

Rehabilitación ocluso-articular en un paciente bruxópata

Occlusal-articular rehabilitation in a patient with bruxism

José Miguel Montero Parrilla^I, Zuilén Jiménez Quintana^{II}

^I Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológicas. Doctor en Estomatología. Instructor. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Prótesis Estomatológicas. Doctora en Estomatología. Instructor. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó la presentación del caso de un paciente masculino de 68 años de edad que acudió a la Consulta de Trastornos Temporomandibulares de la Facultad de Estomatología de La Habana, por presentar problemas estéticos y dificultades masticatorias. Durante la anamnesis y el examen físico se observaron facetas de desgastes oclusales, disminución de la dimensión vertical y prominencias óseas asociadas al bruxismo. Se realizó la discusión del caso y el tratamiento seguido para su rehabilitación ocluso-articular. El resultado final fue la restauración de la estética y la función.

Palabras clave: bruxismo.

ABSTRACT

This is the presentation of the case of a male patient aged 68 came to our consultation of temporomandibular disorders of the Stomatology Faculty of Ciudad de La Habana due to esthetic problems and mastication difficulty. During anamnesis and physical examination it was possible to note occlusal wear facets, decrease of vertical

dimension and bone prominences associated with bruxism. Case was discussed and treatment was followed for its occlusal-articular rehabilitation. Final result was the restoration of esthetics and function.

Key words: Bruxism.

INTRODUCCIÓN

El apretamiento y rechinamiento de los dientes es una actividad masticatoria parafuncional denominada bruxismo. Esta entidad ha atraído el interés de profesionales de muchas ramas de la salud como la estomatología, la neurología y la psiquiatría.¹ Es importante distinguir entre el bruxismo diurno y el nocturno, debido a su diferente etiología y fisiopatología.² Las primeras explicaciones etiológicas relacionadas con el bruxismo estuvieron centradas en los elementos oclusales, pero posteriormente la atención se dirigió hacia los factores psicológicos como el estrés y la ansiedad. Hacia finales del siglo XX la mayoría de las opiniones combinaban estas dos ideas.³

Recientemente el estudio del bruxismo nocturno ha reflejado que este es un trastorno funcional relacionado con el sueño, en el que se presentan contracciones rítmicas de los músculos masticatorios, con rechinamiento dentario.^{2,3} Sin embargo, el bruxismo diurno se caracteriza por un apretamiento dentario y parece estar asociado a factores psicológicos y a un gran número de síntomas psicopatológicos.⁴ El alcohol, las drogas, las enfermedades sistémicas, los traumas, la herencia e inclusive el grado de dependencia a la nicotina, parecen jugar un importante rol en la etiología del bruxismo.⁵ Los reportes de prevalencia de los síntomas asociados al bruxismo varían en la población general, debido a las diferentes metodologías de investigación, sus definiciones operacionales, los criterios clínicos y las muestras seleccionadas.⁶

Se reconoce, que de forma general, el bruxismo afecta del 15 al 23 % de la población. La edad parece ser un factor importante a considerar, pues esta condición es reportada en el 14 % de los niños en comparación con el 3 % reportado en la población geriátrica.^{2,6} Los síntomas son muy variables y pueden incluir: desgaste de las superficies oclusales, fracturas dentarias, hipertrofia de los músculos maseteros, cefalea frecuente, dolores cervicales y trastornos del sueño.⁷

Los cambios en la comprensión del fenómeno del bruxismo han provocado una consecuente modificación en la forma en que las férulas oclusales deben ser usadas para controlarlo. Esto ha permitido comprender que el uso de férulas es importante durante el sueño, para proteger los dientes y por su comprobado efecto miorrelajante, al disminuir la actividad muscular.^{2,8} La sorprendente falta de evidencias con relación a resultados a largo plazo de los métodos de tratamiento y los materiales empleados, indica la necesidad de precaución ante las diversas alternativas empleadas en la rehabilitación de los pacientes con bruxismo.⁹ Se reporta este caso con el propósito de mostrar la estabilidad ocluso-articular lograda, al rehabilitar un paciente bruxópata, con la consecuente mejoría en su calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un paciente masculino de 68 años de edad, que acudió a la consulta de trastornos temporomandibulares de la Facultad de Estomatología de La Habana, preocupado por los problemas estéticos y las dificultades masticatorias que presentaba. Durante el interrogatorio se comprobó que el paciente desde hacía más de seis años había notado que presentaba desgaste de los dientes anteroinferiores, pero por presentar grandes responsabilidades laborales, no había tenido la oportunidad de buscar atención especializada. Señalaba además, estar sometido frecuentemente a situaciones estresantes vinculadas a la profesión que desempeñaba.

El examen físico intrabucal permitió observar facetas de desgaste oclusal, en los seis dientes anteroinferiores, con una gran pérdida de la estructura dentaria (Fig. 1). En los órganos dentarios: 43, 32 y 33 fue evidente la forma de copa invertida, que dejó como remanente dos tercios de la corona en el primero y la mitad de la corona en los otros dos. En el caso de los órganos dentarios: 42, 41 y 31 el desgaste era mayor. No solo se apreció una disminución en la altura ocluso-gingival, sino que también se vio afectada la cara vestibular.



Fig. 1. Facetas de desgaste oclusal.

En el diente número 26 existía una gran restauración de amalgama mesio-ocluso-distal, que estaba desgastada y con una superficie pulida. Después de realizar un examen de vitalidad a todos los dientes se comprobó que todos los dientes la conservaban. Existían brechas desdentadas a nivel de los órganos dentarios: 15, 24, 25, 37, 46 y 47. Al encontrarse el paciente en posición de máxima intercuspidación (PMI) se observó un sobrepase incisivo de corona completa y un resalte de 2,5 mm. El órgano dentario 16, estaba sobreerupcionado e invadía el espacio dejado por los antagonistas. El análisis de los movimientos mandibulares laterales, reflejó la presencia de una función en grupo balanceada unilateral derecha e izquierda.

La guía incisiva estuvo afectada y no permitió el logro de una desoclusión posterior. A nivel de los surcos vestibulares se observó un reforzamiento de la cortical ósea. También se apreciaron las huellas de las indentaciones en la lengua y los carrillos. El examen físico extrabucal incluyó la exploración de la musculatura masticatoria y del cuello, así como de la articulación temporomandibular. Aunque no se evidenció aumento de la sensibilidad muscular, ni dolor a la palpación, ni durante la actividad funcional, los músculos maseteros se mostraron con hipertonicidad. La dimensión vertical en reposo (DVR) fue de 74 mm y la dimensión vertical oclusiva (DVO) de 66 mm, lo que indicaba la presencia de un espacio libre de 8 mm.

La articulación temporomandibular no presentó alteraciones aparentes. A los Rx se observó un reforzamiento del trabeculado óseo y engrosamiento del espacio periodontal. Las raíces eran gruesas y tenían un largo que sugería ser proporcionalmente mayor al de las coronas cuando estas estaban intactas. El paciente se mostró receptivo al tratamiento y con deseos de cooperar. Aunque las brechas desdentadas eran cortas y los dientes remanentes no presentaron movilidad ni migraciones, existió una gran pérdida de la estructura dentaria en algunos de ellos, que junto a la hipertrofia maseterina, el reforzamiento óseo y las marcas de indentaciones en labios y carrillos, sugerían una hiperactividad muscular asociada con un bruxismo nocturno.

La disminución de la DVO ocasionada por la abrasión dentaria debía ser restaurada de forma paulatina, para no variar bruscamente la posición ocluso-mioarticular. Las brechas desdentadas superiores eran cortas y los dientes pilares inmediatos a la misma estaban intactos, excepto el órgano dentario 26, por lo que la rehabilitación con prótesis fija hubiera sido una alternativa favorable para el paciente. Su decisión era conservar la integridad de los pilares y como en la mandíbula la hemiarcada derecha era un extremo libre, la prótesis parcial removible metálica también era conveniente.

La rehabilitación de los pacientes con prótesis fija ha sido un tema controversial a lo largo de los años. En este caso la presencia de los seis dientes anteriores y del órgano dentario 26, la cantidad de estructura dentaria en conjunto, así como la adecuada proporción corona-raíz y las condiciones del hueso subyacente, permitieron restaurar adecuadamente la estética y la función. Para lograr la estabilidad de esta rehabilitación fue necesario además confeccionar un dispositivo que protegiera las restauraciones y ayudara a controlar los efectos de la actividad parafuncional, sobre las demás estructuras del sistema estomatognático.

Al considerar que el paciente era un desdentado parcial superior clase III de Kennedy subdivisión 1 y desdentado parcial inferior clase II de Kennedy, con bruxismo nocturno y disminución de la DVO, para lograr una duradera rehabilitación con un pronóstico favorable, se estableció un plan de tratamiento que incluyó, etapa 1: confección de férula desprogramadora miorrelajante inferior de acrílico que restaurara la DVO, etapa 2: confección de puente fijo de cromo-níquel revestido de acrílico de 33 a 43 (Fig. 2) así como en órgano dentario 26, se conservó la DVO lograda en la etapa 1, para lograr la estabilidad ocluso-articular (Fig. 3), etapa 3: confección de prótesis parcial removible metálica superior e inferior para completar la rehabilitación oclusal y etapa 4: confección de nueva férula miorrelajante acrílica para garantizar la estabilidad de las restauraciones y el control de la actividad parafuncional. Una vez concluidas las diferentes etapas del tratamiento, se logró rehabilitar al paciente estética y funcionalmente. Se logró restaurar el equilibrio ocluso-articular de forma satisfactoria, al mismo tiempo que se restauró la estética y la masticación.



Fig. 2. Puente fijo de 33-43.



Fig. 3. Estabilidad ocluso-articular lograda al final de la rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Byrd KE, Romito LM, Dzemic M, Wong D, Talavage TM. FMRI study of brain activity elicited by oral parafunctional movements. *J Oral Rehabil.* 2009;36(5):346-61.
2. Huynh N, Lavigne GJ, Okura K, Yao D, Adachi K. Sleep bruxism. *Handb Clin Neurol.* 2011;99:901-11.
3. Klasser GD, Greene CS, Lavigne GJ. Oral appliances and the management of sleep bruxism in adults: a century of clinical applications and search for mechanisms. *Int J Prosthodont.* 2010;23(5):453-62.
4. Manfredini D, Lobbezoo F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. *J Orofac Pain.* 2009;23(2):153-66.
5. Cuccia AM. Etiology of sleep bruxism: a review of the literature. *Recenti Prog Med.* 2008;99(6):322-8.
6. Nekora-Azak A, Yengin E, Evlioglu G, Ceyhan A, Ocak O, Issever H. Prevalence of bruxism awareness in Istanbul, Turkey. *Cranio.* 2010;28(2):122-7.

7. Dupont JS, Brown C. Management of nocturnal bruxism with an anterior stop point appliance. J Tenn Dent Assoc. 2008;88(4):20-4.

8. Amorim CF, Giannasi LC, Ferreira LM, Magini M, Oliveira CS, de Oliveira LV, et al. Behavior analysis of electromyographic activity of the masseter muscle in sleep bruxers. J Body Mov Ther. 2010;14(3):234-8.

9. Johansson A, Johansson AK, Omar R, Carlsson GE. Rehabilitation of the worn dentition. J Oral Rehabil. 2008;35(7):548-66.

Recibido: 25 de abril de 2011.

Aprobado: 1 de mayo de 2011.

Dr. *José Miguel Montero Parrilla*. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.