



caso
CLÍNICO



Diéguez Pérez, Montserrat
Odontólogo. Profesor Asociado.
Departamento de Estomatología
IV. Facultad de Odontología, Uni-
versidad Complutense de Madrid.
Profesor Adjunto. Facultad de
Ciencias Biomédicas. Universi-
dad Europea de Madrid.

Mourelle Martínez, M^a Rosa
Médico-Estomatólogo. Profesor
Contratado Doctor. Departamento
Estomatología IV. Facultad de
Odontología. Universidad Com-
plutense de Madrid.

Paz Cortés, Marta Macarena
Odontólogo. Profesor Asociado.
Facultad de Odontología. Univer-
sidad Alfonso X el Sabio.

González Cerrajero, Belén
Odontólogo. Profesor Colabora-
dor. Facultad de Odontología.
Universidad Alfonso X el Sabio.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Montserrat Diéguez Pérez
Facultad de Odontología
Dpto. de Estomatología IV.
Ciudad Universitaria
28040 Madrid
montserrat.dieguez@pdi.ucm.es
Tel.: 913 941 984

Fecha de recepción: 28 de abril de 2015.
Fecha de aceptación para su publicación:
30 de junio de 2015.

BRUXISMO INFANTIL: Tratamiento precoz en dentición temporal. A propósito de un caso

Diéguez Pérez, M., Mourelle Martínez, M. R., Paz Cortés, M., González Cerrajero, B.
Bruxismo infantil: tratamiento precoz en dentición temporal. A propósito de un caso. Cient. Dent. 2015; 12; 2: 151-154.

RESUMEN

Actualmente se está experimentando en las consultas odontopediátricas un incremento en la demanda de tratamiento por parte de los padres de nuestros pacientes infantiles, resultado de una mayor preocupación por parte del responsable del niño e incremento de la incidencia de la patología bruxista en periodos en desarrollo. Las opciones de tratamiento son limitadas y es por ello que se propone la rehabilitación neuromuscular, técnica descrita y desarrollada por el Dr. Planas como opción terapéutica, siendo los resultados obtenidos satisfactorios en un corto período de tiempo. Es por ello que se propone esta técnica como tratamiento de estas parafunciones.

PALABRAS CLAVE

Bruxismo; Parafunción; Niño.

CHILDREN BRUXISM: early treatment in primary dentition. REPORT OF a case

ABSTRACT

Nowadays in paediatric consultations, there has been an increase in the demand for treatment by parents of young patients, as a result of a greater concern in their own responsibility and in an increased incidence of bruxism disease in developing periods. Treatment options are limited, that is the reason why the neuromuscular rehabilitation technique, developed by Dr. Planas, which obtains good results in a short period of time, is proposed as a therapeutic option for the treatment of these malocclusion.

KEY WORDS

Bruxism; Parafunction; Children.

INTRODUCCIÓN

El término bruxismo se define como una parafunción y rechimiento o apretamiento no funcional rítmico o espasmódico involuntario. Varios son los factores causales de esta patología, entre otros psicológicos y oclusales. El diagnóstico y tratamiento del bruxismo en niños y adultos jóvenes ha recibido una atención creciente en los últimos 20 años¹⁻⁴. Numerosos autores abogan por un tratamiento oclusal mediante tallados selectivos, rehabilitación con coronas preformadas y aparatología. Teniendo en cuenta sus indicaciones en función de la edad del paciente⁵. En algunos de los estudios realizados se observa la presencia ininterrumpida del hábito, a medida que el niño desarrolla, de ahí la importancia de su tratamiento precoz⁶. Se sabe también que cuanto más precoz sea el control de los hábitos patológicos más efectivo es el tratamiento^{7,8}. La rehabilitación neuro-oclusal es aquella parte de la medicina que estudia la etiología de los trastornos morfológicos y funcionales del sistema estomatognático para su posterior tratamiento precoz. En una oclusión funcional la oclusión céntrica coincide con la máxima intercuspidad, los movimientos de lateralidad mandibular están en íntima relación con las trayectorias de la articulación temporomandibular (ATM) y se constituye así el equilibrio oclusal. Mediante el tallado selectivo, en dentición temporal se suprimen precozmente todas las interferencias oclusales que entorpecen los movimientos de lateralidad, y conseguimos así que el plano oclusal se mantenga en su posición normal. Si con esta terapéutica no logramos la rehabilitación de estos movimientos, tendremos que favorecer el equilibrio mediante el empleo de pistas, las cuales estarán alojadas directamente en la boca del paciente o indirectamente en la aparatología⁹.

CASO CLÍNICO

Historia

Una niña de 4 años y 6 meses acudió acompañada de sus padres a una consulta odontopediátrica privada en diciembre de 2013. La gran preocupación que relataban sus padres era el ruido dentario producido durante la noche desde hacía unos meses, así como cefaleas frecuentes, las cuales estaban siendo tratadas por su pediatra con analgésicos. La niña no presentaba antecedentes médicos de relevancia. Era muy activa y colaboradora.

Exploración clínica extraoral e intraoral.

Registros radiográficos

Se observó un biotipo con tendencia braquicefálica, no había signos patológicos en la ATM. Ningún hábito añadido. A la inspección intraoral no presentaba caries, no se observaba ningún desgaste llamativo, la higiene oral era buena y si se presentaba una ligera sobremordida, clase I canina derecha e izquierda y escalón recto. Tras realizar el análisis funcional mandibular se observaron interferencias en los movimientos de lateralidad. No se detectaron limita-

ciones en la apertura bucal ni desviaciones. Los registros radiográficos (radiografías de aleta) no revelaron ninguna patología. Se tomaron también registros fotográficos.

Diagnóstico y tratamiento

Tras la historia relatada por los padres, y las limitaciones de los movimientos mandibulares de la niña, se realizó el diagnóstico de su patología parafuncional. Como se observó una causa dentaria se decidió realizar un tratamiento odontológico, mediante un tallado selectivo en varias sesiones programadas. Con el objetivo de favorecer los movimientos de lateralidad. Se planteó dicho tratamiento como un juego y se le realizaron demostraciones a la niña sin y con fresa. El material utilizado para ello consistió en una turbina, 2 fresas de diamante tipo donut, una de ellas más corta para que ocupara menos espacio dentro de la boca, únicamente se utilizó la superficie plana de la fresa, también fue necesario papel de articular azul de 200 micras, rollos de algodón y/o separadores así como barniz de flúor.

Previo registro con papel de articular en céntrica (Figuras 1 y 2), se comenzó tallando las vertientes distales de los caninos inferiores y eliminando la marca que ha dejado el papel de articular, siempre de arriba abajo, pero sin eliminar totalmente dicha marca en su límite inferior. A continuación se realizó un registro con papel de articular lateralizando, en este caso fueron talladas las vertientes mesiales de los caninos superiores (Figura 3). En último lugar fueron talladas las vertientes de las cúspides distovestibulares de los segundos molares superiores temporales y vertientes de



Figura 1. Registro de la relación céntrica en el sector anterior.



Figura 2. Registro de la relación céntrica en el sector posterior.

las cúspides linguales de los segundos molares inferiores temporales, ambos en el lado de trabajo. Los dientes que participaron en dicho tallado fueron: 73, 83, 53, 63, 55 y 85 (Figuras 1-3).



Figura 3. Tallado selectivo de la faceta mesial del diente 53.

A los tres meses se realizó un control del primer tallado selectivo. De nuevo se comprobó mediante el papel de articular la céntrica y la funcionalidad de la boca. Se preguntó a los padres sobre posibles síntomas de bruxismo y éstos relataron que habían disminuido los episodios de cefaleas



Figura 4. Fase de construcción del aparato superior.



Figura 5. Fase de construcción del aparato inferior.

y de rechinar. Es por ello, que se decidió realizar un tratamiento con aparatología funcional. Tras las explicaciones pertinentes, en esa misma cita se tomaron registros fotográficos, impresiones y un arco facial para su posterior estudio en el gnatostato (método de diagnóstico utilizado en esta técnica). En la siguiente cita se colocaron los aparatos llamados de "trabajo", los cuales estaban constituidos por estabilizadores en interproximal de 52-53, 62-63, 72-73 y 82-83, que como su nombre indica estabilizan el aparato en el interior de la cavidad oral para que así no se mueva, no son por tanto retenedores. Así mismo en el aparato inferior se colocaron los toques oclusales en la superficie oclusal del 75 y 85 para evitar que el aparato se apoyara en el suelo de la cavidad oral. Las pistas indirectas se alojaron en ambos aparatos y permitían libremente los movimientos de lateralidad. Finalmente se añadió la resina a ambos aparatos (Figuras 4-6). Dicha aparatología se ajustó en boca, ya que son funcionales y deben favorecer y permitir la movilidad mandibular (Figuras 7-9).

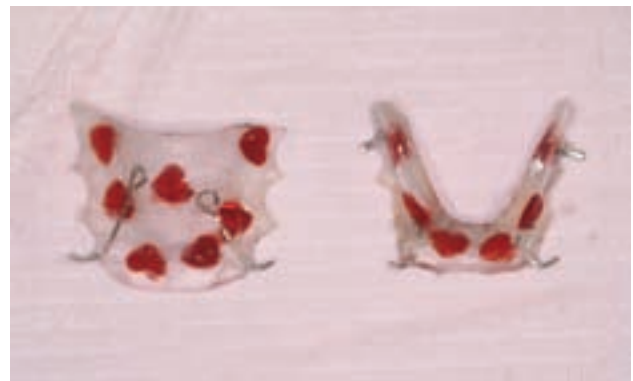


Figura 6. Aparatos de corrección.



Figura 7. Colocación del aparato superior.

Se citó a la niña de nuevo a la semana y al mes para comprobar el ajuste de los aparatos. A los tres meses se vio de nuevo a la paciente y se les preguntó a los padres sobre la existencia de cambio, relatando que ya hacía un tiempo, la niña no presenta cefaleas y ya no rechinar durante la noche. A los seis meses del inicio de este tratamiento funcional se decide suprimir la aparatología y hasta la fecha los padres no han observado ningún cambio al respecto.



Figura 8. Ambos aparatos colocados en la boca del paciente para su posterior ajuste.



Figura 9. Registro de la lateralidad derecha para el ajuste de los aparatos en boca.

CONCLUSIONES

La rehabilitación neuro-oclusal es una técnica funcional poco conocida en España. Tiene un gran abanico de posibilidades en Odontopediatría, no sólo como alternativa al tratamiento precoz del bruxismo, también maloclusiones en dentición temporal y mixta primera fase.



BIBLIOGRAFÍA

1. Barbosa TS, Miyakoda LS, Pocztaruk Rde L, Rocha CP, Gaviyo MB. Temporomandibular disorders and bruxism in childhood and adolescence: Review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008; 72: 299-314.
2. Ommerborn MA, Giraki M, Schneider C, Fuck LM, Handschel J, Franz M, Raab WHM, Schäfer R. Effects of sleep bruxism on functional and occlusal parameter: a prospective controlled investigation. *Int J Oral Sci* 2012; 4: 141-5.
3. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 495-508.
4. Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep Med Rev* 2000; 4 (1):27-43.
5. Shilpa, Varun CL, Satish GP, Surendra BC, Deepthi J. Bruxism: A literature review. *Indian Prosthodont Soc* 2010; 10(3): 141-8.
6. Miegimolle M, Miegimolle C, Planells P. Bruxismo en la infancia. Estudio clínico. *Odontol Pediatr* 2007; 15(1): 3-10.
7. Barbería E. Atlas de Odontología Infantil para Pediatras y Odontólogos. 2ªed. Madrid: Ripano; 2014.
8. Restrepoa C, Medinab I, Patiñob I. Effect of Occlusal Splints on the Temporomandibular Disorders, Dental Wear and Anxiety of Bruxist Children. *Eur J Dent* 2011; 5: 441-450.
9. Planas P. Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO). 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000.