

EVALUACION DE LOS TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS PARA EL BRUXISMO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA ESPECIALIDAD DE PROTESIS BUCAL EN CEMENAV

TTE CORB SSN CD ROBERTO MEJIA JIMENEZ

TTE FRAG SSN CD PROT. BUC. DORYS GOMEZ CRUZ

TTE NAV SSN CD PROT. BUC. MARISOL GARRIDO SANDOVAL

SECRETARÍA DE MARINA-ARMADA DE MÉXICO, UNIVERSIDAD NAVAL
ESCUELA DE POSGRADOS EN SANIDAD NAVAL

RESUMEN

Se ha estimado que alrededor del 25 % de las personas podríamos tener bruxismo, pero el asunto es algo mas complejo, puesto que carecemos de criterios sólidos para definir bruxismo y medir su intensidad. Probablemente todo el mundo hemos apretado los dientes alguna vez. En la edad escolar, en situaciones de estrés y en el medio militar no es la excepción, de ahí la importancia de éste estudio, en el cual se ha observado el comportamiento parafuncional de la población que se atiende protesicamente en el CEMENAV, los factores que desencadenan el bruxismo y la eficacia de los tratamientos que se han realizado, la factibilidad de los mismos.

En este estudio retrospectivo, el cual busca conocer el impacto de los tratamientos, la subsecuencia de los mismo y el mejoramiento clínico en los pacientes con ésta parafuncion. Lo cual permitirá a la derechohabencia de ésta especialidad (protesis bucal) otorgarle un beneficio tangible a los pacientes lo cual impactará en la calidad de vida, coadyvando a la salud general a nivel individual y colectivo.

El bruxismo es un problema de salud el cual representa detrimento a la función orgánica del sistema estomatognatico, en ésta sociedad globalizada representa un problema integral y no un problema aislado,

A continuación se presenta el desarrollo de éste trabajo de investigación.

TIPO DE INVESTIGACION

Retrospectivo,
Observacional Y
Transversal

INTRODUCCION

El Bruxismo es considerado dentro de las alteraciones parafuncionales el más prevalente, complejo y destructivo de los desórdenes orofaciales, problema médico que a escala mundial. Este hábito afecta al 10 % de la población según la OMS y se presenta tanto en niños como en adultos. Aseveración avalada por la investigación de Saulue P, et al, 18 en la Universidad de París, Francia.

En la actualidad su causa es de carácter multifactorial y controvertida, en realidad no se ha podido esclarecer el factor específico desencadenante que predispone a este hábito. En la literatura médica existen diversos enfoques al respecto, de manera que las hipótesis fisiopatológicas son diversas y que no hay un factor único responsable del bruxismo. Argumentan Díaz Gómez SM, et al, que existen contradicciones que se suscitan y se añaden a los componentes etiológicos del bruxismo como la ansiedad, la frustración personal y hábitos perniciosos como el tabaquismo, el alcohol y las drogas.

En las misiones militares como en la vida cotidiana el Bruxismo es un problema de salud pública el cual se exagera, por lo cual representa un problema de salud pública. Es por ello que el presente trabajo busca evaluar los tratamientos para los diferentes tipos de bruxismo en el personal en activo que acude a consulta en el CEMENAV.

ESTADO DE ARTE

Mikami y cols mencionan los signos y síntomas del bruxismo los cuales son detectables, pero desafortunadamente, las etiologías son hipotéticas y los mecanismos de acción no se han confirmado satisfactoriamente. La importancia de la cavidad oral para expresar emociones y que los ajustes oclusales y otros tipos de tratamientos mecánicos pueden ser inadecuado en cuanto al tratamiento del bruxismo implica el manejo de la tensión psíquica, signos y síntomas, irritaciones

oclusales y patrones de hábito neuromuscular. Con la mayor sofisticación en las ciencias sociales, la terapia para el bruxismo en el futuro puede volverse en gran medida conductual (1)

Tim Dilina en su estudio propone la terapia con férulas como tratamiento es una modalidad comprobada para aliviar el dolor de muchos tipos de trastornos temporomandibulares y bruxismo, aunque aún quedan dudas sobre cómo funcionan las férulas. Utiliza una revisión de la literatura para determinar un diseño de férula eficaz para los diferentes grados de problemastemporomandibulares, creíble para ayudar a proporcionar una comprensión y un protocolo de tratamiento para el uso de férulas para trastornos temporomandibulares y problemas de bruxismo. (2)

Manfredini en Diciembre 2017 menciona que el bruxismo es una parafunción oral caracterizada por el apretamiento y/o rechinar de los dientes durante el sueño o vigilia al cual se le considera un factor etiológico de las alteraciones funcionales y dolorosas de la unidad cráneocérvicomandibular, así como de la destrucción progresiva de la estructura dental y periodontal. El apretamiento dental o bruxomanía es uno de los más prevalentes, complejos y destructivos desordenes orofaciales, puesto que solo un bajo porcentaje de los pacientes son conscientes de que están apretando los dientes, generalmente lo que llama la atención son sus efectos destructivos e irreversibles que posteriormente son complejos y costosos de rehabilitar.

El bruxismo se considera comúnmente una actividad motora perjudicial, que puede causar una sobrecarga de las estructuras estomatognáticas y representar un factor de riesgo para la supervivencia del implante dental. La literatura disponible no proporciona pautas basadas en evidencia para el tratamiento de bruxers sometidos a restauraciones retenidas por implantes.

12

11

El presente artículo revisó los conceptos actuales sobre etiología, diagnóstico y manejo del bruxismo, subrayando sus efectos sobre los implantes dentales en un intento de proporcionar sugerencias clínicamente útiles basadas en datos científicamente sólidos. desafortunadamente, existen muy pocos datos sobre el tema de una relación de causa y efecto entre el bruxismo y la falla del implante, hasta el punto de que las opiniones de expertos y los enfoques de precaución todavía se consideran las mejores fuentes disponibles para sugerir indicadores de buenas prácticas. Al incluir datos de literatura experimental sobre los efectos de diferentes tipos de carga oclusal en la pérdida ósea marginal periimplantaria junto con datos de estudios que investigan la intensidad de las fuerzas transmitidas al hueso durante las actividades de apretar y rechinar los dientes, los autores fueron capaz de compilar las sugerencias presentadas aquí para rehabilitaciones de implantes protésicos en pacientes con bruxismo. (3)

Por otro lado Safari y cols evalúan la relación oclusal, las interferencias y contactos prematuros y bruxismo por determinar la relación entre no asistido y asistido interferencias no laborales, mostrando la relación entre bruxismo e interferencias no laborales ($p < 0,05$). En la cual no hubo una relación estadísticamente significativa en la relación céntrica y otros movimientos excéntricos ($p > 0,05$). El número de contactos oclusales no laborales asistidos fue mayor que los contactos oclusales sin trabajo no asistidos.

Entonces si existe relación entre ciertos tipos de interferencias oclusales (interferencias no laborales) y bruxismo. Por lo tanto, sería útil para examinar contactos oclusales en pacientes con bruxismo eliminar los posibles factores oclusales causales o contribuyentes contactos oclusales no laborales asistidos y no asistidos debe ser evaluado (4)

Hasta la fecha, no hay consenso sobre la definición y la clasificación diagnóstica del bruxismo. Se llevó a cabo una discusión de consenso por escrito entre un grupo internacional

de expertos en bruxismo para formular una definición de bruxismo y sugerir un sistema de clasificación para su operacionalización. el grupo de expertos definió el bruxismo como una actividad repetitiva de los músculos de la mandíbula caracterizada por apretar o rechinar los dientes y / o apuntalar o empujar la mandíbula. El bruxismo tiene dos manifestaciones circadianas distintas: puede ocurrir durante el sueño (indicado como bruxismo del sueño) o durante la vigilia (indicado como bruxismo despierto). Para la puesta en práctica de esta definición, el grupo de expertos propone un sistema de clasificación de diagnóstico de bruxismo de sueño o vigilia "posible", "probable" y "definitivo". (5)

La relación entre el bruxismo del sueño y los fármacos antidepresivos en pacientes sigue sin estar clara. En este estudio, nuestro objetivo fue investigar la tasa de incidencia de bruxismo relacionado con antidepresivos y examinar si el uso de antidepresivos está asociado con este efecto adverso en los pacientes.

La prevalencia del bruxismo fue significativamente mayor en el grupo antidepresivo (24.3%) que en el grupo control (15.3%). la incidencia de bruxismo inducido por antidepresivos fue de 14.0%. los antidepresivos más asociados con el bruxismo fueron paroxetina, venlafaxina y duloxetina. los pacientes que experimentaron bruxismo inducido por antidepresivos tuvieron mayor edad en comparación con aquellos que no experimentaron este efecto adverso. Los resultados del presente estudio según UlviUca y cols en el 2015 sugieren que el bruxismo se observa con frecuencia en mujeres que toman antidepresivos y que parece estar asociado con el uso de antidepresivos, al menos en algunos pacientes.(6)

En el 2016 en el congreso internacional propuesto por Raphael se contribuyó plenamente a la declaración de consenso, primero se consideraron los estándares y la evidencia para determinar si el bruxismo es un trastorno caracterizado por una disfunción dañina o un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de un trastorno. En segundo lugar, se examinaron las fortalezas y

debilidades del 'sistema de calificación de diagnóstico' propuesto por la declaración de consenso. Sin embargo la evidencia más sólida hasta la fecha no es compatible con sb como trastorno como lo implica el 'diagnóstico'. El comportamiento solo no se diagnostica; los trastornos son considerado incluso como un sistema de clasificación de comportamiento, el sistema propuesto se debilita por la escasa sensibilidad del autoinforme para bruxismo clasificada polisomnográfica (psg) directa y las asociaciones pobres entre los juicios clínicos de bruxismo y psg portátil. (7)

El bruxismo es un trastorno del sueño caracterizado por el rechinar y apretar los dientes que puede estar relacionado con lesiones irreversibles de los dientes. es una condición frecuente que ocurre en hasta el 31% de los adultos. sin embargo, no hay una respuesta definitiva sobre cuál de los muchos tratamientos disponibles actualmente (incluida la farmacoterapia, las inyecciones intramusculares, la fisioterapia, la biorretroalimentación, la kinesioterapia, el uso de dispositivos intraorales o la terapia psicológica) es la mejor para el tratamiento clínico de las diferentes manifestaciones del bruxismo el objetivo de esta revisión sistemática y metaanálisis de red es responder la siguiente pregunta: ¿cuál es el mejor tratamiento para los bruxistas adultos?.

ésta revisión sistemática tiene como objetivo identificar y evaluar las terapias para tratar el bruxismo. Ésta revisión sistemática puede conducir a varias recomendaciones, tanto para pacientes como para investigadores, como cuál es la mejor terapia para un caso de paciente específico y cómo deben diseñarse los estudios futuros, considerando lo que está disponible ahora y cuál es la realidad. (8)

El bruxismo es un fenómeno común que implica la activación repetitiva de los músculos masticatorios. los ejercicios de estiramiento muscular son una parte recomendada de varias pautas internacionales para los trastornos musculoesqueléticos y pueden ser efectivos en el manejo de la actividad muscular de la mandíbula

que da lugar al bruxismo. Sin embargo, la mayoría de los estudios de ejercicios de estiramiento muscular se han centrado principalmente en su influencia en el rendimiento (por ejemplo, rango de movimiento, coordinación y fuerza muscular) de los músculos de las extremidades o el tronco de individuos sanos o individuos con lesiones relacionadas con el deporte. Muy pocos han investigado el estiramiento de los músculos masticatorios humanos y ninguno ha realizado ejercicios de estiramiento muscular en el tratamiento del bruxismo (del sueño). (9)

La exploración entre el bruxismo despierto y del sueño interactúan en sus asociaciones con trastornos temporomandibulares dolorosos y si la interacción es multiplicativa o aditiva. En este estudio de casos y controles, todos los participantes (n = 705) formaron parte del proyecto de validación multicéntrico y fueron reclutados como una muestra.

Ambos tipos de bruxismo; bruxismo despierto y del sueño están asociados con una mayor presencia de dolor, y que ambos tipos de bruxismo no están asociados de forma independiente, sino que interactúan de manera aditiva. Como tal, la presencia de cada factor amplifica el efecto del otro. (10)

El bruxismo es un fenómeno común, y la evidencia emergente sugiere que los factores biológicos, psicológicos y exógenos tienen una mayor participación que los factores morfológicos en su etiología. el diagnóstico debe adoptar el sistema de clasificación de posible, probable y definitivo. en niños, podría ser una señal de advertencia de ciertos trastornos psicológicos.

El mecanismo propuesto para la relación bruxismo-dolor a nivel individual es que la sensibilidad al estrés y los rasgos de personalidad ansiosos pueden ser responsables de las actividades de bruxismo que pueden conducir al dolor temporomandibular, que a su vez está modulado por factores psicosociales. se recomienda un enfoque de múltiple (placas, terapia psicológica, psicología, farmacoterapia)

que implique tratamientos reversibles, y el manejo de la prostodoncia en adultos debe basarse en un enfoque de precaución de sentido común. (11)

Las asociaciones de trastornos temporomandibulares, bruxismo, ansiedad y calidad del sueño entre los bomberos militares con dolor de cabeza episódico frecuente, en el cual el bruxismo fue diagnosticado de acuerdo con la clasificación internacional de trastornos del sueño; la ansiedad se clasificó utilizando una escala de ansiedad, y la calidad del sueño se evaluó utilizando el índice de calidad del sueño de Pittsburgh. En los modelos estadísticos, utilizamos un nivel de significación del 95%. Se encontraron asociaciones entre los participantes con trastornos temporomandibulares y bruxismo, ansiedad y calidad de sueño ($p < 0.001$) y ansiedad ($p = 0.002$). la mala calidad del sueño ($p = 0.687$) y el bruxismo ($p = 0.670$) no fueron factores de riesgo. (12)

El estrés laboral se asocia a menudo como un factor que contribuye al bruxismo, y la profesión militar supone un manejo de estrés de alta complejidad. en conclusión, los resultados demostraron una prevalencia de bruxismo en el personal militar del 41.24 %, solo el 27.43 % de los pilotos que fueron diagnosticados como bruxómanos reciben algún tratamiento para esta patología, y el 38.05 % de los pilotos son conscientes de que están apretando los dientes, lo cual obliga a la realización de programas de promoción, prevención y establecimiento de protocolos de atención para el manejo de esta patología. (13)

El bruxismo se caracteriza por apretar o rechinar los dientes debido a la contracción del masetero, temporal y otros músculos de la mandíbula, puede provocar hipertrofia muscular masticatoria, pérdida de la superficie dental, fractura de restauraciones o dientes, dientes hipersensibles o dolorosos y pérdida del soporte periodontal. El bruxismo del sueño se ha visto anteriormente como un movimiento disfuncional o una condición patológica, mientras que ahora se acepta como una condición controlada centralmente con varios factores de riesgo

sistémicos. se ha postulado que el bruxismo del sueño puede tener un papel protector durante el sueño, por ejemplo, en relación con el mantenimiento de las vías respiratorias o en la estimulación del flujo de saliva. Se puede hacer un diagnóstico de bruxismo del sueño a través del informe del paciente y la entrevista clínica, el examen clínico, los dispositivos intraorales o el registro de la actividad muscular. el bruxismo en sí mismo no requiere tratamiento.

El tratamiento solo se indica cuando surgen problemas como resultado del bruxismo. Los aparatos orales tienen como objetivo principal proteger la dentición del daño causado por el apretar / rechinar, aunque pueden reducir la actividad muscular. Los ajustes oclusales irreversibles no tienen base en evidencia en el manejo del bruxismo. Las estrategias de comportamiento incluyen biorretroalimentación, relajación y mejora de la higiene del sueño.

La administración de toxina botulínica (botox) a los músculos masticatorios parece reducir la frecuencia del bruxismo, pero se han planteado preocupaciones sobre posibles efectos adversos. Los dentistas deben conocer las posibles estrategias de etiología, fisiopatología y manejo del bruxismo del sueño. Los aparatos orales tienen como objetivo principal proteger la dentición del daño causado por el apretar / rechinar, aunque pueden reducir la actividad muscular. (14)

El bruxismo es uno de los problemas dentales más crónicos en todo el mundo, y su percepción puede aumentar de manera indicativa la condición de la salud de las personas, evitando futuros problemas de salud. Las soluciones tecnológicas han mejorado considerablemente debido a las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento y su automatización. Esta revisión tiene como objetivo evaluar los métodos terapéuticos para el bruxismo a través del análisis de las solicitudes de patentes que abarcan las últimas décadas.

Las familias de patentes de bruxismo y productos disponibles en el mercado ya que los datos se obtuvieron a través de la órbita questel de la

oficina europea de patentes a nivel mundial utilizando la clasificación cooperativa de patentes (cpc), analizando 134 familias de patentes. Los productos en el mercado se mapearon y se clasificaron como utilizados para diagnóstico, tratamiento o ambos.

Esta perspectiva tecnológica ha demostrado que el campo tecnológico del bruxismo está creciendo hacia dispositivos más pequeños y automatizados; todavía no hay un propietario predominante de las tecnologías.

Se espera que los productos proporcionen uso doméstico con un alto grado de confiabilidad y especificidad, utilizando internet de las cosas (telemedicina asociada con la industria 4.0) y permitiendo el diagnóstico en tiempo real. (15)

No hay pruebas suficientes para determinar si las férulas reducen el desgaste dental en pacientes con bruxismo. (06); 13 ensayos, 1.076 participantes. no hubo evidencia de que otros resultados mejoraran al usar férulas. No hubo evidencia de eventos adversos asociados con las férulas, pero el informe fue deficiente con respecto a este resultado. Ningún ensayo midió el desgaste dental en pacientes con bruxismo. Hubo una gran variación en los criterios de diagnóstico, los tipos de férulas y las medidas de resultado utilizadas e informadas.

Los análisis de sensibilidad basados en estos factores no indicaron una reducción en el dolor, la evidencia de certeza muy baja identificada no demostró que las férulas redujeran el dolor como un grupo de afecciones. No hay pruebas suficientes para determinar si las férulas reducen el desgaste dental en pacientes con bruxismo.

No hubo evidencia de eventos adversos asociados con las férulas, pero el informe fue deficiente con respecto a este resultado. Ningún ensayo midió el desgaste dental en pacientes con bruxismo. Hubo una gran variación en los criterios de diagnóstico, los tipos de férulas y las medidas de resultado utilizadas e informadas. los análisis de sensibilidad basados en estos factores no indicaron una reducción en el dolor. La evidencia

de certeza muy baja identificada no demostró que las férulas redujeran el dolor en trastornos temporomandibulares como un grupo de afecciones en la cual no hay pruebas suficientes para determinar si las férulas reducen el desgaste dental en pacientes con bruxismo. No hubo evidencia de eventos adversos asociados con las férulas, pero el informe fue deficiente con respecto a este resultado. Ningún ensayo midió el desgaste dental en pacientes con bruxismo. (16)

No hubo evidencia de que otros resultados, incluidos los ruidos de la articulación temporomandibular, disminución de la apertura de la boca, y calidad de vida, mejorada al usar férulas, los eventos adversos generalmente no se informaron, pero parecía poco frecuente cuando se informa. la rentabilidad incremental del caso base más plausible la proporción fue incierta y se debió a la falta de evidencia de efectividad clínica. la rentabilidad la curva de aceptabilidad mostró que las férulas se volvieron más rentables en un umbral de disposición a pagar de 6000 Euros, pero la probabilidad nunca excedió el 60% en niveles más altos de disposición a pagar. los resultados fueron sensible a supuestos de extrapolación a largo plazo. un análisis del valor de la información indicó que se requiere más investigación. Se concluye que no hubo mediciones de desgaste dental en pacientes con bruxismo, estudio analizó el dolor y encontró una reducción en el grupo de la férula con una diferencia de medias (escala 0-10). (17)

Marco teórico

1.1 Desgaste oclusal

Hay un creciente interés clínico y científico en el desgaste de los dientes, como se indica por un aumento del 50% en el número de artículos publicados en el desgaste de los dientes, en la última década en comparación con la década anterior. (28) El desgaste dental se describe comúnmente “como el resultado de cualquiera o los tres tipos principales de mecanismos: la erosión, la abrasión y desgaste”. La erosión es el proceso mediante el cual el esmalte y la dentina son parcialmente desmineralizados debido a la exposición a los ácidos intrínsecos o extrínsecos. (27)

Una nueva variable de desgaste de los dientes fue creada como medida de desgaste incisal de los dientes incisivos y zonas oclusales de dientes posteriores. Un participante de este estudio se clasificó como desgaste de los dientes en zonas incisales, en zona anterior o de dientes posteriores se concluyó tener desgaste excesivo de los dientes (es decir, en la parte superior, 5% de los pacientes de la misma edad). Un participante se clasificó como poco desgaste de los dientes, si una de las anteriores medidas en zona incisal u oclusal se reportaron algunos desgastes de los dientes. Un participante se clasificó como “ninguno o mínimo desgaste dental, si ambos desgastes incisales y oclusales informaron ningún desgaste de dientes / mínima (es decir, en el más bajo, 5% de los pacientes de la misma edad). (2)

Desgaste oclusal - caso clínico

La justificación para hacer la rehabilitación integralmente la boca es cuando las fuerzas oclusales se convierten en traumáticas y obstaculizan la salud de los tejidos periodontales, extensas enfermedades oclusales, traumatismos, enfermedad de la articulación temporomandibular y trastornos congénitos de la dentición condición, aunque la evidencia para esto todavía no es concluyente. Además de esto el posible bruxismo resultado de una serie de consecuencias. Por ejemplo, la actividad de los músculos masticatorios se asocia con dolor temporomandibular y disfunción periodontal y los problemas de endodoncia, el fracaso de los implantes y restauraciones y desgaste de los dientes. En algunos casos, estos efectos son lo suficientemente graves como para justificar el tratamiento del bruxismo. En todos los demás casos existe el tratamiento de bruxismo en vista de los posibles efectos positivos. Está indicado el tratamiento de forma conservadora, psicología y fisioterapia. (8)

1.1.2 Lesiones no cariosas

Los términos 'abfracción' y 'abrasión' describen la causa de lesiones a lo largo de los márgenes cervicales de los dientes. La erosión, la abrasión y el desgaste de todo se han asociado con su

formación. Las primeras investigaciones sugieren que la causa de la lesión en forma de V fue el cepillado de dientes horizontal excesivo. (29) Por otro lado la abfracción es otra etiología posible e implica el estrés oclusal, produciendo grietas cervicales que predisponen a la superficie a la erosión y la abrasión. Este artículo revisa críticamente la literatura sobre la abrasión, erosión y abrasión, y abfracción. Las referencias se obtuvieron mediante una búsqueda en marzo, 2005, además de los estudios de laboratorio, para indicar que existe abfracción que no sea como un componente hipotético de desgaste cervical (6)

1.1.3 Conceptos (bruxismo, atrición, erosión)

Del mismo modo, fosas oclusales, definidos como únicas concavidades (depresiones redondeadas, se registraron en las superficies oclusales de al menos 2 dientes posteriores. Todas las evaluaciones fueron realizadas por 2 médicos experimentados en condiciones de iluminación estandarizada. (24)

El examen de los signos clínicos en los modelos de estudio se produjo en una sala de luz de día aislado con luz artificial (60-W). Al inicio de este estudio, los 2 examinadores dentales llevaron a cabo una serie de sesiones para estandarizar la evaluación de los signos dentales (desgaste dental, abfracción y fosas oclusales) en los modelos de estudio, y fueron capaces de alcanzar altos niveles de reproducción. En particular, las sesiones de entrenamiento y de calibración se centraron en el acuerdo de los 2 examinadores en relación con el reconocimiento del patrón de desgaste oclusal / incisal según la escala de Johansson. (4)

El examen intraoral

En este estudio se examinaron los siguientes parámetros: La presencia de facetas de desgaste en los dientes se evaluó de acuerdo con una modificación del método por Johansson et al. en la cual Las puntuaciones se calculan como: sigue: ninguno (grado 0) = no hay desgaste, leve (grado 1) = esmalte solamente, moderada (grado 2) = esmalte y la dentina con desgaste severo (grado 3) = pérdida significativa de la estructura dental. Los

dientes evaluados incluyeron los incisivos primarios, caninos y molares, los incisivos permanentes y los primeros molares inferiores. El diente con mayor desgaste de cada grupo se registró para cada sujeto. Con el fin de evitar el sesgo fue excluido cualquier diente que exhibió signos graves de erosión. (3)

1.2 Definición de bruxismo (etimología)

el Bruxismo proviene del griego “brychein” que significa rechinar los dientes. Una definición temprano y frecuente de Bruxismo fue así: “crujir y rechinar de los dientes para fines no funcionales”, más tarde, definiciones han sido más específicas, por ejemplo, “involuntaria, no funcional, rítmica, o espasmódica”, molienda y apretamiento de los dientes, por lo general durante el sueño”. El mismo diccionario médico añade que las causas de bruxismo pueden estar relacionados con la agresión reprimida, tensión emocional, ira, miedo y frustración.

En la literatura dental, la etiología sigue siendo controvertida hasta ahora, a pesar de las opiniones anteriores que general disturbios oclusales u otros factores morfológicos son importantes causas pueden haber sido abandonados desde hace tiempo debido a la falta de pruebas. En cambio, la tensión se ha centrado en los factores psicosociales, fisiopatológicos y genéticos. A pesar de que la literatura no es concluyente, se ha acordado hoy que el bruxismo tiene una etiología multifactorial. (17)

1.2.1 Diagnóstico del bruxismo

La literatura ha demostrado poca relación entre enfoques familiares particularmente difícil sobre todo con la polisomnografía (PSN), se piensa que sólo debe ser utilizada en los estudios primarios como examen clínico (por ejemplo, los músculos masticatorios hipertróficas, mediante el examen clínico; dolores de cabeza matutinos, dolores faciales; hendiduras en los labios y/ o línea alba de las mejillas) tampoco han sido validados en contra de la apnea obstructiva de sueño. (23)

1.2.2 bruxismo del sueño

La base de este estudio fue comparar el diagnóstico BS 'probable' en evaluación clínica con el diagnóstico BS u sonidos obtenidos con un dispositivo portátil que proporciona grabaciones / ECG EMG. El diseño del estudio tiene como objetivo responder a las preguntas de investigación clínica: '¿existe una correlación entre el diagnóstico clínico e instrumental BS?'. La hipótesis nula fue que los signos pretendidos y síntomas clínicos de SB (es decir dolor mandibular y muscular matutino, la fatiga muscular en el despertar, la presencia de desgaste de los dientes o puntos brillantes en restauraciones, hipertrofia del masetero) no están relacionados con instrumentalmente diagnosticado BS.

Si se rechaza la hipótesis nula, el valor diagnóstico clínico de BS podría aproximar los requisitos necesarios para un diagnóstico 'definido', lo que tiene implicaciones clínicas potencialmente relevantes. (11)

1.2.3 trastornos parafuncionales (bruxismo)

La prevalencia de los trastornos temporomandibulares (TTM) presentes durante la infancia y adolescencia entre 7% y 68%. El rango de la prevalencia del bruxismo del sueño en los niños también es amplia. El propósito del presente estudio era triple: a) determinar la prevalencia de parafunciones orales, bruxismo del sueño y de hallazgos anamnésica y clínicas de TMD entre los niños israelíes con dentición primaria o mixta; b) determinar si las actividades parafuncionales están asociados con los hallazgos de la anamnesis y clínicas de TTM en esta población, y, c) para examinar el posible impacto de los acontecimientos estresantes de la vida sobre la prevalencia del bruxismo, un ejemplo de parafunciones orales y hallazgos clínicos de la anamnesis de TMD en niños. Un total de 244 niños (183 niñas y 61 varones) con edades de 5-12 años fueron incluidos en el estudio. En el cual a cada participante se le realizó un examen completo TMD. Por último los padres en

colaboración con sus hijos, completaron un cuestionario sobre síntomas TMD. (18)

Las parafunciones orales y eventos estresantes en la vida de sus hijos. La mayoría de los participantes (78%) informaron al menos un hábito oral. De éstos, sólo 'juego mandíbular' se asoció con anamnesis TMD y hallazgos clínicos. eventos estresantes de la vida se asocian únicamente con el desempeño de múltiples hábitos orales. Estos hallazgos indican que el rendimiento de parafunciones orales es un lugar común en la infancia, los niños más pequeños que presentan un menor número de parafunciones orales que los adolescentes. Los eventos estresantes de la vida están relacionados con un aumento en el rendimiento de múltiples parafunciones orales en niños, pero la tarde no están necesariamente asociados con los hallazgos clínicos de la anamnesis de TTM en la población pediátrica. (19)

1.2.4 Interacción de mecanismos de desgaste

La interacción de mecanismos de desgaste en el complejo oral, muchos eventos potenciales de desgaste se producen todos los días. El grado global de desgaste de los dientes está en relación a la fisiológica cronológica del diente. Es evidente, como ya se mencionó, que el desgaste dental es un proceso multifactorial complejo y en la mayoría de los individuos, el desgaste es debido a la interacción de muchos factores y mecanismos diferentes. (30)

Es de particular interés la erosión en la aceleración del desgaste de los dientes. El ablandamiento de las superficies de esmalte y dentina por ataques erosivos del ácido hace que la superficie extremadamente susceptible a ataques mecánicos. La Abfracción es también un ejemplo de la interacción entre los mecanismos de desgaste, donde la abrasión y la erosión pueden combinarse con la carga cíclica y producir un efecto global de desgaste. (7)

1.3 Características clínicas del bruxismo

La tasa de progresión en este estudio a lo largo de 12 meses el desgaste de los dientes que hemos observado es comparable a los resultados de otros estudios. Lambrechts et al. [1989] informe significa desgaste anual de 38 micras para los molares y 18 micras para premolares, Pintado et al. [1997] informó de la media (SD) llevar más de 1 año de 12,3 micras (32,8) para bruxistas y 9,7 m (12,8) para los no bruxistas, y Bartlett et al. [1997] informó de la mediana (IQR) de desgaste de 36,5 m bruxistas, y Bartlett et al. [1997] informó de la mediana (IQR) de desgaste de 36,5 m (17,6 a 108,2) para el grupo experimental ex con diente de desgaste en comparación con 3,7 m (0,5 a 15,8) para los controles.

En un estudio de incidencia en 20 sub Jects de más de 18 meses utilizando modelos de estudio, Johansson et al. [1993] informó de que la progresión de desgaste de los dientes era lento y que de 540 dientes evaluados, solamente 70 (13%) mostraron signos de desgaste durante el periodo de estudio; los autores informaron que la progresión del desgaste de los dientes no fue diferente entre los diferentes grupos de dientes.

Hubo una tendencia estadística hacia la progresión de desgaste de los dientes asociado con factores de riesgo gástrico, pero los pequeños de tamaño PLE mues- conclusiones definitivas limitados; esto sugiere que los sujetos que informaron síntomas gástricos deben ser objeto de seguimiento con precaución. Los molares superiores e inferiores y los dientes anteriores superiores fueron los dientes más comúnmente afectadas. Los molares inferiores y los incisivos centrales superiores fueron los dientes más gravemente afectados. (15).

1.3.1 Tipos de bruxismo

Se reconocen varias modalidades de clasificación, la más importante y fundamentada de manera científica es la postulada por Ramfjord y Ash en bruxismo céntrico y excéntrico, diurno y nocturno, aseguran que el predominio de uno o de otro depende de la ubicación de las interferencias oclusales al actuar como factores desencadenantes de los movimientos no funcionales del maxilar. Aunque Díaz Rebolledo et al, enfatiza características específicas para cada tipo de expresión, en el bruxismo céntrico predomina el apretamiento de los dientes, menor desgaste dentario, limitado solo a la cara oclusal, de¹¹⁷ preferencia en las noches y con menor afectación muscular, mientras que al excéntrico lo¹¹⁶ caracteriza el rechinamiento con frotamiento de los dientes, en las noches, mayor desgaste dentario, con áreas que sobrepasan la cara oclusal y menor afectación muscular.

1.3.2 Tratamiento del bruxismo

A pesar de numerosos informes de casos, la evidencia para el tratamiento del bruxismo es todavía baja. Se han aplicado diferentes modalidades de tratamiento (técnicas de⁷ comportamiento, dispositivos intraorales, medicamentos y estimulación eléctrica contingente). Se necesita una evaluación clínica para diferenciar entre el bruxismo despierto y bruxismo del sueño y descartar cualquier trastorno médico o medicamento que podría estar detrás de su apariencia (bruxismo secundario). Se requiere una polisomnografía sólo en unos pocos casos de bruxismo del sueño, sobre todo cuando las comorbilidades del sueño están presentes. (20)

Asesoramiento con respecto a la higiene del sueño, modificación hábito del sueño, y las técnicas de relajación se ha sugerido como el primer paso en la intervención terapéutica, y en general se considera que no es perjudicial, a pesar de la baja eficacia alguna de las pruebas. Las férulas oclusales tienen éxito en la prevención del daño dental y sonidos de molienda asociados con bruxismo del sueño, pero sus efectos en la reducción electromiográfica (EMG) son eventos

transitorios. En los pacientes con comorbilidades psiquiátricas y trastornos del sueño, el uso agudo de clonazepam en la noche ha sido reportado para mejorar el bruxismo del sueño. (10)

1.3.3 Patrones de desgaste en dientes primarios

Muchas personas aprietan sus dientes durante situaciones de estrés mental, y desde tiempos históricos, esta “actividad masticatoria sin función nutricional” ha sido un reto para la investigación. La razón y el mecanismo detrás de bruxismo diurno todavía son ampliamente desconocidos, ya que son muchos los factores sobre el bruxismo del sueño, donde se asocia al sueño visual o los movimientos oculares rápidos fases.

El bruxismo pesado es frecuentemente seguido por una variedad de síntomas tales como trastorno temporomandibular (TTM), sensibilidad muscular, dolor de cabeza, etc., y en la dentición por desgaste, es decir, facetas dentales. Sin embargo, el desgaste dental es un proceso multifactorial, incluyendo aspectos dietéticos, tipo de diente y la calidad del tejido; pero en denticiones modernas, rectificado de dientes / bruxismo, se mantiene como una de las contribuciones más importantes en la pérdida de esmalte. “Afilado” de los dientes puede haber algún significado evolutivo, pero en la odontología moderna, se sostiene más bien como una problemática.

Los resultados sugieren que los patrones de desgaste del funcionamiento mental y los dientes están asociados a una edad temprana. Además, existe una diferencia clara entre el CI de niños y niñas y en los que tienen orientaciones asimétricas de desgaste. CI medios están en el mismo nivel en los que tienen desgaste simétrico y sin desgaste. Únicas diferencias entre los seguidores del lado “izquierda” y “derecha”, en las niñas entran en el nivel de significación estadística. (9)

1.3.4 Interferencias oclusales

La relación entre el bruxismo y la oclusión es uno de los temas de la odontología que ha recibido mucha atención, pero ha permanecido poco

conocida. Teniendo en cuenta, el bruxismo se piensa comúnmente que ser causalmente relacionada con desviaciones en la oclusión dental y la articulación, y muchas generaciones de dentistas han sido educados en los recovecos de la mordedura utilizando libros de texto tales como 'oclusión' por Ramfjord y Ash (1). En el libro de Ramfjord y Ash (1), una doble etiología para el bruxismo se presenta, que incluye tanto las interferencias oclusales y estrés, pero en el que también se afirma que para eliminar el bruxismo, el dentista debe o bien disminuir el umbral. (21)

La irritabilidad neuromuscular modo que la interferencia oclusal del paciente no acciona el bruxismo, o eliminar suficiente interferencia oclusal de modo que la irritabilidad puede ser tolerada por el sistema neuromuscular del paciente'. Como consecuencia, durante muchas décadas, el tratamiento del bruxismo fue, por tanto, se centró en la remodelación de la mordedura para lograr una oclusión y articulación que estaban libres de desviaciones e interferencias. A pesar de los grandes esfuerzos para optimizar los tratamientos oclusales, sin embargo, la profesión dental siguió luchando con la gestión eficaz del bruxismo, lo que abre las mentes de los dentistas la posibilidad de otros factores que juegan un papel importante en la etiología del bruxismo. Por ejemplo, los factores psicosociales como el estrés. (14)(22)

1.3.5 Rehabilitación protésica de en pacientes parcialmente desdentados

El propósito de este estudio fue informar sobre los resultados en la gestión del tratamiento de los pacientes parcialmente desdentados con desgaste dental severo, los cuales se sometieron a protocolos de rehabilitación protésica los cuales formaron parte de este estudio de tipo observacional. Se utilizaron en una fase previa férulas y prótesis provisionales durante 6 meses a la rehabilitación definitiva.

Se sometió a estudio a 42 pacientes (33 hombres y 9 mujeres), con una media de 62 años, en los cuales no se observó relación estadística entre el desgaste y el tipo de prótesis utilizada. (16)

1.3.6 Pacientes con implantes y bruxismo

En un estudio de 379 pacientes que habían usado prótesis sobre implantes durante muchos años, el desgaste oclusal no tenía impacto estadísticamente significativo sobre la pérdida ósea alrededor del implante verticales. Se presupone que el desgaste oclusal estaba estrechamente relacionado con el bruxismo, y por lo tanto no parecía bruxismo ser un factor de riesgo para las variables examinadas. El desgaste dental no representa el estado real de bruxismo / corriente. Hay que subrayar, por supuesto, que el bruxismo no es la única causa del desgaste de los dientes y de hecho no es un factor importante. (13)

JUSTIFICACIÓN

Para poder ofrecer el mejor tratamiento en un paciente es necesario conocer la mejor opción terapéutica disponible para cada tipo de bruxismo, por lo que es necesaria la evaluación de dichos tratamientos en los pacientes militares en activo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El bruxismo es una patología que encuentra, de acuerdo a la OMS, entre las condiciones orales más frecuentes. En el medio militar se ha determinado en diversos estudios que el bruxismo es un problema de salud debido a que el personal está sometido a una rutina de estrés mayor debido a actividades como orden de operaciones y misiones que conllevan al padecimiento del mismo. Por ello es importante elegir el mejor tratamiento para los diferentes tipos de bruxismo en el personal de militares activos que acuden a la especialidad de prótesis bucal del CEMENAV

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las características clínicas y los tratamientos utilizados en pacientes con bruxismo en el CEMANAV en el periodo comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2019?

HIPÓTESIS

El uso de guardas oclusales corresponderá en conjunto con una rehabilitación protésica y/o tratamiento farmacológico al tratamiento en el tratamiento para el bruxismo en pacientes que acuden a la especialidad de prótesis bucal del CEMENAV.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir los tratamientos utilizados en pacientes con bruxismo que acuden a la especialidad de Prótesis Bucal del CEMENAV.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los diferentes tratamientos (farmacológico y no farmacológico) para el bruxismo que padecen los pacientes que acuden a la especialidad de Prótesis Bucal del CEMENAV

Describir los tipos de rehabilitación protésica que se llevaron a cabo en pacientes con bruxismo en CEMENAV .

DISEÑO DEL ESTUDIO

A. TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo, observacional y transversal

B. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

Se llevará a cabo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020

Sede hospitalaria Centro Médico Naval, Ciudad de México

C. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La muestra se tomará a conveniencia con todos los pacientes diagnosticados con bruxismo, tratados en el CEMENAV del 01 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019.

D. TIPO DE MUESTREO

Se tomara el total de los pacientes con diagnóstico de Bruxismo y uso de guarda oclusal tratados en CEMENAV del 01 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2020.

E. CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El calculo de la muestra se hará a conveniencia de todos los pacientes con diagnóstico de Bruxismo que acuden a la Especialidad de Prótesis en CEMENAV del 01 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

F. INCLUSIÓN

Pacientes hombres y mujeres militares activos y derechohabiente
Mayores de 18 años
Que cuenten con el diagnóstico de Bruxismo
Que hayan sido tratados en el CEMENAV

G. EXCLUSIÓN

Pacientes diagnosticados con Bruxismo que no acudieron a su valoración final
Expedientes incompletos.

H. NO INCLUSIÓN

Pacientes portadores de prótesis fija o removible previa.

I. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

No.	Variable	Naturaleza	Unidad de medida	Interrelación	Indicador
1	Ferulaoclusal	cualitativa	-	independiente	1: Si usa 0: No usa
2	Tratamiento del bruxismo	cualitativa	Paliativo protésico	Independiente	1=presente 0=ausente
3	Resolución del tratamiento	cualitativa	Férulas oclusales Farmacoterapia	Dependiente	2= si 1= no 0= remisión
4	Interconsulta psicología/psiquiatria	cuantitativa	-Ansiedad -Depresion	dependiente	2: ansiedad 1: depresión 0: Ninguna
5	Derechohabiencia	Cualitativa	-Militar -Derechohabiente	Independiente	1: Mil 0: DH
6	Hallazgos dentales	cualitativa			2: Atricion 1: Abfracción 0: Erosión
7	edad	cuantitativa	años	Independientes	Años cumplidos
8	género	cualitativa	- Masc - fem	independiente	1: masculino 2; femenino

J. DISEÑO ESTADÍSTICO

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO O INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se utilizará estadística descriptiva basada en frecuencias, porcentajes y medias, valorándose las variables, se realizará el estudio analítico, utilizándose el software SSPS para el análisis estadístico y presentación gráfica. Serán utilizadas medidas de tendencia central.

K. MATERIAL Y MÉTODOS

El expediente clínico odontológico electrónico (his) establecido en este nosocomio servirá de plataforma para este estudio, consistiendo en lo siguiente:

- Se analizará la nota odontológica de pacientes, los cuales fueron diagnosticados con bruxismo un año previo a la redacción de este protocolo, (estudio retrospectivo), con el fin de conocer el tipo de tratamiento que se siguió, si el paciente fue subsecuente, si se dio de alta y si se lograron resultados terapéuticos positivos para el paciente con uso de guarda oclusal y/o farmacoterapia.

- Se realizará revisión de la literatura y en base a los tratamientos para el bruxismo se emitirán recomendaciones basados en evidencia, para describir si hubo mejoría clínica en el tratamiento del Bruxismo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En apego al artículo 32 de la Declaración de Helsinki en su 64ª Asamblea General, realizada en Fortaleza, Brasil en octubre de 2013, es decir, la investigación solo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Representa un diseño de tipo observacional y exclusivamente retrospectivo en el que se llevara a cabo análisis de bases de datos o expedientes clínicos.

No hay riesgo inherente para ningún individuo en el desarrollo o análisis del mismo, atendiendo a la protección de los derechos y bienestar de los participantes.

Se respeta el anonimato y confidencialidad de la información obtenida

Solo se llevará a cabo la recolección de información pertinente para cumplir el objetivo

principal de estudio y NO negativo se utilizará o almacenará información adicional

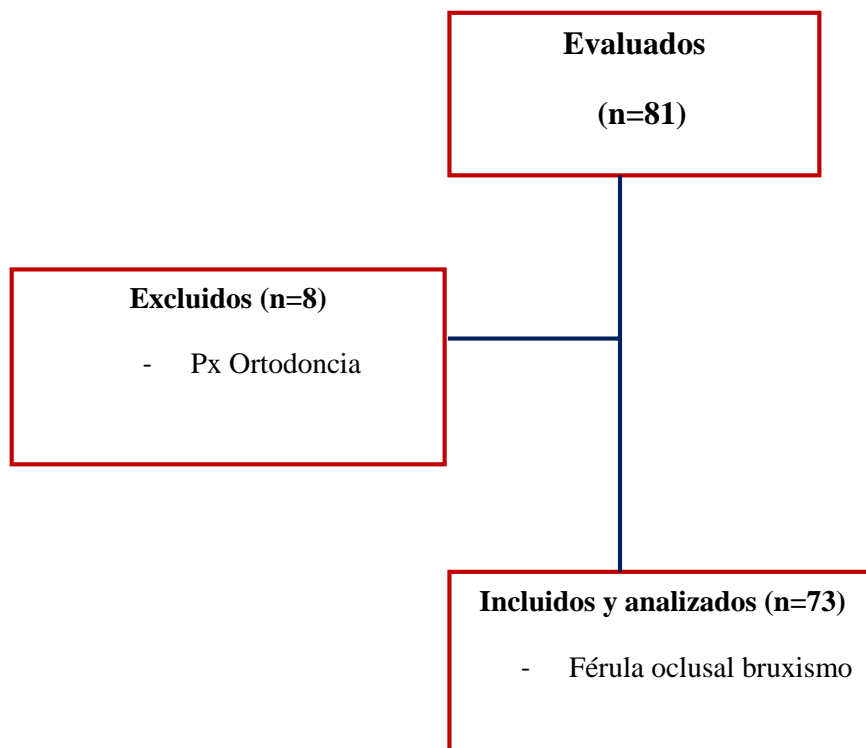
Anexo a éste documento la carta compromiso de confidencialidad para el uso de datos.

RESULTADOS

Análisis estadístico de la relación entre el uso de férulas y el tipo de tratamiento con relación a la progresión del paciente o rehabilitación protésica.

Se obtuvieron datos de 81 pacientes, de los cuales fueron excluidos 08 pacientes debido a que el tratamiento con férula oclusal se prescribió por la Especialidad de Ortodoncia y no eran de relevancia para éste estudio. Del total incluido la mediana de edad fue de 40.00 años y una desviación estándar de 18.058.

En el diagrama siguiente se muestra la selección de pacientes de acuerdo a sus características y criterios de inclusión.



De acuerdo al tipo de seguridad social, los valores reflejaron una frecuencia de 47 y un porcentaje de 64.4 % en el caso de pacientes derechohabientes atendidos en la especialidad de prótesis bucal, mientras que el resto de la población corresponde a militares en activo.

El sexo predominante fue el sexo femenino con un total de 48, el cual representa el 65.8% de la población total.

Los hallazgos clínicos de acuerdo a éste estudio el dato más frecuente es “fracturas” con un valor de 16 y un porcentaje de 21.9, en contraparte con el menos frecuente, los trastornos de ATM con un valor de 4 y un porcentaje de 5.5%.

Hallazgos relacionados a bruxismo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Atrición	2	2.7
	Fracturas	16	21.9
	Atrición/fracturas	9	12.3
	Trastornos de ATM	4	5.5
	Abfracciones	7	9.6
	Total	38	52.1
	Perdidos en sistema	35	47.9
	Total	73	100.0

Posterior al uso prolongado de férula oclusal, se logró una rehabilitación protésica en 27 pacientes de un total de 73, mientras que en el resto de la población no se realizó la rehabilitación antes mencionada, por diversos factores; como el no seguimiento por parte de los pacientes etc.

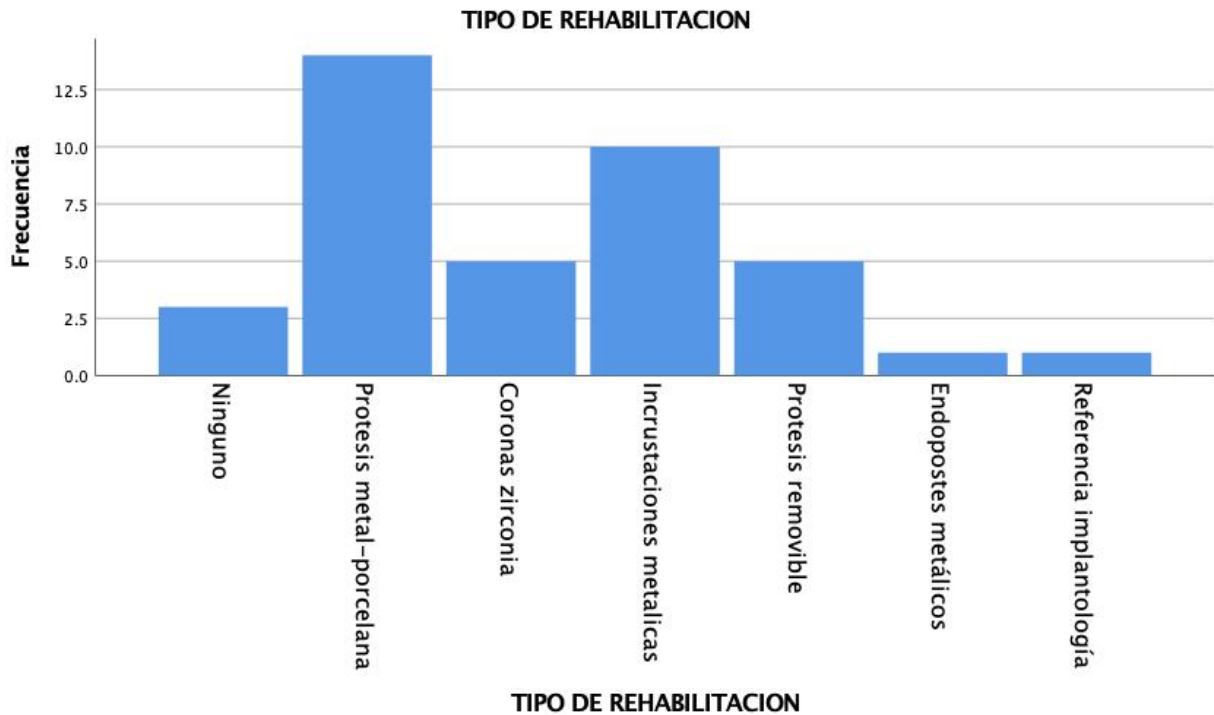
Rehabilitación protésica

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	45	61.6
	Si	27	37.0
	Total	72	98,6
	Perdidos en sistema	1	1.4
	Total	73	100.0

Respecto a la variable “tipo de rehabilitación”, las prótesis M-P fueron el tratamiento de elección en pacientes bruxomanos con una frecuencia de 14 y un porcentaje de 19.2.

Tipo de rehabilitación

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	3	4.1
	Prótesis M-P	14	19.2
	Corona zirconia	5	6.8
	Incrustaciones metálicas	10	13.7
	Prótesis removible	5	6.8
	endopostes	1	1.4
	Referencia implantología	1	1.4
	Total	39	53.4
Perdidos en sistema		34	46.6
Total		73	100.0



De la muestra incluida, que corresponde a pacientes con bruxismo, se exploró la posibilidad de presentar de manera concomitante con a este padecimiento ansiedad y depresión, como factores que agraven el tratamiento y respuesta al mismo.

Presencia de trastorno de ansiedad o depresión

	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	3	4.1
Depresión	9	12.3
Total	12	16.4
Total	73	100.0

Con respecto al uso de tratamiento farmacológico se encontró que tanto porcentaje de pacientes tenía prescrito algún fármaco (antidepresivos, ansiolíticos) para el control del bruxismo.

Uso de tratamiento farmacológico

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	59	80.8
	Si	13	17.8
	Total	72	98.6
Perdidos en sistema		1	1.4
Total		73	100.0

Cuando se realizó la comparación entre el grupo de pacientes que lograron tener rehabilitación protésica tomando en consideración el uso de tratamiento farmacológico, se encontró diferencia estadísticamente significativa, por lo que es posible asumir que el uso de tratamiento farmacológico influye en alcanzar una rehabilitación protésica posterior al uso de guarda oclusal.

Tabla cruzada txfarmano_0txfarmasi_1*

Recuento	Rehabilitación protésica		Total
	No	Si	
txfarmano_0txfarmasi_1 0	32	26	58
1	12	1	13
Total	44	27	71

Con una p de 0.13 (prueba estadística realizada Chi cuadrada).

DISCUSION

La muestra fue de 81 pacientes de los cuales, 73 fueron válidos para las variables de este estudio. De los 81 pacientes, 73 de ellos (90.1%) usaron férula durante algún momento del tratamiento, mientras que 08 pacientes se les prescribió la férula oclusal posterior al tratamiento de ortodoncia, la frecuencia en pacientes femeninos con diagnóstico de bruxismo fue mayor respecto a los hombres, sin embargo diversos estudios concluyen que el bruxismo no tiene una predilección importante respecto al sexo, pero si por la edad adulta, lo que coincide con nuestros resultados (media de edad= 40).

El manejo protésico se dio en pacientes a los cuales se les prescribió férula oclusal y se observó mejoría clínica, es decir (el daño dental no continuó, ya que el bruxismo como parafunción, sin tener un tratamiento adecuado, se traduce en el fracaso de las restauraciones que se indican en el análisis estadístico como las incrustaciones metálicas, las coronas de zirconia, prótesis removible etc.

El tratamiento farmacológico como antidepresivos en el caso de pacientes con interconsulta a psiquiatría y/o psicología o bien el uso de antiinflamatorios prescritos para problemas articulares debido a bruxismo influyó significativamente en conjunto con la rehabilitación protésica para el tratamiento del bruxismo.

CONCLUSIONES

El bruxismo como parafunción es una entidad compleja, ya que representa un problema no solo dental, sin olvidar la influencia de padecimientos como depresión y ansiedad, los cuales pueden anteceder o suceder, incluso aparecer durante episodios de bruxismo o apretamiento dental.

Actividades cotidianas como la ocupación representan una prevalencia mayor al padecimiento de este trastorno estomatognático, que si bien tiene un tratamiento diverso, como farmatoterapia o manejo protésico el cual es decisivo desde para evaluar las condiciones dentales y seleccionar el material odontológico a utilizar en una rehabilitación protésica. Desde el punto de vista integral la especialidad de prótesis representa una parte importante en el manejo del bruxismo, debido a la localización inicial de un problema de salud o trastorno psicológico, debido a hallazgos clínicos que nos puedan sugerir una las condiciones en las que el paciente se encuentra en un momento determinado (estrés, hábitos parafuncionales, depresión, problemas de la ATM ETC).

La derechohabencia y los militares en el activo y demás personal que es atendido en este nosocomio en la especialidad de Prótesis bucal son parte de una población que diversa, que tiene un comportamiento variable y que es nuestra función como protésistas en el campo de la salud, proyectar un tratamiento en donde exista una patología como el bruxismo.

PERSPECTIVAS Y RECOMENDACIONES

En base a los resultados generados en este trabajo de tesis, se propone como solución, el llenado de la historia clínica electrónica en el sistema His de este nosocomio, verificar la población militar que cuenta con bruxismo así como la derechohabencia en general que acude a la especialidad de; prótesis, y tener una mayor población de estudio con el fin de dar observancia a los problemas bucodentales de nuestros pacientes mejorando la calidad de vida de los mismos, conocer que tratamientos protésicos se asignan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juan Fernando Varela Orduz, Rocío del Pilar Marulanda Corredor. (2 (Julio- Diciembre), 2018,). Bruxismo una enfermedad de altura. Dialnet, 13, 18-27.
2. F. LOBBEZOO J. VAN DER ZAAG M. NAEIJE. (11 de abril de 2006). Bruxismo: sus múltiples causas y sus efectos sobre los implantes dentales: una revisión actualizada. Wiley Online Library, 33, 293-300.
3. Philip Riley ,Anne-Marie Glenny, Helen V. Worthington, Elisabet Jacobsen , Clare Robertson , Justin Durham, Stephen Davies , Helen Petersen, Dwayne Boyers. (14 febrero 2020). Férulas orales para el trastorno temporomandibular o bruxismo: una revisión sistemática. University of Aberdeen, 228, 191-197
4. Daniel R Relssmann, Mike T John, Annette Aigner, Gerhard Schon, Ira Sierwald, Eric L. Schiffman. (Octubre, 2017). La interacción entre el bruxismo despierto y durante el sueño se asocia con una mayor presencia de trastorno temporomandibular doloroso. 24/01/2021, de ResearchGate Sitio web: https://www.researchgate.net/publication/320207170_Interaction_Between_Awake_and_Sleep_Bruxism_Is_Associated_with_Increased_Presence_of_Painful_Temporomandibular_Disorder
5. Donald B. Mikami D.DS, M.Ed.. (Abril, 1777). Una revisión de los aspectos psicógenos y el tratamiento del bruxismo. ELSEVIER, 37, 411-419.
6. Philip Riley, Anne-Marie Glenny, Helen V Worthington, Elisabet Jacobsen, Clare Robertson, Justin Durham, Stephen Davies, Helen Petersen, Dwayne Boyers. (Febrero, 2020). Férulas orales para pacientes con trastornos temporomandibulares o bruxismo: revisión sistemática y evaluación económica. PubMed, 24, 1-224.
7. S Varalakshmi Reddy, M Praveen Kumar, D Sravanthi, Abdul Habeeb Bin Mohsin, A. Venkata Anuhya. (Noviembre, 2014). Bruxismo: una revisión de la literatura. Revista de salud bucal internacional, 6, 105-109.
8. Tim J. Dylina. (November, 2001). A common – sense approach to splint therepy. THE Journal of Prosthetic Dentistry, 86, 539-545.
9. Kenia Felicíssimo, Cristina M. Quintella, Juliana Stuginski, Cristina Salles, Flora Rangel Oliveira, Leandro de Oliveira Barreto. (2018 julio). Patentes relacionadas con el tratamiento y diagnóstico del bruxismo. PubMed, 28, 561-571..
10. Manfredini D, Serra-Negra J, Carboncini F, Lobbezoo F. (2017). Conceptos actuales del bruxismo. Ciencia y Educacion, 30, 437-438.
11. Beddls H., Pemberton M. (28/09/2018). Sleep Bruxism. Overview for clinicians, 225, 6. 25/01/2021, De British Dental Journal Base de datos.
12. GouwSimone, Wijer A. (2017). Systematic review and notwork. Bruxism, 30, 2. 25/01/2021, De Bruxism Base de datos.
13. Antoon De Laat, Guido M Macaluso. (Enero, 2002). El bruxismo del sueño como trastorno motor. Trastornos del movimiento, 17, 67-69. 25/01/2021, De PubMed Base de datos.
14. F Lobbezoo, J Ahlberg, AG Glaros, T Kato, K Koyano, GJ Lavigne, R de Leeuw, D Manfredini, P. Svensson, E Winocur. (04/11/2012). Bruxismo definido y clasificado: un consenso internacional. Biblioteca Nacional de Medicina, 40, 2-4. 25/01/2021, De PubMed Base de datos.
15. K. G. RAPHAEL* , V. SANTIAGO* , and F. LOBBEZOO. (October, 2016). Isbruxism a disorder or a behaviour? Rethinking the international consensus on defining and grading of bruxism. HHS Public Access, 43, 791–798. 25/01/2021, De J Oral Rehabil. Base de datos.

16. MR Patel MD, Lynn Bassini MA, OTR . (enero de 1992,). Dedos en gatillo y pulgar: cuándo entablillar, inyectar u operar. ELSEVIER, 17, 110-113. 25/01/2021, De ScienceDirec Base de datos.
17. Angelo V. Vasiliadis. (2017). Dedo en gatillo: un fenómeno médico atraumático. The Journal of Hand Surgery, 22, 188-193. 25/01/2021, De World Scientific Base de datos.
18. Michael David, Madhav Rangaraju, Andrew Raine. (30 de noviembre de 2017). Activación adquirida de los dedos y el pulgar en adultos. BJM, 5285, 359. 25/01/2021, De thebjm Base de datos.
19. Daniel McKee, Maryland, JanLalonde, RN, Don Lalonde, Maryland. (21/11/2019). ¿Cuántos dedos en gatillo se resuelven espontáneamente sin ningún tratamiento?.CirugiaPlastica, 26, 52-54. 25/11/2021, De SAGE JOURNALS Base de datos.
20. Wendy Kar Yee Ng, Neil Olmscheid, Kellen Worhacz, Debra Sietsema, Scott Edwards. (Mayo 2020). Resultados de la inyección de esteroides y la liberación del dedo en gatillo abierto: una revisión retrospectiva de 999 dígitos. Biblioteca Nacional de Medicina, 15, 399-406. 25/01/2021, De PubMed Base de datos.
21. Kevin J Shultz, Janae L Kittinger, Wendy L Czerwinski, Robert A. Weber. (Octubre de 2018). Resultados del tratamiento con corticosteroides para el dedo en gatillo por etapa. Biblioteca Nacional de Medicina, 142, 983-990. 25/01/2021, De PubMed Base de datos.
22. Hageman MG ,Döring AC, Escupir SA , Guitton TG, Anillo de David Yawkey Center, Massachusetts General Hospital, Boston, Estados Unidos. Buscar artículos por 'David Ring' Anillo D . (30 de septiembre de 2016). Evaluación del conflicto de decisiones sobre el tratamiento del dedo en gatillo, comparación de pacientes y médicos.. EUROPE PMC, 4, 353-358 . 25/01/2021, De <https://europepmc.org/article/MED/27847849> #abstract Base de datos.
23. John A. Ogden, MD; Anna Tóth-Kischkat, PhD; and Reiner Schultheiss,. (Junio, 2001). Principles of Shock Wave Therapy. CLINICAL ORTHOPAEDICS AND RELATED RESEARCH, 387, 8–17. 25/01/2021, De Principles of Shock Wave Therapy 1 Base de datos.
24. Ogden, John A. MD *; Tóth-Kischkat, Anna PhD **; Schultheiss, Reiner PhD. (Junio, 2001). Principios de la terapia de ondas de choque..Current Orthopaedic Practice, 387, 8-17. 25/01/2021, De A review and research journal Base de datos.
25. Johannes Zwerver, Charlotte Waugh, Henk van der Worp, and Alex Scott. (2016). A systematic review of shock wave therapies in soft tissue conditions: focusing on the evidence. Cambridge Centre for Health and Performance, Vision Park, Histon, Cambridge, UK. Center for Sports Medicine, University of Groningen, 275, 275-281. 25/01/2021, De Center for Sports Medicine, University of Groningen Base de datos
26. Christine A Moran. (1 de diciembre de 1989). Anatomía de la mano. Physical Therapy , 69, 1007–1013. 25/01/2021, De OXFORD ACADEMIC Base de datos.
27. Paul E. Klopsteg, ChairmanRufus H. Alldredge Howard D. Eberhart Robert R. McMath C. Leslie Mitchell Craig L. Taylor T. Campbell Thompson Philip D. Wilson. (Mayo 1955). Artificial Limbs. ADVISORY COMMITTEE on ARTIFICIAL LIMBS, 2, 1-108. 25/01/2021, De Nationa l Academ y of Sciences National Research Council Base de datos.
28. Jose Luis Andreu, Teresa Oton MD, Lucia Silvia Fernandez MD, Jesus Sanz MD. (Febrero 2011). Dolor de mano distinto del síndrome del túnel carpiano (STC): el papel de los factores ocupacionales. ELSEVIER, 25, 31-42. 25/01/2021, De ScienceDirect Base de datos.
29. Keith L. Moore, Arthur F. Dailey, Anne M.R Agur. (2013). Moore Anatomia con orientacionclinica 7a edicion. Academia.edu, 8, 1-1331. 25/01/2021, De Moore Anatomia con orientacionclinica 7a edicion Base de datos.

30. Mendoza, Juan Camilo; Ortiz, Fernando; Rincon, Monica. (2016). Texto de medicina fisica y rehabilitacion. Medicina, Fisica y Rehabilitacion, 13, 1-797. 25/01/2021, De agapea.com Base de datos.

Access this Article in Online	
	Website: www.ijarm.com
	Subject: Medical Sciences
Quick Response Code	
DOI: 10.22192/ijamr.2021.08.01.007	

How to cite this article:

TTE CORB SSN CD ROBERTO MEJIA JIMENEZ, TTE FRAG SSN CD PROT. BUC. DORYS GOMEZ CRUZ, TTE NAV SSN CD PROT. BUC. MARISOL GARRIDO SANDOVAL. (2021). EVALUACION DE LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS PARA EL BRUXISMO EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA ESPECIALIDAD DE PROTESIS BUCAL EN CEMENAV. Int. J. Adv. Multidiscip. Res. 8(1): 87-107.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22192/ijamr.2021.08.01.007>