COMUNICACIÓN BREVE

Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo
Results of the dental treatment in children with bruxism

Kirenia Pieri Silva[1] Clotilde de la Caridad Mora Pérez[2] Ivelise Álvarez Rosa[1] Boris Abel González Arocha[3] Beatriz García Alpízar[1] Lilliam Morales Rosell[4]

[1] Clínica Estomatológica de Especialidades, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[3] Policlínico Área V, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[4] Policlínico Área I, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Pieri-Silva K, Mora-Pérez C, Álvarez-Rosa I, González-Arocha B, García-Alpízar B, Morales-Rosell L. Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2024 Mar 28]; 13(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2933

Resumen

Fundamento: el bruxismo es un hábito asociado al estrés y a las interferencias oclusales, las cuales pueden resolverse aplicando tratamiento estomatológico.
Objetivo: evaluar la efectividad del tratamiento estomatológico en escolares de 5 a 11 años de edad con bruxismo.
Métodos: se realizó un estudio con diseño de intervención cuasiexperimental del tipo antes y después, en todos los niños con bruxismo (52), con edades de 5 a 11 años, pertenecientes al Área de Salud II del municipio Cienfuegos. Para el diagnóstico de bruxismo se realizó examen bucal a cada niño, así como entrevistas a padres y maestros. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, grado de afectación del bruxismo, diagnóstico psicológico y síntomas y signos del bruxismo. Los resultados se presentan en tablas de números y porcentajes.
Resultados: predominó la afectación mayor en las féminas de 6 a 11 años de edad y el diagnóstico psicológico de trastornos severos. Al analizar los signos y síntomas del bruxismo antes de la intervención, los más frecuentes fueron el rechinamiento dentario y el apretamiento dentario. Después de aplicado el tratamiento, más de la mitad de los niños afectados mejoraron su sintomatología en relación al estado inicial, lográndose una mejoría de más del 70 % en el caso del dolor muscular.
Conclusiones: se demostró la efectividad del tratamiento estomatológico en el mejoramiento de los signos y síntomas del bruxismo.

Palabras clave: bruxismo, signos y síntomas, terapéutica

Abstract

Background: bruxism is a habit associated to stress and to occlusal disturbances which can be solved applying an odontological treatment.
Objective: to evaluate the effectiveness of the odotological treatment in students from 5 to 11 years with bruxism.
Methods: a study of cuasiexperimental intervention design of type before and after in all the children with bruxim (52), with ages of 5 to 11 elderly years, belonging to Health Area II. Cienfuegos. An oral exam to each child was made; parents and teachers were interviewed as well. Studied variables were: Age, sex, the bruxism's grade of affectation, psychological diagnosis and symptoms and the bruxism's signs. The results present itself in draw of numbers and percentages.
Results: the bigger affectation predominated in the female sex from 6 to 11 elderly years and the psychological diagnosis of severe disorders. When examining the signs and symptoms of bruxism before the intervention, the more frequent were the dental squeaking and the dental squeezing. After applying the treatment, more than the half of the children improved his symptomatology in relation to the initial status, and an improvement of over the 70 % in the event of the muscular pain was achieved.
Conclusion: the effectiveness of the dental treatment in the improvement of the signs and symptoms of the bruxism was demonstrated.

Key words: Bruxism, signs and symptoms, therapeutics

Aprobado: 2014-12-17 14:29:09

Correspondencia: Kirenia Pieri Silva. Clínica Estomatológica de Especialidades. Cienfuegos borisaga@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El bruxismo es el hábito de apretamiento o frotamiento de dientes, diurno o nocturno, con distintos grados de intensidad y persistencia en el tiempo, inconsciente y fuera de los movimientos funcionales (normales) que corresponden a la mandíbula. También es un trastorno neurofisiológico de los movimientos mandibulares que, de forma progresiva, desgasta los tejidos dentarios dando la apariencia de dientes muy pequeños reducidos en tamaño. En la mayoría de los casos los pacientes ignoran o les cuesta admitir que rechinan los dientes inconscientemente y que esta fricción involuntaria es la causa del desgaste dentario.[1-7]

Las repercusiones clínicas de este hábito pueden ir más allá del desgaste dentario y afectar estructuras de soporte dentario (encías), musculatura cérvico-craneal y la articulación temporomandibular. Afecta a ambos sexos y pueden padecerlo tanto niños, jóvenes como adultos, aunque se ha demostrado que en la mayoría de los casos el hábito se instaura en edades tempranas y persiste hasta la adultez.[7,8]

Estudios realizados sobre bruxismo en Cuba, refieren que la edad más crítica para esta enfermedad, es la comprendida entre los 7 y 10 años de edad, correspondiendo con el período de dentición mixta, y que tiende a disminuir a medida que aumenta la edad, después que erupcionan los molares e incisivos permanentes, donde se establecen patrones de oclusión más estables y armónicos.[8,9]

En investigaciones recientes realizadas en niños del Área de Salud II del municipio Cienfuegos, se ha observado una alta frecuencia de obturaciones deficientes, lo cual genera a su vez interferencias oclusales, las cuales, unidas al estrés, constituyen los factores etiológicos fundamentales para el desarrollo del hábito de bruxismo.[10,11]

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la efectividad del tratamiento estomatológico en escolares de 5 a 11 años de edad, con bruxismo y pertenecientes al Área II de Salud del municipio de Cienfuegos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio con diseño de intervención cuasiexperimental del tipo antes y después, en todos los niños con bruxismo (52), con edades de 5 a 11 años, pertenecientes al Área de Salud II del municipio Cienfuegos. Para el diagnóstico de bruxismo se realizó examen bucal a cada niño, así como entrevistas a padres y maestros. En la propia escuela se realizó un minucioso examen intraoral y extraoral, utilizando espejo bucal y técnicas habituales de observación y palpación bimanual. Además, como fuente de iluminación, se aprovechó la luz natural.

Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, grado de afectación del bruxismo, diagnóstico psicológico y signos y síntomas del bruxismo.

Fueron conformados dos grupos de edades: uno de niños de 5 años, con dentición temporal; y otro de niños de 6 a 11 años, con dentición mixta.

Para la evaluación psicológica, los niños fueron remitidos a la consulta de psicología del Centro Comunitario de Salud Mental perteneciente al Área II de Salud del municipio de Cienfuegos, donde fueron sometidos pruebas psicológicas específicas. A través de la valoración integral de todas las técnicas empleadas, se definió la evaluación psicológica de cada paciente. De estos resultados se seleccionaron las esferas psicoemocionales afectadas: esfera familiar, escolar, interpersonal y personal. Los niños con más de una esfera psicoemocional afectada en su evaluación psicológica, se ubicaron en el grupo con “trastornos severos” y los que presentaron solo una esfera psicoemocional afectada, se ubicaron en el grupo con “trastornos leves”.

Sin tener conocimiento de la evaluación psicológica, para que esto no repercutiera sobre el manejo del niño en consulta y evitar sesgos en la investigación, todos los niños fueron atendidos en el departamento de Estomatología General Integral de la Clínica Estomatológica de Especialidades de Cienfuegos, donde se les examinó por segunda ocasión; esta vez en el sillón estomatológico, utilizando luz artificial y set de clasificación (espejo, pinza y explorador). Este segundo examen estuvo destinado a detectar los signos y síntomas del bruxismo: apretamiento dentario, rechinamiento dentario, sensación de cansancio y dolor muscular, dolor muscular a la palpación y facetas de desgaste.

Se clasificaron como “con afectación mayor” los niños que presentaron tres o más signos y “con afectación menor” los que presentaron menos de tres síntomas, teniendo en cuenta la edad y el

sexo. Hasta aquí la etapa de diagnóstico. Luego se inició la intervención, que incluyó actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, dirigidas a todos los niños. Pasados cuatro meses, se midieron los resultados, mediante la evaluación de los mismos síntomas y signos del bruxismo detectados en el segundo examen realizado.

Los datos, recogidos en un formulario, se introdujeron en una base de datos con el programa computarizado SPSS versión 15.0. Para el análisis de las variables después del tratamiento estomatológico, se aplicó el estadígrafo Mc Nemar. Los resultados se presentaron en tablas con números absolutos y porcentajes.

Se respetaron las normas éticas para el empleo de humanos en la investigación científica, confidencialidad de la información, secreto profesional y el principio de la autonomía. Los padres o tutores dieron su consentimiento informado para participar en la investigación. Los participantes tuvieron la libertad de retirarse de la investigación en el momento que así lo desearan. El proyecto de investigación fue aprobado por el consejo científico y el comité de ética de la investigación científica de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

RESULTADOS

De los 52 niños con bruxismo, 35 presentaron afectación mayor del bruxismo, lo cual representa un 67,3 % del total, mientras que solo 17 niños (32,7 %) presentaron afectación menor. Se vieron más afectados los niños de 6-11 años de edad, de los cuales el 72,4 % presentó afectación mayor. El sexo femenino fue el más afectado (77,8 %). Predominó el diagnóstico psicológico severo con 39 niños agrupados en esta categoría, lo cual representó un 75,0 %, existiendo una asociación positiva entre el diagnóstico psicológico severo y la afectación mayor del bruxismo, presente en el 79,5 % de los niños con afectación psicológica severa. (Tabla 1).

Tabla 1. Afectación del bruxismo según edad, sexo y diagnóstico psicológico

Variables		Afectación			
		Menor		Mayor	
		No.	%	No.	%
Edad	**5 años**	9	39,1	14	60,9
	6-11 años	8	27,6	21	72,4
Sexo	**Masculino**	11	44,0	14	56,0
	Femenino	6	22,2	21	77,8
Diagnóstico psicológico	**Trastornos leves**	9	69,2	4	30,8
	Trastornos severos	8	20,5	31	79,5

Al analizar los signos y síntomas del bruxismo antes de la intervención, los más frecuentes fueron el rechinamiento dentario y el apretamiento dentario. (Gráfico 1).

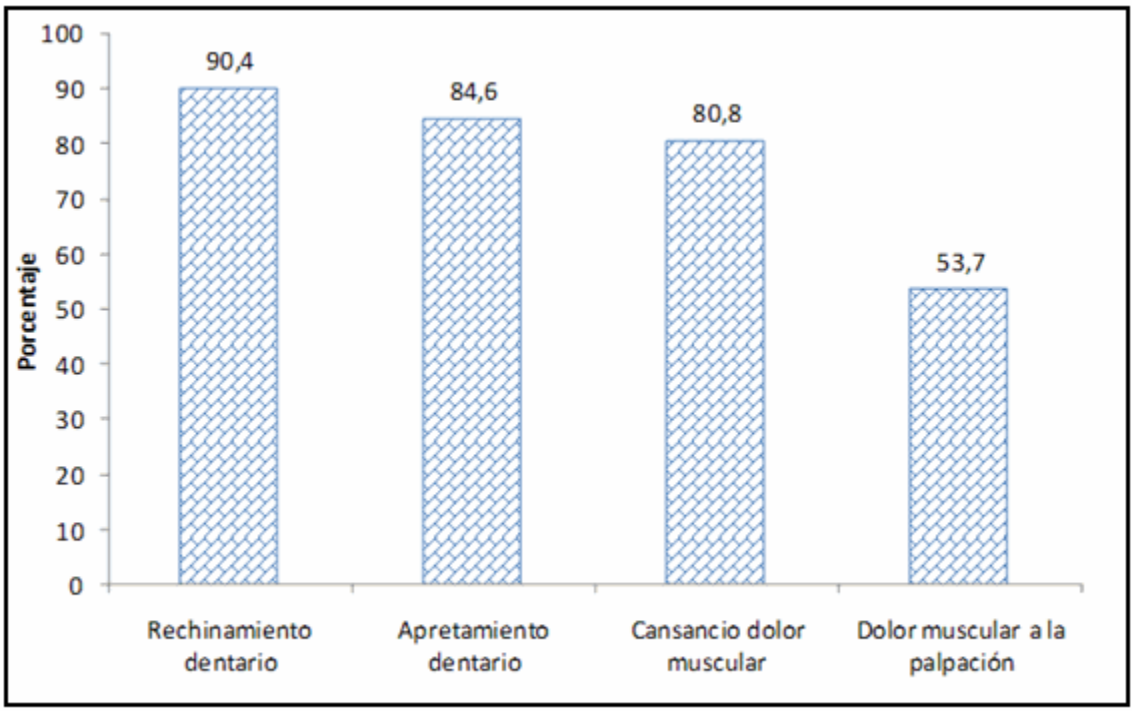

Gráfico 1. Distribución de los signos y síntomas del bruxismo antes de la intervención

Después de la intervención, los signos y síntomas de bruxismo mostraron una evolución favorable en más del 60 % de los niños afectados. En el caso específico del dolor muscular, este mejoró su sintomatología en relación al estado inicial en el 71,4 % de los casos. (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de los signos y síntomas del bruxismo después del tratamiento estomatológico

Signos y síntomas	Después de la intervención				
	Se mantuvo igual		Evolucionó favorablemente		Mc Nemar
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Valor P
Rechinamiento dentario	16	34,04	31	65,96	0,000
Apretamiento dentario	16	36,4	28	63,6	0,000
Cansancio dolor muscular	13	31,0	29	69,0	0,000
Dolor muscular a la palpación	8	28,6	20	71,4	0,000

DISCUSIÓN

En nuestro estudio predominó la afectación mayor por bruxismo en niños de 6 a 11 años de edad, correspondiendo con el período de dentición mixta. La mayoría de los estudios reportan una mayor prevalencia de este y otros trastornos, entre los 7 y 10 años de edad.[2,9] Sucede que en estas edades coexisten dientes temporales y permanentes; luego, a medida que brotan los molares e incisivos permanentes, se establecen patrones de oclusión más estables y armónicos, y los trastornos van disminuyendo con la edad.

En relación al predominio de la mayor afectación del bruxismo en las niñas, Díaz Gómez[5] coincide con nuestro resultado y refiere que esto puede estar relacionado con los diferentes patrones de educación, algunos marcadamente sexistas, que se dan como norma y necesidad, en los cuales las mujeres responden a más indicadores de presión y supresión psicosocial. No obstante, se han señalado otros factores etiológicos para la presencia de malos hábitos bucales, los cuales pueden afectar tanto a niños como a niñas; ellos son: conflictos familiares, celos, ansiedad y presión escolar.

Al analizar la relación entre el bruxismo y los trastornos psicológicos severos, se observó interdepedencia entre ambos factores. Autores como Alcolea y Manfrendini[2] coinciden con estos resultados y refieren que el componente psíquico ha estado reflejado en el desarrollo del bruxismo, como uno de los más importantes, ya que existen evidencias de aumento de la tensión muscular por tensión emocional y ansiedad.

En relación a los signos y síntomas del bruxismo, resultó más frecuente el rechinamiento dentario. Este es el que más refieren los padres cuando acuden a consulta con la preocupación por el desgaste dentario. Es fácilmente identificable por el sonido característico que provoca.

El cansancio y dolor muscular, así como al dolor muscular a la palpación, fueron los menos frecuentes. El dolor muscular es más común en adultos, no así en los niños.[3,4,5,8] Se han encontrado casos de dolores musculares sin facetas de desgaste, lo que indica que estos pacientes se han adaptado a una posición intercuspal mediante contactos primarios sin deslizamiento.

Manfrendini[2] señala que la depresión también desempeña una función importante en la modulación de la percepción del dolor. La alteración en el sistema emocional-afectivo modifica la sensibilidad al dolor (umbral).

El análisis realizado en relación a la presencia de síntomas característicos del bruxismo, antes y después del tratamiento estomatológico, demostró la efectividad de este respecto al mejoramiento de los signos y síntomas de esa afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Okeson JP. Etiología e identificación de los trastornos. In: Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 3ra. ed. Madrid: Elsevier España; 2013.

2. Manfredini D, Lobbezoo F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. J Orofac Pain. 2009 ; 23 (2): 153-66.

3. De la Hoz JL, Díaz E, La Touche R, Mesa J. Bruxismo del sueño. Revisión y actualización de conceptos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 ; 16 (2): 75-82.

4. Guerrero Ricardo I, Cutiño García M, González Arévalo E, Moreno Pupo J. El bruxismo y sus características como padecimiento del sistema estomatognático. CCM [revista en Internet]. 2013 [cited 16 Oct 2014] ; 17 (1): [aprox. 6p]. Available from: http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1237/278.

5. Díaz Gómez SM, Díaz Mirallesn M, Nápoles González IG, Puig Capote E, Ley Sifontes L. Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. AMC [revista en Internet]. 2009 [cited 5 Jul 2014] ; 13 (2): [aprox. 11p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000200018&script=sci_arttext.

6. Torrez PA, Clavería FA, Fuentes MA, Torres LB, Crespo MI. Uso de férula de descarga en una paciente con bruxismo. MEDISAN [revista en Internet]. 2009 [cited 2 Jul 2014] ; 13 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san15109.pdf.

7. Alcolea Rodríguez JO, Herrero Escobar P, Ramón Jorge M, Labrada Sol ET, Pérez Téllez M, Garcés Llauger D. Asociación del bruxismo con factores biosociales. CCM [revista en Internet]. 2014 [cited 6 Oct 2014] ; 18 (2): [aprox. 14p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000200003&script=sci_arttext.

8. Montero Parrilla JM, Jiménez Quintana Z. Rehabilitación ocluso-articular en un paciente bruxópata. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2011 [cited 8 Ago 2012] ; 48 (3): [aprox. 7p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300011.

9. Prendes Rodríguez AM, Martínez Brito I, Faget Mora M. La disfunción temporomandibular y su relación con algunos factores de riesgo en niños de 7 a 11 años. Los Arabos, Matanzas. Rev Med Electrón [revista en Internet]. 2014 [cited 16 Oct 2014] ; 36 (1): [aprox. 15p]. Available from: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000100003&lng=es&nrm=iso.

10. Más García MJ, Mora Pérez CC, López Fernández R. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 11 Nov 2010] ; 7 (10): [aprox. 6p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/527/815.

11. Morales AL, Mora CC, Álvarez I, Orbea M, Fernández J, Rodríguez R. Bruxismo y funcionamiento familiar en escolares de 5 a 11 años. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 1 Dic 2010] ; 7 (1): [aprox. 11p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/491/849.