

MANEJO INTEGRAL DEL BRUXISMO
CASO CLINICO

Investigadores

WILLIAM SAUL CASTELLANOS ALARCON
ERIKA FUQUEN MALAGON
NELSON ANDRES GERARDINO VILLALOBOS
ANA CAROLINA GOMEZ DUARTE
MARLYN LOZANO
DIANA ALEJANDRA LUQUE VALBUENA
MARTHA PATRICIA MARIN BALLESTEROS
OSCAR JULIAN MARIN BLANCO
AGNELYS MARTINEZ
NINI JOHANA RIVERA LAMPREA
LINA MARCELA SUAREZ MOLINA

Asesor Científico

Dr. CESAR AUGUSTO RODRIGUEZ LARA
ODONTOLOGO
ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA, OCLUSION Y ATM

Asesor Metodológico

Dra. INES AMPARO REVELO MEJIA
ODONTOLOGA
MAGISTER EN ADMINISTRACION DE SALUD

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
Bogotá D.C.
2002

MANEJO INTEGRAL DEL BRUXISMO
CASO CLINICO

Investigadores

WILLIAM SAUL CASTELLANOS
ERIKA FUQUEN MALAGON
NELSON ANDRES GERARDINO VILLALOBOS
ANA CAROLINA GOMEZ DUARTE
MARLYN LOZANO
DIANA ALEJANDRA LUQUE VALBUENA
MARTHA PATRICIA MARIN BALLESTEROS
OSCAR JULIAN MARIN BLANCO
AGNELYS MARTINEZ
NINI JOHANNA RIVERA LAMPREA
LINA MARCELA SUAREZ MOLINA

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el título de
odontólogo

Asesor Científico

Dr. CESAR AUGUSTO RODRIGUEZ LARA
ODONTOLOGO
ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA, OCLUSION Y ATM

Asesor Metodológico

Dra. INES AMPARO REVELO MEJIA
ODONTOLOGA
MAGISTER EN ADMINISTRACION DE SALUD

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
Bogotá D.C.
2002

El trabajo de grado MANEJO INTEGRAL DEL BRUXISMO. CASO CLINICO. ELABORADO POR: NINI JOHANNA RIVERA LAMPREA, LINA MARCELA SUAREZ MOLINA, ANA CAROLINA GOMEZ DUARTE, MARTHA PATRICIA MARIN BALLESTEROS, ERIKA FUQUEN MALAGON, OSCAR JULIAN MARIN BLANCO, WILLIAM SAUL CASTELLANOS ALARCON, AGNELYS MARTINEZ, NELSON ANDRES GERARDINO VILLALOBOS, DIANA ALEJANDRA LUQUE VALBUENA, MARLYN LOZANO. Ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de odontólogo.

DIRECTO DE LA INVESTIGACION

ASESOR METODOLOGICO

DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE
INVESTIGACION Y SALUD PUBLICA

DEDICATORIA

A Dios, por permitimos salir adelante con este proyecto, a nuestras familias por su apoyo incondicional, a nuestra alma mater que nos formó como profesionales y personas íntegras para poder ejercer en un mañana con eficiencia, responsabilidad y ética, a nuestros asesores quienes siempre estuvieron pendientes y pusieron un gran empeño para la culminación de este trabajo de investigación.

WILILAM SAUL

ERIKA

NELSON ANDRES

ANA CAROLINA

MARLYN

DIANA ALEJANDRA

MARTHA PATRICIA

OSCAR JULIAN

AGNELYS

NINI JOHANNA

LINA MARCELA

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACION	3
1.3. PROPOSITO	4
1.4. MARCO TEORICO	4
1.5. OBJETIVO GENERAL	15
2. METODO	
2.1. TIPO DE ESTUDIO	16
2.2. SUJETO DE ESTUDIO	16
2.3. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS	16
2.4. PROCEDIMIENTO	16
3. RESULTADOS	22
4. RECOMENDACIONES	34
BIBLIOGRAFIA	35

INTRODUCCION

El bruxismo es una de las patologías que se maneja con poca frecuencia en la consulta odontológica; suele afectar a las personas que experimentan tensión nerviosa, ira, dolor o frustraciones frecuentes y a aquellas que suelen ser demasiado competitivas, apresuradas o con tendencias agresivas.

Se presenta por lo general en los estadios tempranos del sueño, usualmente tiende a desaparecer en el sueño profundo. Las personas pueden notarlo muchas veces al despertar con molestias en la boca, que se presentan como dolores en los dientes, encía, músculos que intervienen en la masticación; en otros casos puede pasar desapercibido y ser diagnosticado al examen intraoral.

Uno de los mecanismos coadyudantes del bruxismo es el uso de placas oclusales en céntrica, utilizadas comúnmente como tratamiento durante los periodos de inactivación funcional de la mandíbula.

Con la ilustración de este caso clínico de bruxismo se busca aportar información al odontólogo basada en la evidencia clínica describiendo la rehabilitación del paciente por medio de prótesis parcial fija con un esquema oclusal consistente en

desoclusión canina en todos los movimientos excursivos para verificar la importancia que tiene trabajar con un grupo integral de especialistas, los cuales tienen la función de lograr un tratamiento completo y con buen pronóstico para el paciente.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema surge ante la necesidad de dar un manejo odontológico integral adecuado a un paciente que presenta trastorno psicossomático multifactorial asociado a factores locales oclusales, psicológicos, tensionales, neurológicos y alteraciones del sueño, desencadenantes de una patología consistente en el apretamiento involuntario de los dientes, lo que consecuentemente lleva a la alteración de funciones fisiológicas y a desarrollar sintomatología como pérdida de la dimensión vertical, dolor facial, sensibilidad dentaria, hipertonicidad de los músculos de la cara, cefalea, abrasión y desordenes temporomandibulares entre otros.

1.2 JUSTIFICACION

Para que el tratamiento tenga el éxito esperado es importante trabajar con un equipo especializado en las diferentes áreas de la odontología, de acuerdo, a las necesidades del paciente. Teniendo en cuenta la etiología del problema con el fin de devolver la dimensión vertical mediante restauraciones protésicas definitivas y

Meliminación de la sintomatología a través de la utilización de placas oclusales en céntrica y terapia farmacológica.

1.3 PROPOSITO

La investigación pretende aportar información científica a los odontólogos tanto generales como especialistas sobre el manejo del bruxismo basados en la evidencia clínica.

1.4 MARCO TEORICO

El bruxismo es una patología de acción central con manifestaciones periféricas a nivel del sistema masticatorio que consiste en apretar los dientes, lo cual es producido por la contracción rítmica, repetitiva y violenta de los músculos de la masticación, esta acción no es normal, es un hábito nocivo no consiente, que debe ser tratado de inmediato. El bruxismo obedece a causas psíquicas y emocionales que deben ser manejadas multidisciplinariamente, que por ser una alteración neuromuscular se deben utilizar analgésicos y miorelajantes, para que el paciente encuentre alivio inmediato. (Vallejo y cols, 1985).

La etiología del bruxismo se ha catalogado como un trastorno psicossomático multifactorial. Frecuentemente se relaciona con maloclusiones clase II. La causa del bruxismo no esta enteramente clara; se ha sugerido, diversas anomalías

neurológicas y ciertos factores orgánicos sobre todo la interferencia o la dificultad para la oclusión, lo cual se relaciona con factores locales tales como los **oclusales**. La oclusión parece ser uno entre los diversos factores etiológicos y el grado de importancia de los diferentes factores varía con el tiempo y de un individuo a otro. Se desconoce si se presenta en personas con oclusión ideal, siendo ésta considerada como una oclusión estable, es decir, contactos oclusales en el mayor número de dientes, desoclusión canina y guía anterior. El bruxismo sin desarmonía oclusal puede provocar una reacción de dolor muscular y es quizás un factor causal dominante en muchos trastornos del sistema masticatorio. (Rugh y cols, 1984).

Otros factores íntimamente relacionados con el bruxismo son los **psicológicos**. Se entiende "el factor" como el acontecimiento desencadenante de un proceso que implica cambios de comportamiento además se habla de factores constitucionales que tienen relación con elementos biológicos y genéticos que influyen en la forma de ser de la persona; por ejemplo predisposición a determinados tipos de personalidad ya que el bruxismo puede ser secundario a un trastorno psicológico como la depresión y la ansiedad. (Vallejo y cols, 1985).

Los bruxómanos hacen mayor número de contactos dentales de mayor duración durante el sueño, alrededor de 40 minutos por 8 horas de sueño; los síntomas masticatorios aparecen según la fase del sueño en que se presente el episodio bruxístico, los que lo presentan en el MOR (movimientos oculares rápidos)

exhiben mayor sintomatología dolorosa que los que los presenta en las fases no MOR. (Catesby y cols, 1988)

Los síntomas pueden incluir dolor atípico de la cara y dolor de cabeza; la intensidad y duración pueden ser muy variables, en relación a la frecuencia; se cree que pueden ocurrir eventos durante la noche. Entre los factores agravantes se ha encontrado que el alcohol puede tener efectos sobre el bruxismo, proporcional a la dosis; además, hay reportes acerca de que la cocaína y las anfetaminas pueden aumentar su incidencia. Los casos de stress o aspectos psicológicos involucrados, van encaminados a técnicas de relajación muscular y de retroalimentación. (Gómez y cols, 1996)

Aunque es un hábito involuntario, los especialistas de la salud oral consideran como causas características del bruxismo, la tensión excesiva y ciertos tipos de personalidad. El bruxismo suele afectar a las personas que experimentan tensión nerviosa, ira, dolor o frustración frecuentes y a las personas demasiado competitivas, apresuradas o con tendencias agresivas. (Tachibanna y cols, 1994)

Tachibanna y colaboradores describen el **bruxismo de frotamiento** durante el sueño ligero como fenómeno psicomotor denominado también movimiento de deducción, que consiste en movimientos laterales del maxilar inferior y dan lugar al popularmente llamado "rechinar de dientes". Durante las visitas periódicas al odontólogo, se examinan los dientes en busca de evidencias de bruxismo, a

menudo indicadas por la apariencia de las cúspides planas de los dientes. Si los síntomas están presentes, se observan los cambios ocurridos en las siguientes visitas antes de establecer un programa de tratamiento. El bruxismo se caracteriza como el hábito lesivo de apretamiento o frotamiento de los dientes durante el día o durante la noche, con intensidad o persistencia en forma inconsciente fuera de los movimientos funcionales de masticación y deglución. (Tachibanna y cols, 1994).

Grippe y colaboradores afirman que el **bruxismo de frotamiento** es aquel que se produce cuando el paciente fricciona sus dientes, por lo tanto produce contracción y relajamiento de los músculos en forma alternada este tipo de bruxismo produce desgaste y flexión dentaria. Estos mismos autores describen otros tipos de bruxismo:

- **Bruxismo diurno:** Puede ser de apretamiento o de frotamiento, a veces inconsciente y esta relacionada con diferentes hábitos como morderse los labios, succión de los labios, succión digital, morderse la mejilla, apretamiento y onicofagia o hábito de comerse las uñas.
- **Bruxismo nocturno:** Es aquel que se presenta durante el sueño especialmente en la etapa II es decir cuando se pasa del sueño profundo al liviano, del sueño consciente con movimiento ocular rápido (MOR), cuando los reflejos están suprimidos, este hábito se considera más destructivo.
- **Bruxismo diurno y nocturno:** Son aquellos problemas crónicos que bruxan constantemente. (Grippe y col, 1991).

Dentro de la fisiología de esta patología se encuentra que no todos los individuos responden de igual manera ante un mismo agente. El nivel de tolerancia esta determinada por factores locales, sistémicos y fisiológicos. Dentro de los factores sistémicos están: género, estado físico, actividad simpática y dieta. Es importante indagar al paciente acerca de los hábitos alimenticios, qué consume y las cantidades (desayuno, almuerzo, comida, entre otras), recomendando dieta baja o controlada en carbohidratos y azucares de acuerdo a la edad, clima y trabajo. (Faulkner, 1990).

El tratamiento específico del bruxismo lo determina el odontólogo basándose en lo siguiente: edad, su estado general de salud e historia médica; evolución de la enfermedad; tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias y expectativas para la trayectoria de la enfermedad. Básicamente en este tratamiento se debe tener una consideración importante como terapia oclusal de trastornos oclusales: la identificación de interferencias oclusales. Se ha propuesto gran variedad de tratamientos, pero no existe evidencia de que alguno de ellos sea efectivo frente al bruxismo. La mayoría de ellos solo logra una reducción de la sintomatología, pero una vez terminado el tratamiento se vuelve a los niveles iniciales. (Pavone, 1985).

Por lo tanto, a través de un manejo multidisciplinario se pueden establecer objetivos generales dirigidos a: disminuir el dolor, reducir la tensión psíquica, tratar los signos y síntomas, minimizar los irritantes oclusales, romper el patrón

neuromuscular habitual y objetivos dentales tales como: reducir o eliminar desgaste, recuperar estructura dentaria perdida, proveer oclusión estable y armónica. (Pavone, 1985).

Se puede plantear tratamientos a corto plazo, con el fin de solucionar problemas agudos como sería las patologías musculares utilizando la terapia física, retroalimentación o farmacoterapia. (Travell y cols, 1983).

Otro tipo de tratamiento a largo plazo es el que se hace mediante el uso de placas oclusales y la reevaluación de las actividades de la vida diaria con el fin de controlar el estrés y los factores psicológicos. (Rugh y cols, 1988).

El tratamiento farmacológico esta orientado a la reducción de signos y síntomas. La literatura reporta tratamiento para el bruxismo con base en diferentes tipos de fármacos como: antidepresivos, bromocriptina, analgésicos no opiáceos, diclofenac sódico (Voltaren). El tratamiento de elección para el bruxismo no es el ajuste oclusal por tallado selectivo porque en casos de enfermedad oclusal moderada, avanzada, o en destrucción oclusal total se producirá mas desgaste que el existente. Es tratamiento que debe ser realizado por el especialista y luego de considerar cada caso en particular. (Vallon y col, 1995).

En algunos casos los pacientes bruxistas presentan inflamación de la encía alterando su contorno por lo cual esta indicado realizar el alargamiento coronal.

Dentro del alargamiento coronal es importante tener en cuenta las dimensiones fisiológicas de la unión dentogingival. El margen debe estar sobre tejido dental sano y sin invadir el espesor biológico para lograr así las garantías necesarias de integridad y estabilidad a través del tiempo. (García y col, 1994)

Las indicaciones del alargamiento coronal son las siguientes: a nivel **periodontal** o complejo gingival situado coronalmente se maneja la hipertrofia gingival y la erupción pasiva tardía. Durante la erupción cuando los dientes llegan al plano oclusal, el epitelio de inserción migra apicalmente por encima de la superficie de la corona exponiendo la corona clínica hasta 1mm coronal la línea amelo-cementaria. Este es el proceso de erupción pasiva. Cuando esta migración no acaba de realizarse se llama erupción pasiva tardía o alterada y se caracteriza porque el margen de la encía esta malposicionado incisalmente. Esta encía suele permanecer sana en ausencia de placa aunque en ocasiones puede aparecer una inflamación crónica debido a que esta desprotegida frente al trauma de las funciones bucales. Se debe explorar subgingivalmente la posición de la línea amelo-cementaria que en caso de la erupción pasiva tardía no se detecta y se debe sondear hasta el hueso con anestesia. Bajo estas condiciones se requiere de un alargamiento para exponer toda la corona anatómica y crear un contorno gingival compatible con salud periodontal. (Herrero F y cols, 1995)

Según la distancia del margen gingival a la cresta ósea se realiza colgajo de posicionamiento apical más ostectomía o simplemente una gingivectomía. Si se

realiza gingivectomía el tejido se elimina solamente por bucal y palatal pero no por interproximal. Si se realiza un colgajo, la ostectomía se ha de realizar de tal manera que la cresta ósea quede a unos 2-2.5mm de la línea amelo-cementaria.

(Herrero y cols, 1995)

A nivel de restauración se presentan situaciones donde se encuentra con una insuficiente cantidad de tejido dentario sano donde se duda sobre si es posible la restauración tras realizar un alargamiento de corona o es imprescindible la extracción, como en corona clínica corta a falta de retención, caries o reabsorciones subgingivales y fracturas o perforaciones del tercio corona - raíz.

(Herrero F y cols, 1995)

Antes de un alargamiento coronal se debe tener en cuenta los siguientes factores: proporción raíz-corona (la ostectomía empeora esta proporción), localización de las furcaciones, soporte periodontal que perderían los dientes adyacentes, valor estratégico y posición en la arcada, requerimientos restauradores posteriores, consideraciones estéticas y fonéticas (zonas del maxilar anterior), oclusión, posibilidad de higiene correcta tras la restauración, presencia de encía queratinizada insertada y bolsas periodontales y consideraciones endodónticas.

(Herrero F y cols, 1995)

A nivel estético se debe tener presente la sonrisa gingival y asimetría gingival. Idealmente la sonrisa debe exponer una mínima cantidad de encía, el contorno

gingival debe ser simétrico y en armonía con el labio superior, los segmentos anteriores y posteriores deben estar también en armonía y los dientes deben tener un tamaño normal. Para conseguir una sonrisa con mínima exposición de encía, la corona anatómica debe de estar totalmente expuesta. Ante la presencia de una sonrisa gingival lo primero que se debe hacer es un correcto diagnóstico etiológico, ya que dependiendo de la causa el tratamiento será diferente. La discrepancia en la altura de las encías en el frente anterior también se puede corregir mediante un alargamiento de corona. (Herrero F y cols, 1995)

Las contraindicaciones del alargamiento de corona son: diente no restaurable, cuando los dientes adyacentes se verían demasiado comprometidos funcionalmente y estéticamente, si la importancia estratégica del diente no justifica este tratamiento adicional para salvarlo. (Herrero F y col, 1995).

En algunos casos los pacientes bruxistas requieren del uso de placas oclusales de céntrica para relajar los músculos que han sido atrofiados por esta patología estas placas oclusales son dispositivos intraorales utilizadas comúnmente durante los periodos de inactividad de la mandíbula, la mayoría de veces son adaptadas a la arcada superior proporcionando un contacto céntrico para los dientes mandibulares. Pueden ser confeccionadas desde un material resiliente hasta metálico, con una superficie lisa hasta teniendo indentaciones, con contactos para todos los dientes antagónicos hasta apoyos céntricos para los dientes anteriores o posteriores. La principal razón para su uso, independientemente del diseño, es el

mantener los dientes antagónicos de cada arco, separados. Por medio de las placas se logra la supresión de uno de los integrantes del círculo vicioso de la disfunción de la ATM y músculos. (Schiemann, 1997).

Este tipo de placa es confeccionada en acrílico transparente de auto o termo polimerización, ajustada a los dientes del arco superior, con retenciones en las áreas vestibulares y con una pequeña extensión lingual. Su forma de herradura deberá proporcionar una superficie lisa para el contacto con las cúspides de soporte de los dientes del arco inferior. Presenta dos guías de desoclusión anterior, preferentemente a nivel de los caninos mandibulares. Están indicadas en casos de: bruxismo, disfunciones de la ATM y músculos masticatorios, subluxaciones mandibulares, chasquidos y crepitaciones de ATM, en artritis crónicas y agudas de la articulación temporomandibular, limitaciones de movimientos mandibulares. (Clark y col 1979).

Uno de los usos más comunes de las placas de mordida en relación con una odontología rehabilitadora es para obtener una relación maxilomandibular adecuada en la centralización de la mandíbula, con el objetivo de poder registrarla en el articulador. Sin embargo, tal placa no se constituye primariamente, en un reposicionador mandibular, su uso promueve una relajación muscular progresiva que va a producir mejoras en la función masticatoria, eliminando ciertos movimientos irregulares de la mandíbula. (Schiemann, 1997)

De acuerdo con la secuencia de prioridades las características físicas de estas placas son: el recubrimiento de todos los dientes del arco donde este colocada; de un modo general deberá proporcionar un espacio interoclusal (dimensión vertical) mínimo, sin embargo, este parámetro puede variar algunas veces de acuerdo con las necesidades de cada uno de los casos, la superficie de contacto oclusal de encuentro con las cúspides de soporte de los dientes antagónicos deberá ser lisa y pulida, el contacto céntrico de las puntas de las cúspides presentará una adecuada libertad en céntrica, existirá una guía canina anterior de desoclusión para los movimientos de lateralidad y protrusión, a toda costa se debe evitar una guía incisal, a no ser que dependiendo del tipo de engranaje interoclusal tal guía no pueda ser evitada, las superficies fuera de contactos oclusales deberán ser lisas y pulidas, sin ángulos o aristas, no presentará un exceso de contorno, al punto de tomarse desconfortable, ser confeccionada de un material resistente, con buena resiliencia para absorber los impactos dentales, ser confeccionada de un material de bajo costo y fácil de desgastar, ajustar y reparar, tanto en la clínica como en el laboratorio, y además deberá ser estéticamente aceptable. (Okeson, 1996).

Las placas oclusales o neuromiorelajantes que se emplean para el manejo del bruxismo no tienen efectos sobre el número de episodios sino sobre el tiempo de duración del apretamiento nocturno. Estabilizan la musculatura, la oclusión y la articulación temporomandibular con contactos estables en céntrica y guías de

desoclusión en fases excursivas, deben usarse día y noche durante 11 días.
(Schiemann, 1997).

1.5. OBJETIVO GENERAL

Establecer el manejo integral del bruxismo a través de una casuística

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Caso Clínico

2.2 SUJETO DE ESTUDIO

Paciente de género masculino con 35 años de edad, procedente de Bogotá D.C., con diagnóstico de bruxismo severo.

2.3 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para este efecto se tomó el formato de la Historia Clínica utilizado por el Colegio Odontológico Colombiano. (Anexo 1).

2.4 PROCEDIMIENTO

El procedimiento se realizó en las siguientes fases:

Fase 1: **Valoración del paciente.** Diligenciamiento de la historia clínica y toma de impresiones preliminares.

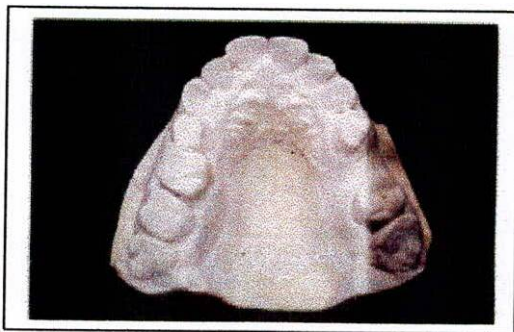


FOTO 1. MODELO PRELIMINAR SUPERIOR

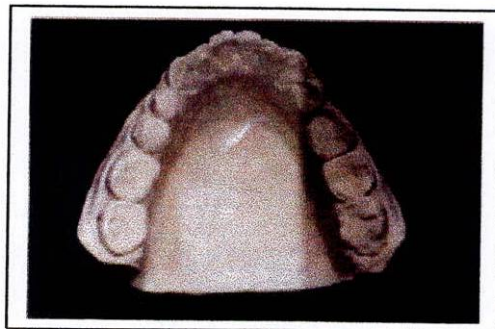


FOTO 2. MODELO PRELIMINAR INFERIOR

Fase 2: **Fase Higiénica.** Eliminación de focos infecciosos, factores retentivos de placa bacteriana y motivar al paciente para mantener una correcta higiene oral.

Fase 3: **Fase Quirúrgica.** Alargamientos coronales superiores vestibulares y palatinos del 15 al 25. Limpieza para pónico oval a nivel del diente 16.

Fase 4: **Fase Endodóntica.** Se llevó a cabo los tratamientos de conductos de los dientes 25-14-43-44 diagnosticados con pulpitis irreversible; retratamientos de conductos a nivel del diente 36 debido a que presentó periodontitis apical crónica no supurativa.



FOTO 3. PULPITIS IRREVERSIBLE DIENTE 25



FOTO 4. PULPITIS IRREVERSIBLE DIENTE 15



FOTO 5. PULPITIS IRREVERSIBLE DIENTE 43 y 44

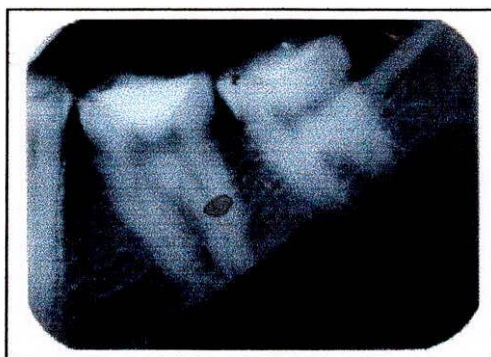


FOTO 6. PERIODONTITIS APICAL CRONICA NO SUPURATIVA DIENTE 36

Fase 5: **Fase de Operatoria.** Se reconstruyó con Ionómero de vidrio multipropósitos tipo Vitremer® de la casa 3M los muñones de los dientes 11-12-13-15-17-21-22-23-24-26-27-34-36-37-43-44-45-46 ya que el diámetro cervico incisal se encontraba disminuido.



FOTO 8. RECONSTRUCCIÓN CON RECONSTRUCTOR DE MUÑONES TIPO V VITREMER, ZONA ANTERIOR

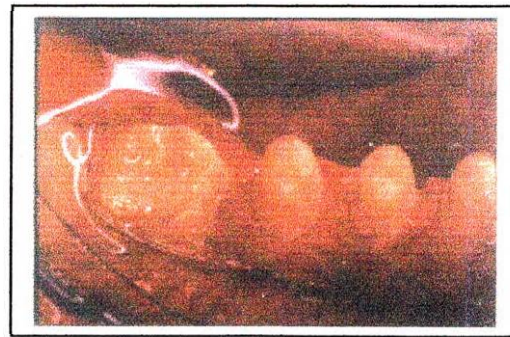


FOTO 9. RECONSTRUCCIÓN CON RECONSTRUCTOR DE MUÑONES TIPO V VITREMER ZONA POSTERIOR

Fase 6: **Fase Prostodántica.** Se elaboró núcleos de los dientes 36 y 25; prótesis parcial fija del 15 al 17 y coronas individuales en los dientes 11-12-13-21-22-23-25-26-27-31-32-33-34-36-37-41-42-43-44-45-46;; con un esquema oclusal consistente en desoclusión canina en todos los movimientos excursivos.



FOTO 10. NUCLEO DIENTE 36



FOTO 11. NUCLEO DEL DIENTE 25



FOTO 12. PROSTODONCIA PARCIAL FIJA DIENTES 15 AL 17

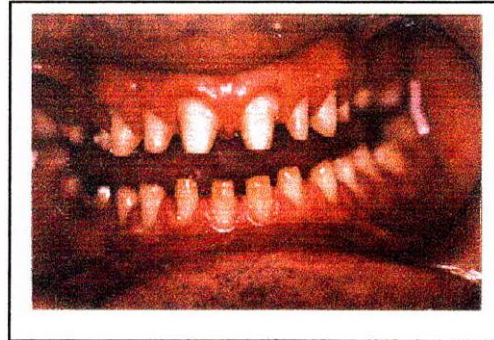


FOTO 13. CORONAS INDIVIDUALES DE LOS DIENTES

Fase 7: **Fase de Laboratorio.** Se realizó encerados de diagnóstico, temporales de termocurado, núcleos, y coronas indicadas.

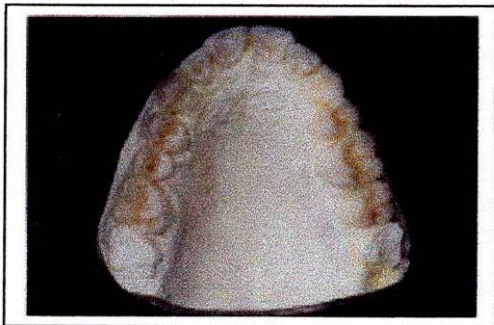


FOTO 15. ENCEDADOS DE DIAGNOSTICO MAXILAR SUPERIOR

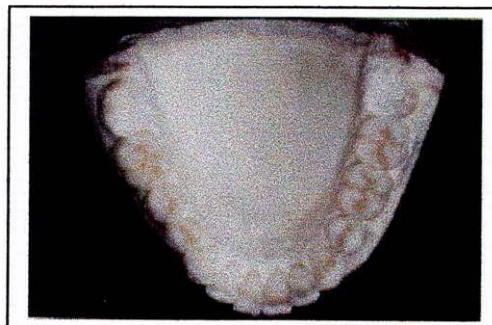


FOTO 16. ENCEDADO DE DIAGNOSTICO MAXILAR INFERIOR

Fase 8: **Fase de Mantenimiento Protésico.** Se evaluó oclusión, adaptabilidad, comodidad y posición de los dientes rehabilitados con prostodoncia fija.



FOTO 17. EVALUACIÓN MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR

Fase 9: **Elaboración de la placa oclusal.** Realizada sobre los modelos al vacío (stepback) con método indirecto, utilizando acetatos cuyas dimensiones fueron de 12 X 12cm y un grosor de 0.6mm, se le añadió una banda de acrílico en la parte posterior para producir desoclusión.

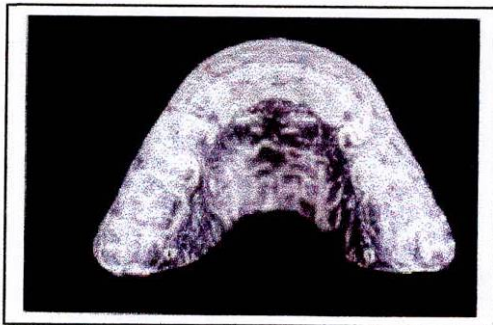


FOTO 19. PLACA OCLUSAL SUPERIOR

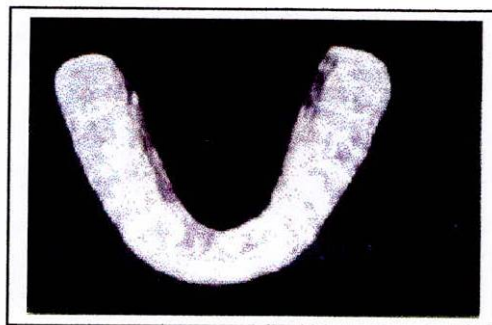


FOTO 20. PLACA OCLUSAL INFERIOR

Fase 10: **Control de placa oclusal.** En esta fase se evaluó el comportamiento de la placa oclusal, teniendo en cuenta que los contactos se encontraron estables en céntrica y guías de desoclusión.

3. RESULTADOS

3.1. INFORMACION GENERAL

GENERO: Masculino

EDAD: 35 años

PROCEDENCIA: Bogota, D.C.

3.2. EXAMEN FISICO

ASPECTO GENERAL: El paciente se encontró en buen estado de salud.

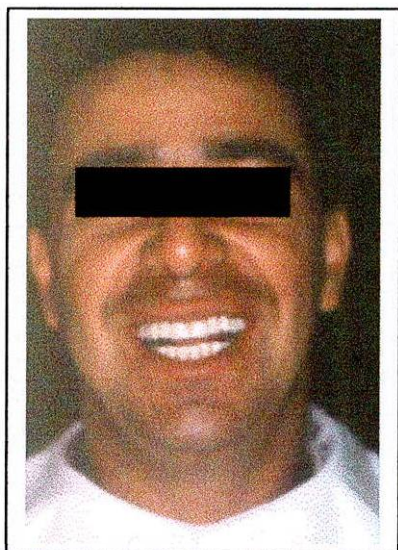


FOTO 23. FOTO DE FRENTE

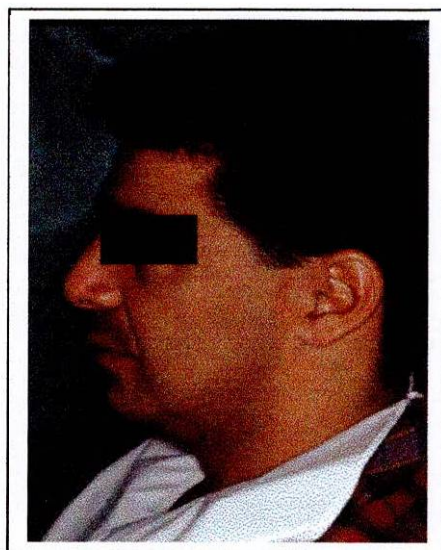


FOTO 24. FOTO DE PERFIL

3.3. ANAMNESIS

HISTORIA MEDICA FAMILIAR: Abuelos paternos y maternos diabéticos controlados.

HISTORIA MEDICA PERSONAL: Padebió de hepatitis A a los 30 años, tratado y controlado.

3.4. HISTORIA ODONTOLOGICA PREVIA

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOS: La reacción a la anestesia es buena, el paciente tiene una higiene oral regular y presenta restauraciones protésicas desadaptadas.

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS: No refiere.

3.5. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

El paciente presentaba dolor en los músculos masticadores y desarmonías oclusales.



FOTO 25. ARCADA SUPERIOR

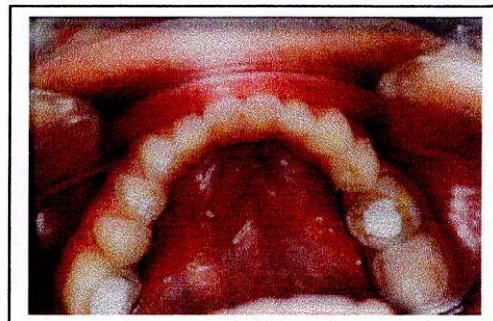


FOTO 26. ARCADA INFERIOR

3.5.1. EXAMEN FISICO ORAL: (Evaluación de tejidos blandos y óseos)

La encía del paciente presentaba una leve inflamación y alteración del contorno, el paladar duro es profundo, los demás tejidos se observan en aparente normalidad.



FOTO 27. OCLUSION ANTERIOR

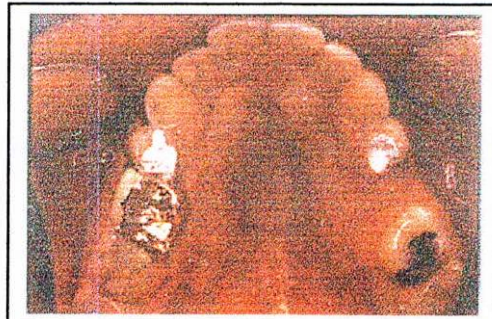


FOTO 28. PALADAR DURO

3.5.2. EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR: (Síntomas cardinales)

EXAMEN DE MUSCULOS MASTICADORES:

Presentaba dolor a la palpación a nivel del músculo masetero, a la contracción, al estiramiento y al reposo.

EXAMEN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR:

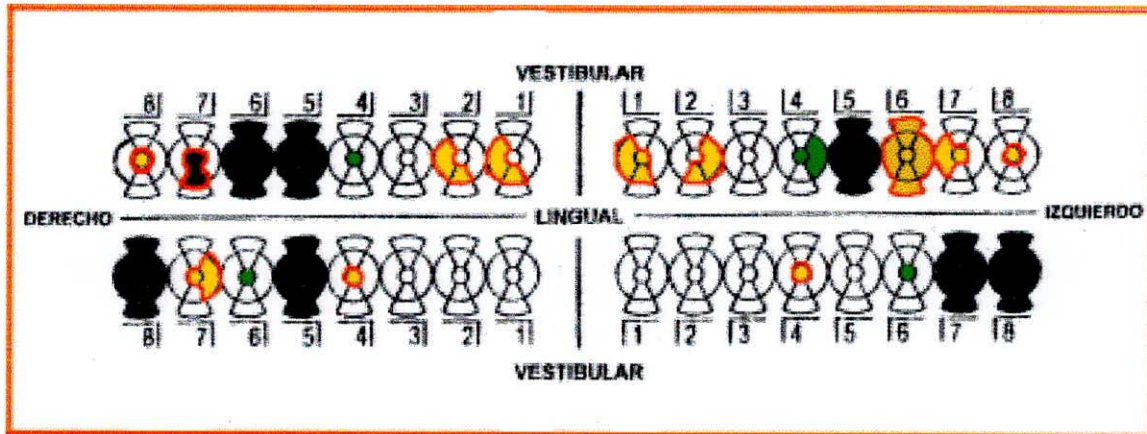
No presentó ruidos articulares, la ATM derecha e izquierda son normales.

EXAMEN MOVIMIENTOS MANDIBULARES:

La apertura fue de 52mm, la protrusión de 5mm, lateralidad izquierda de 5mm y la derecha de 5mm, no presentaba ningún tipo de desviación mandibular en apertura y cierre.

EXAMEN DENTARIO/ARMONIA-DESARMONIA OCLUSAL:

ODONTOGRAMA



Paciente con clasificación de Angle I derecha e izquierda, la sobremordida vertical de 1mm y la horizontal de 5mm, la línea media dentaria es normal, no presentaba apiñamientos ni diastemas. Presenta facetas de desgaste generalizadas, dientes perdidos 15, 18, 48 y 25, el primer contacto dentario estaba a cargo de los dientes 14 – 44, la dimensión vertical postural del paciente de 56mm y la oclusal de 53mm quedando con un espacio libre de 3mm.

3.6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

3.6.1 EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO: No requiere

3.6.2 EXAMENES RADIOGRAFICOS: Radiografía panorámica y juego periapical completo.

3.7. DIAGNOSTICOS

3.7.1 Generales: Paciente sano

3.7.2 Craneomandibulares: Desorden de crecimiento y desarrollo. Hiperactividad muscular tipo bruxismo severo.

3.7.3 Periodontales: Gingivitis leve asociada a placa bacteriana.

3.7.4 Dentales: Facetas de desgaste generalizadas y restauraciones desadaptadas del 15 al 17.

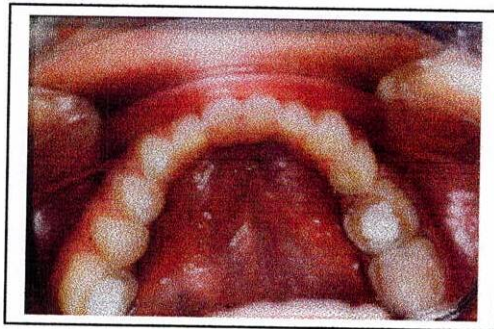


FOTO 29. FACETAS DE DESGASTE GENERALIZADAS

3.7.5 Endodónticos: Pulpitis Irreversible de los dientes 25-15-43-44. Periodontitis Apical Crónica no supurativa del diente 36.



FOTO 30. PULPITIS IRREVERSIBLE DIENTE 25



FOTO 31. PULPITIS IRREVERSIBLE DIENTE 15



FOTO 32. PULPITIS IRREVERSIBLE DIENTE 43 Y 44



FOTO 33. PERIODONTITIS APICAL CRONICA NO SUPURATIVA DIENTE 36

3.8. PRONOSTICO ORAL: Bueno

3.9. TRATAMIENTO

3.9.1 PERIODONTAL: Terapia básica periodontal, control de placa bacteriana, motivación del paciente, enseñanza de higiene oral, eliminación de los factores retentivos de placa bacteriana, raspaje y alisado radicular, profilaxis.

3.9.2 QUIRURGICO: Cirugía periodontal consistente en alargamientos coronales para exponer la cantidad suficiente de tejido sano, logrando una buena retención de la futura restauración y posición adecuada de los márgenes; además se realizó una gingivoplastia para pónico oval a nivel del diente 16, el cual es un remodelado gingival a nivel del pónico, con el fin de mejorar la estética y dar un excelente perfil de emergencia con la apariencia de una corona individual, esta es una solución para tratar problemas periodontales, restauradores y estéticos, teniendo en cuenta que al realizar dicho procedimiento hay que mantener la dimensión adecuada de encía queratinizada alrededor del diente, idealmente se debe conservar 5 mm de encía (3 mm de encía insertada y 2 mm de encía libre), lo cual se cumplió en esta fase, si no

se respetan estos parámetros se puede presentar recesión gingival y exposición del margen en el futuro, afectando el propósito estético.



FOTO 35. INSICION VESTIBULAR SUPERIOR



FOTO 36. ALARGAMIENTO CORONAL VESTIBULAR SUPERIOR

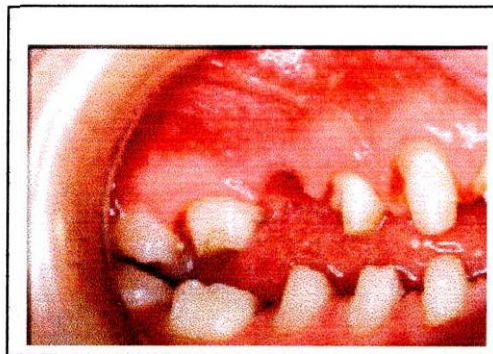


FOTO 37 GINGIVECTOMIA PARA EL PONTICO OVAL

3.9.3 ENDODONTICO: Tratamientos convencionales de conductos de los dientes 36-25-14-43-44, se utilizó la técnica crown down para la instrumentación, obturación con conos de gutapercha, se realizó condensación vertical y lateral y cemento obturador marca Sealapex



FOTO 38. TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS DIENTE 25

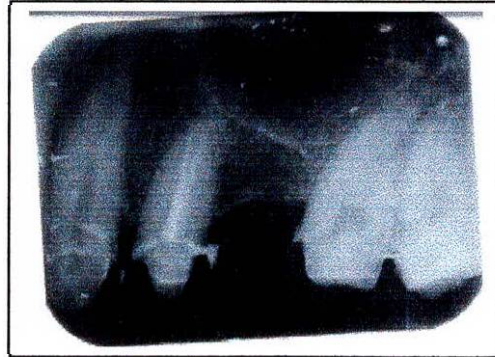


FOTO 39. TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS DIENTE 15

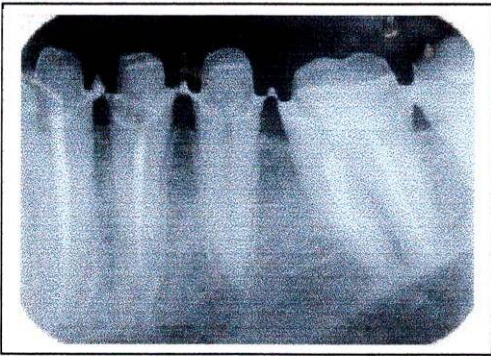


FOTO 40. TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS DIENTE 43 Y 44

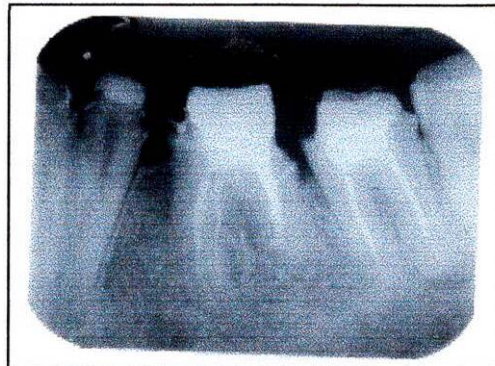


FOTO 41. TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS DIENTE 36

3.9.4 OPERATORIA: Reconstrucción con Ionómero de vidrio multipropósitos tipo Vitremer® de la casa 3M los muñones de los dientes 11-12-13-21-22-23-25-31-32-33-34-35-41-42-43-44-46-47.



FOTO 43. RECONSTRUCCIÓN CON VITREMER

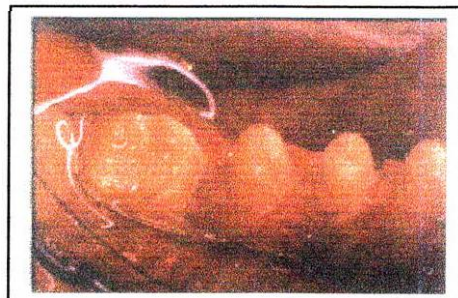
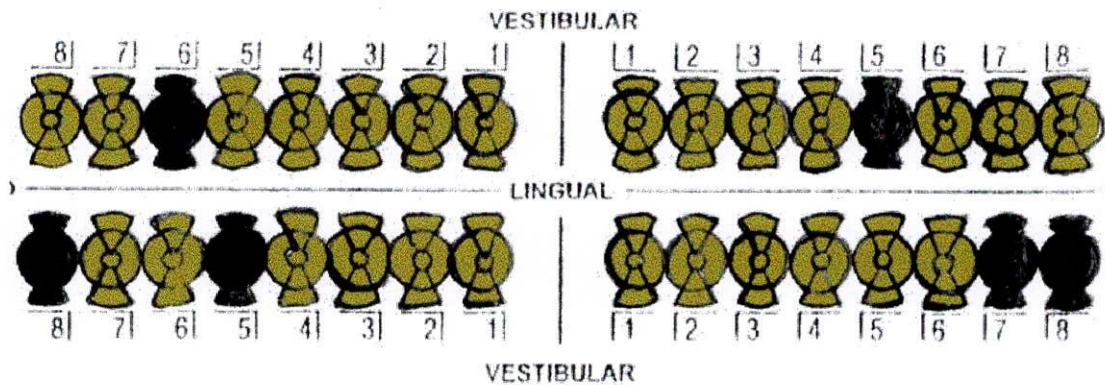


FOTO 44. RECONSTRUCCION CON VITREMER

3.9.5. PROSTODONTICO:

ODONTOGRAMA FINAL



Prostodoncia parcial fija del 15 al 17. Coronas completas combinadas metal cerámicas en los dientes 11-12-13-21-22-23-24-25-26-31-32-33-34-35-36-41-42-43-44-46-47. Núcleos en los dientes 36 y 25.

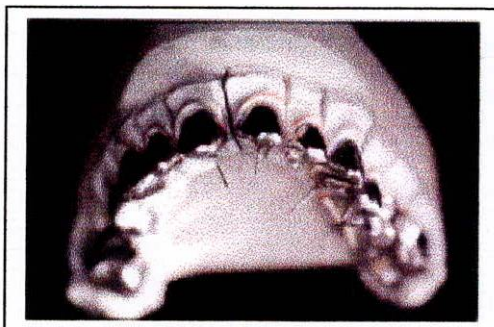


FOTO 45. ESTRUCTURA METALICA CORONAS INDIVIDUALES Y PROSTODONCIA PARCIAL FIJA

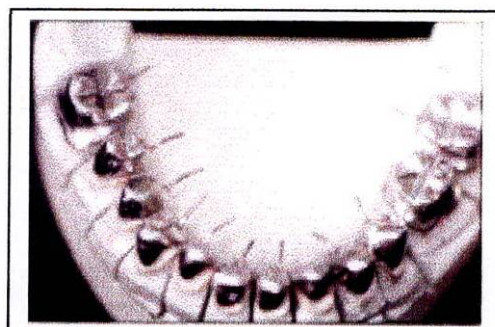


FOTO 46. ESTRUCTURA METALICA CORONAS INDIVIDUALES INFERIORES



FOTO 47. REGISTRO DE RELACION



FOTO 48. PRUEBA DE PORCELANA EN DESOCCLUSION CANINA



FOTO 49. NUCLEO DIENTE 25

3.9.6. MANEJO NEUROMUSCULAR Y ARTICULAR. Por medio de la placa oclusal en céntrica se aumentó la dimensión vertical y se estabilizó oclusalmente. Se utilizó una terapia farmacológica con Motrin® de 600mgs como analgésico, una pastilla cada ocho horas durante tres días, con el fin de aliviar el dolor y disminuir la inflamación. Se ordeno el uso de la placa veinticuatro horas al día y se controló a los ocho días encontrando ausencia del dolor.

Luego de la primera semana se redujo el uso de la placa a las horas de la noche solamente y se controló a la segunda y a la cuarta semana, tiempo en el cual el paciente presentó ausencia total de la sintomatología.

La dimensión vertical y la estabilidad oclusal obtenida con la placa oclusal fue transportada al articulador donde se realizó los encerados de diagnóstico y se tomó la impresión en silicona de condensación para la elaboración de las temporales de autopolimerización.

Ya preparados los dientes se tomó una impresión preliminar en silicona de adición para elaborar las temporales de termocurado en donde se tuvo en cuenta la dimensión vertical establecida y se dio en el encerado un esquema de oclusión ideal de desoclusión canina.

Se cementó las temporales de termocurado y se continuo con la evolución del tratamiento protodóntico, endodóntico y periodontal, y el paciente con su nuevo esquema oclusal de desoclusión canina no presento ninguna sintomatología durante un periodo de tres meses que permitió una evaluación constante de la ausencia del dolor y el periodo necesario para la cicatrización del procedimiento quirúrgico periodontal.

Los resultados obtenidos en las temporales de termocurado fueron trasladados a las coronas definitivas elaboradas en metal porcelana y se realizó una nueva placa oclusal para la protección de la rehabilitación.

El paciente se manejo con interconsulta sicológica para hacerlo conciente de su recuperación.

Se realizó una evaluación a la primera, segunda, tercera y cuarta semana en donde el paciente manifestó conformidad total y ausencia de dolor, finalmente se programaron los controles a largo plazo.

3.9.7 CONTROL PERIODONTAL. El paciente se controló periodontalmente durante cada cita, no presentó alteraciones post-quirúrgicas debido a su buena higiene oral y correcta adaptación de temporales el cual a medida del proceso de cicatrización conservó un margen gingival ideal.

3.9.8 CONTROL DE TRATAMIENTO PROSTODONTICO. Se realizó controles clínicos, radiográficos a los 8 días, 2 semanas, 1 mes, 3 meses, 6 meses, 1 año.

4. RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio descriptivo de seguimiento a pacientes para valorar el manejo del bruxismo.
- Realizar una investigación a largo plazo de seguimiento a los pacientes manejados con placa oclusal.

BIBLIOGRAFIA

- CATESBY, W., RUGH, J., Destructive bruxism: sleep stage relationship. *Sleep* 1988; 11(2): p:172-181.
- CLARK, G., BEEMSTERBOER, P., SOLBERG, W., RUGH, J., Nocturnal electromiographic evaluation of myofascial pain dysfunction in patients undergoing occlusal splint therapy, *JADA* 1979; 99: p:608-611.
- FAULKNER, K., Bruxism: A review of the literature. Part I. *Aust. Dental J.* 1990; 35(3) p: 266-276
- GARCÍA – CALDERÓN M y Compagni R. Cirugía periodontal estética y preprotésica: alargamiento coronal en el sector anterior. *Periodoncia* 1994; 4:3, p:156 – 164.
- GOMEZ, C., HERNANDEZ, G., ALZATE, M., El Bruxismo Confluencia de la psiquiatría y de la odontología. *Universitas Médica* 1996; 37 (I): 45 – 53.
- GRIPPO, J., Role of biodental engineering factor (BEF) in the etiology of root caries. *J. Of esthetic dent.* 1991; 3: p: 71-76
- HERRERO F , SCOTT JB, MAROPIS PS AD YUKNA RA. Clinical comparison of desired versus actual amount of surgical crown lengthening. *J Periodontol* 1995; 66 : 568 – 571.
- OKESON, J., *Orofacial Pain . Guidelines for Assessment, Diagnosis ad Managemen.* Quintessence Books. 1996: 161.

- PAVONE, B., Bruxism and its effects on the natural teetch. JPD 1985; 53:692-696.
- RUGH, J., BARGHI, N., DRAGO, C. J., Experimental Occlusal Discrepancies ad Nocturnal Bruxism. JPD 1984; 51: 548-553
- SCHIEMANN, P., Evaluación electromiográfica del tratamiento con placa miorelajante en pacientes bruxómanos. Revista científica. Universidad el Bosque. Facultad de Odontología. 1997; 3(1): 34-42.
- TACHIBANNA, N; YAMANAKA, K; KAJI, R; NAGAMINE, T; WATATANY, K; KIMURA, J; SHIBASAKI, H; Sleep bruxism as a manifestation of subclinical rapid eye movement sleep behavior disorder. Sleep 1994; 17: 555-558.
- TRAVELL, J., SIMONS, D., Myofascial Pain ad Dysfunction. The Trigger Poin Manual . Ed Williams & Wilkins Baltimore, London 1983: 1 – 4, 219 – 281.
- VALLEJO, J.,BULBENA, A; GONZALEZ, A., GRAU, A., POCH, J., SERRALONGA, J., Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, 2ª Ed., Barcelona. 1985: 276,638.
- VALLON, D., EKBERG, E. C., NILNER, M., KOOP, S., Occlusal adjustment in patients with craneomandibular disorders including headaches. Acta odontol. Scan. 1995; 53:55-59.