



Depósito Legal: ppi201302ME4323
ISSN: 2343-595X

Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>



EDITORIAL

Bruxismo en la infancia: causas y tratamiento

María Eugenia Salas C., Od. MSc.¹

Odontopediatra, Profesora Titular del Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

El bruxismo es un problema de salud que no escapa de la multicausalidad de los fenómenos que forman parte de la vida moderna, es complejo al momento de conceptualizarlo sea como hábito, parafunción o parasomnia, tiene alta prevalencia e incidencia, no discrimina género ni edad y su tratamiento es variable ¹.

En los niños de tres hasta cinco o seis años se maneja el concepto de desgaste dental fisiológico el cual no ocasiona dolor o molestias, el observar facetas de desgaste en dentición primaria no necesariamente nos indica que el paciente infantil presente bruxismo. Pero ¿cuál es el límite entre lo fisiológico y lo parafuncional?, ¿el desgaste parafuncional es una condición que se manifiesta en forma aislada o es un síntoma de otra alteración sistémica, psicosocial o cultural que se expresa en las piezas dentarias y tejidos que los rodean? Cuando el desgaste fisiológico de las piezas dentarias no se diferencia a tiempo del desgaste producido por una parafunción, trae consecuencias negativas en el niño que pudiera alterar su calidad de vida, por lo que se hace necesario conocer las características fundamentales del bruxismo en niños y adolescentes ².

¹ E-mail: marusalas70@gmail.com

Es muy difícil de identificar el bruxismo en los estadios tempranos, debido a que los pacientes desconocen su significado y su efecto; sin embargo, evidencias preliminares sugieren que el bruxismo en la infancia es una condición autolimitante que no progresa a un bruxismo en la edad adulta. Entretanto, rasgos de la personalidad en el niño pueden persistir en el adulto, lo que podría favorecer el hábito del bruxismo de la infancia a la vida adulta ^{1,3}.

A pesar de su alta prevalencia en el mundo y las múltiples investigaciones realizadas en correspondencia con el tema, existen vacíos que apuntan hacia el diagnóstico y tratamiento terapéutico, debido a su carácter multifactorial, el cual debe ser valorado por el profesional para poder elegir el método más adecuado para los pacientes que padecen de esta afección, considerando a cada ser humano como una unidad insoluble que posee individualidades con respecto al resto ^{1,3}.

El bruxismo es considerado una parafunción caracterizado por la presencia de movimientos mandibulares repetitivos sin propósito funcionales aparentes, apretamiento o rechinar dental con gran acción nociva para el sistema estomatognático, siempre y cuando la intensidad de las fuerzas que se ejerzan logre superar la capacidad adaptativa de los tejidos. Tiene dos diferentes manifestaciones circadianas: puede ocurrir durante la vigilia (bruxismo vigil) o durante el sueño (bruxismo del sueño). Incluso, algunos niños y adolescentes pueden presentar bruxismo mixto ^{2,4,5}.

En relación con la terminología utilizada, por definición, un hábito es la facilidad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad, un comportamiento obtenido mediante la experiencia, pudiendo ser «activado» o «desactivado» a voluntad, siendo este último término posiblemente aplicable para el bruxismo vigil, pero no para el bruxismo del sueño debido a la incapacidad de controlar las actividades músculo-mandibulares durante el sueño, por lo que no se puede considerar como un hábito oral, debido a que ocurre de manera involuntaria. Así mismo la literatura actual reporta que no es más considerado una parafunción o parasomnia, ya que su etiología hoy se reconoce que está basada en factores neurofisiológicos, que si bien pueden existir resultados negativos, principalmente derivados de la severidad del bruxismo del sueño, puede tener funciones fisiológicas positivas, tales como: facilitar el flujo aéreo sin obstrucciones durante el sueño y lubricar el tracto alimentario superior. Debido a estas posibles funciones fisiológicas protectoras, se prefiere el término “condición” en lugar de “desorden o disturbio” ^{4,6,7}.

El bruxismo también se puede clasificar como primario o idiopático, cuando no hay comorbilidades médicas asociadas o causas claras identificables; secundario o iatrogénico, cuando se relaciona a condiciones psicosociales o médicas como los trastornos respiratorios del sueño, problemas neurológicos, condiciones psiquiátricas y el consumo de drogas o medicamentos ^{1,4,8}.

Así mismo, la literatura reciente hace referencia a una subclasificación que dice que puede ser “posible” cuando el diagnóstico es basado en el auto reporte, el reporte del acompañante de sueño o el reporte de los padres en el caso de los niños; “probable”, cuando el diagnóstico de bruxismo, además de considerar el reporte de rechinar dental durante el sueño, está acompañado de uno o más signos clínicos, como desgaste dental, indentaciones en mucosas y/o trastornos temporomandibulares (TTM). El bruxismo se considera “definitivo”, cuando tanto el reporte como los signos clínicos, están acompañados de la detección de bruxismo del sueño en la polisomnografía, que es considerada actualmente como el estándar de oro ^{1,4,7,9}.

La literatura es extensa y contradictoria con respecto a la etiología del bruxismo en la infancia, muchas teorías se han descrito para explicar su aparición por lo que se ha concluido que su origen es multifactorial puesto que convergen factores hereditarios, psicológicos, neurológicos y anatómicos en su desarrollo, que involucra complejos procesos fisiológicos multisistémicos. Todo esto conlleva a que se debe conocer los factores de riesgo para brindar un diagnóstico efectivo ^{3,5,7,9-11}.

Factores locales, las maloclusiones esqueléticas, alteraciones oclusales, restauraciones defectuosas, inestabilidad de la oclusión producto del recambio de los dientes temporales, están asociadas al paciente bruxista; sin embargo, la odontología basada en la evidencia descartó la participación del factor dentario y ha permanecido el más difícil de probar con base en la evidencia estadística, el factor emotivo, pues se observó que no todos los pacientes con alteraciones dentarias presentaban bruxismo. También se reporta que en niños pequeños el movimiento involuntario de la mandíbula puede deberse a inmadurez del sistema masticatorio neuromuscular ^{2,3,5,8}.

Los aspectos emocionales (factor psicológico) deben ser considerados al investigar sobre el bruxismo del sueño. El nivel de estrés que pudiera estar sometido (rendimiento académico, actividades extras curriculares, etc.) y tipo de personalidad del niño, el uso del chupón, onicofagia, la queilofagia se consideran factores predictores del bruxismo del sueño. El estado socioeconómico y el nivel cultural

también han sido relacionados con el bruxismo, aunque sin lograr resultados concluyentes ^{2,11,12}.

Con frecuencia el pediatra, en cuanto detectaba bruxismo ocasional en un niño, lo relacionaba de inmediato con una parasitosis intestinal; sin embargo, a pesar de que existen trabajos que demuestren su asociación, aunque, estadísticamente no significativa; trabajos más recientes confirman una correlación inexistente entre las parasitosis y el bruxismo en la infancia ^{5,12,13}. Con respecto a los factores relacionados con la calidad del sueño, se ha observado más predisposición en niños que duermen menos de ocho horas nocturnas, bajo la presencia de ruidos ambientales y dormir con la luz prendida ¹¹.

El bruxismo del sueño ha sido relacionado con el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). El SAOS en el niño es definido como un disturbio de la respiración durante el sueño caracterizado por obstrucción parcial prolongada de la vía aérea superior y/o obstrucción completa e intermitente (apnea obstructiva), que interrumpe la ventilación normal durante el sueño y el patrón normal de sueño con la presencia de signos y síntomas, requieren de un manejo cuidadoso teniendo en cuenta todos los factores que involucran. Ambas condiciones están siendo cada vez más objeto de estudio y temas de ponencias en odontopediatría ^{7,11,14}.

La mala calidad del sueño se relaciona con relatos de dolor al día siguiente; la cefalea al despertar es un signo de una patología médica, SAOS; paciente con migraña, distrés psicológico ^{14,15}.

El hábito de respiración bucal pudiera desencadenarlo y/o incrementar la severidad de los efectos. No todos los pacientes con bruxismo del sueño necesariamente tienen el hábito de respiración bucal, pero sí todos los pacientes con el hábito de respiración bucal tienen episodios de bruxismo del sueño ⁶.

La sintomatología y las repercusiones van a depender de la resistencia de cada una de las estructuras involucradas y de la duración, frecuencia e intensidad de la actividad bruxista. Al respecto, González ¹⁴ hace referencia a su revisión sistemática sobre la frecuencia del bruxismo del sueño determinando que los episodios de rechinar dental tienen una duración máxima de ocho minutos de evento durante toda la noche, por lo tanto está lejos de ser muy frecuente durante el sueño.

Las fuerzas del bruxismo pueden transmitirse a las estructuras del sistema masticatorio, algunas de ellas se absorben sin efectos secundarios, mientras que otras pueden provocar alteraciones de diversos grados. Las estructuras que se van

a ver afectar son: los dientes y sus tejidos de sostén, los músculos masticatorios y las articulaciones temporomandibulares ⁵. Se pudiera pensar que durante el bruxismo se generan grandes cargas oclusales; sin embargo la literatura reporta que la fuerza voluntaria ronda los 22 kg durante un evento de bruxismo del sueño que es bastante similar a la masticación. Al comparar el bruxismo con la masticación de chicle determinaron que masticar chicle es más potente que bruxar ¹⁴.

En niños, no hay criterios diagnósticos clínicos validados, el diagnóstico se enfocada en los signos y síntomas, basándose en la información suministrada por el paciente o familiares acerca de ruidos de rechinar dental en la evaluación clínica y, lo ideal, mediante exámenes electromiográficos y el uso de dispositivos intraorales como el Bite Strip y el Bruxchecker ¹. La literatura no apoya una relación lineal entre bruxismo y dolor musculo esquelético, ya que presenta una etiología multifactorial, el dolor muscular puede ser generado por trastornos sistémicos no necesariamente es por una sobrecarga ¹⁴.

En el Simposio sobre Bruxismo en Niños, organizado por la Asociación Paulista de Odontopediatría y la Asociación Latinoamericana de Odontopediatría en el 2016, se llegó al consenso sobre la importancia de entender, que el bruxismo del sueño es un síntoma y debido a esto, se realiza la evaluación que orientara al diagnóstico particular, tomando en cuenta ⁷:

- En la anamnesis: evaluar calidad del sueño, alimentación, medicación, relato de los padres/ familia sobre rechinar dental, quejas de dolores musculares, cefaleas; así como la evaluación de la dieta, rutinas de sueño y características de la vía aérea, tipo de respiración.
- Ficha de examen clínico: evaluar desgastes dentales atípicos, úlceras y elevaciones lineales en la mucosa yugal uni o bilateralmente.
- Evaluación de TTM.
- Evaluación a través de polisomnografía, cuando se requiera de un diagnóstico preciso relacionado con la SAOS y se aprovecha el estudio para evaluar la frecuencia de eventos de bruxismo ¹⁴.
- Evaluación de catecolaminas en orina, cuando se requiera determinar asociaciones precisas del bruxismo, con trastornos psiquiátricos u hormonales concomitantes.

El tratamiento del bruxismo varía en función de las teorías etiológicas y de la edad, debe ser lo menos invasivo posible. Los enfoques actuales para el tratamiento del bruxismo del sueño en niños se focalizan en el manejo de los síntomas y la prevención de complicaciones, siendo muy amplio el espectro de alternativas, para utilizar en forma individual o combinada. Se recomienda identificar y controlar los factores causales asociados al bruxismo ^{2,5,16}.

Teniendo en cuenta lo complejo del tema, se hace necesario para el tratamiento del bruxismo del sueño en niños un abordaje multidisciplinario entre el pediatra, odontólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, padres y el propio paciente motivado ^{2,16}. El tratamiento de primera elección para el bruxismo en niños debe comenzar por una información y educación a los padres y al niño, orientar para establecer rutinas de sueño y control de otros hábitos orales diurnos tales como: onicofagia, masticación de objetos y chicle. También, la terapia miofuncional colabora para concientizar y automatizar patrones de masticación, deglución y posición de reposo sin contacto dentario. Las terapias psicológicas pueden brindar herramientas para el control de los factores emocionales de autoexigencia, inestabilidad emocional y ansiedad ⁵.

Basado en la evidencia científica disponible, los ajustes oclusales no están indicados en el abordaje clínico del bruxismo, dado que el entendimiento actual sobre la etiopatogenia del bruxismo no avala ese procedimiento clínico como correcto. El uso de las placas o férulas en la dentición primaria debe ser restringido, estando indicado sólo cuando el desgaste puede ocasionar daño biológico para el niño, lo que es poco frecuente. En la dentición mixta, está contraindicado por completo, debido a la posible restricción del crecimiento de los arcos. El control y seguimiento es siempre importante. Los resultados favorables observados mediante el uso de aparatología interceptora de hábitos bucales, es debido a que su diseño es para mejorar como primera intención la maloclusión existente mas no la sintomatología de la que se acompaña el hábito ¹⁶.

Teniendo en cuenta que el bruxismo es una respuesta a otro evento, no se presenta en forma aislada, pudiera ser secundario a algunos factores tales como obstrucción de vías aéreas o SAOS y el reflujo gastroesofágico, el consumo de ciertos medicamentos (metilfenidatos), entre otros, se hace imprescindible la identificación de las causas ambientales y controlar los factores causales para el abordaje clínico del paciente con bruxismo ^{5,7,14,16}.

Es así como se pueden destacar tres hechos sobresalientes respecto al bruxismo: el primero, que es un fenómeno neuromuscular; el segundo, que es clasificado

como de tipo diurno o nocturno, y el tercero lo ubica como un problema del sueño, donde aspectos neurofisiológicos alterados aunados a condiciones de conducta psicológica o psiquiátrica desencadenan la disfunción ^{7,16}. Cualquier condición que genere micro despertares durante el sueño, puede generar una actividad motora mandibular ¹⁴.

En niños y adolescentes el diagnóstico y tratamiento resulta aún más complejo, debido a que en estas etapas ocurren eventos de crecimiento y desarrollo morfológicos y funcionales ¹. Se tiende a dejar de un lado, el proceso fisiológico de desgaste que sufren los dientes en la dentición temporaria como parte de la evolución de la oclusión y nos encontramos en la literatura con recomendaciones como la colocación de coronas de acero en dientes temporales de niños con síntomas de bruxismo, olvidando la complejidad de la etiopatogenia de esta entidad.

El tratamiento llevado a cabo durante la infancia con un diagnóstico temprano podrá ser capaz de prevenir el daño a la salud de un individuo como futuro adulto, sobre todo en el componente muscular. Los profesionales de la salud, incluidos los odontólogos, deben ser alentados a asesorar a las familias sobre la importancia del bruxismo del sueño y generar la posibilidad que el bruxismo se puede estar presentando como un signo de una patología general.

Es así que los odontólogos están llamados a considerar los nuevos conceptos relacionados con su etiología, para determinar un diagnóstico y plan de tratamiento adecuado, según la particularidad de cada paciente. No quedarnos en la superficialidad cultural de que es un problema relacionado solo con el estrés o con los parásitos intestinales.

Referencias

1. Hernández B, Díaz S, Hidalgo S, Lazo R. Bruxismo: panorámica actual. Rev. Arch Med Camagüey. 2017;21(1).
2. Álvarez V., Baldeón M., Malpartida V. Bruxismo en niños y adolescentes: Revisión de la literatura.-ODOVTOS-Int. J. Dental Sc. 2020;22(2): 53-60.
3. Manual de Referencia para odontopediatría. ALOP. ABO-odontopediatría; 2014.
4. Fuentes-Casanova F. Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. Revista ADM. 2018;75(4): 180-186. www.medigraphic.com/adm

5. Fleta Z. Bruxismo en la infancia, causas y orientaciones terapéuticas. *Pediatr Integral*. 2017; XXI(7): 486.e1 – 486.e3.
6. Herrera I. Núñez Y. *Odontol*. Bruxismo del sueño y respiración bucal: un nuevo enfoque. *Sanmarquina*. 2018;21(2): 127-130.
<http://dx.doi.org/10.15381/os.v21i2.14778>
7. Hermida Bruno L, Restrepo Serna C. Bruxismo del Sueño y Síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños. Revisión narrativa. *Rev Asociación Latinoamericana de Odontopediatría – ALOP*. 2016;6(2).
8. Chan Rodríguez J. El bruxismo: Condiciones anatómicas dentales y las repercusiones fisiológicas. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 2009;11: 103-110. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499551914019>
9. Sandoval H, Fariña M. Prevalencia de Bruxismo del sueño en niños y su relación con los signos de trastornos temporomandibulares y las parafunciones diurnas. *Int. J. Odontostomat*. 2016;0(1): 41-47.
10. Rojas D, Terán K, Álvarez C. Bruxismo del sueño en niños: actualización de la literatura. *Odontol Pediátr*. 2017;25(3): 209-216.
11. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosa P. Bruxismo del sueño en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 2015;86(5): 373-379.
12. Serra-Negra J, Martins S, Henrique M, Flores-Mendoza C, Pordeus I. Relationship between tasks performed, personality traits, and sleep bruxism in Brazilian school children – A population-based cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2013;8(11): e80075.
13. Baldeón Sifuentes C, Castillo López C, Balarezo Razzeto J, Evangelista Alva A, Sánchez Borjas P, Velásquez Sánchez J. Bruxismo y parasitosis intestinal en niños de 4 a 6 años de edad en La Brea (Talara, Piura) Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2014;24(3): 163-170.
14. González A. Bruxismo mitos y evidencias. Conferencia dictada para el programa de Postgrado en Rehabilitación Bucal de la Universidad de los Andes de Mérida, Venezuela. 2020. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=rYyIkUGbL1o>

15. Masuko A, Rodrigues T, Pradella-Hallinan M, Moszczynski A, Carvalho D, Tufik S, Fernandes G, Santos Coelho F. Prevalence of bruxism in children with episodic migraine - a case-control study with polysomnography. *Research Notes*. 2014;7: 298. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/298>
16. Hermida M, Cortese S, Bussadori S, Ferreira R, Spatakis L. Tratamiento del bruxismo del sueño en niño. Artículo de revisión. *Rev de Odontopediatría Latinoamericana*. 2020;10(1).