bruxismo céntrico era extremo, reconocido por la paciente. Sin embargo, los signos de desgaste dentario fueron leves.



Nuestro caso más dramático participando bruxismo y tabaquismo en pacientes bajo mantenimiento periodontal es la pérdida, en cinco años, de molares y algunos premolares superiores. Los únicos signos de bruxismo fueron facetas oclusales. El diagnóstico de bruxismo se basó exclusivamente en el reconocimiento del hábito por la paciente.



Estos casos contrastan con el ya presentado del seguimiento durante 20 años (caso A, B) con extremo desgaste oclusal y cervical, en el que además no hubo pérdida dentaria. La paciente no era fumadora y llevó una férula de descarga regularmente. Pese a ello, el desgaste dentario es enorme. Esto podría sugerir que el grado de desgaste no se relacionaría con la repercusión periodontal.

El bruxismo se asoció a pérdida dentaria por enfermedad periodontal en nuestra base de datos, especialmente asociado a tabaquismo. Sin embargo, el bruxismo extremo, por sí mismo, podría asociarse a la pérdida de soporte y la consiguiente pérdida dentaria, en base a nuestra experiencia clínica. Este es el caso de la paciente en la que aparecen los defectos verticales en premolares superiores.

Conclusiones

El desgaste dentario producido por los dos tipos de bruxismo parece ser diferente. Sería mayor en oclusal en el rechinamiento (excéntrico) y mayor en cervical en el apretamiento (céntrico).

Pese a lo anterior, no existe un límite claramente definido entre ambos tipos de desgaste, ya que estos concurren en mayor o menor medida en muchos pacientes.

El papel del bruxismo en el periodonto sano está por aclarar. Sin embargo, parece lógico postular que el periodonto reducido soportaría peor las fuerzas extremas de bruxismo, especialmente el apretamiento.

En nuestra base de datos encontramos el bruxismo claramente asociado a pérdida dentaria si participaba el tabaquismo. No obstante, el bruxismo extremo podría, en ausencia de tabaquismo, contribuir a la pérdida dentaria en determinadas situaciones.