



# Bruxismo en la infancia, causas y orientación terapéutica

J. Fleta Zaragoza

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria  
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza



## Resumen

Se define el concepto de bruxismo, en sus distintas acepciones, se enumeran las posibles causas, sobre todo, las relacionadas con el sueño y se muestra la prevalencia y los aspectos clínicos de esta entidad. Finalmente, se revisa el tratamiento, especialmente en los niños.

## Abstract

*The concept of bruxism is defined, in its different meanings, the possible causes, especially those related to sleep, are listed and the prevalence and clinical aspects of this entity are shown. Treatment is finally reviewed, especially in children.*

**Palabras clave:** Bruxismo; Rechinar de dientes; Parasomnia.

**Key words:** *Bruxism; Teeth grinding; Parasomnia.*

*Pediatr Integral 2017; XXI (7): 486.e1–486.e3*

## Concepto

Se define el bruxismo como una parafunción donde la mandíbula realiza movimientos no funcionales durante el día y/o la noche de forma voluntaria o involuntaria. En estos movimientos siempre están involucrados los dientes, que se ponen en contacto con sus antagonistas produciendo un apretamiento o rechinar característicos, aumentando la atrición y abrasión en el caso de dentición temporal.

Es muy común encontrar diferentes términos relativos al acto de rechinar y apretar los dientes y algunos de ellos se utilizan erróneamente

como sinónimos. Tal es el caso de: bruxismo, bruxismo en céntrica, bruxismo en excéntrica, bruxismo nocturno, bruxismo diurno, bruxomanía, parafunción, apretamiento dentario, rechinar dentario, parasomnia y algunos otros<sup>(1)</sup>.

Con frecuencia el pediatra, en cuanto detectaba bruxismo ocasional en un niño, lo relacionaba de inmediato con una parasitosis intestinal; sin embargo, apenas existen trabajos que demuestren su relación e incluso, algunos de ellos, con resultados controvertidos. Por ello, consideramos de interés realizar esta breve revisión del tema.

## Clasificación

Se subclasifica como bruxismo primario y secundario. El bruxismo primario o idiopático corresponde al apretamiento diurno y al producido durante el sueño, cuando no se reconocen otros problemas o causas médicas. El bruxismo secundario, también denominado iatrogénico, corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y a la administración de drogas.

Se puede manifestar durante el día o durante la noche; de ahí la denominación de bruxismo diurno y de bruxismo nocturno. Es por esto importante señar

lar que en el diagnóstico de bruxismo, se deben especificar las circunstancias, el tipo o clase, ya que el bruxismo nocturno, como una parasomnia, corresponde a una entidad que debe ser tratada de diferente manera al bruxismo diurno<sup>(2)</sup>.

## Etiopatogenia

La etiología del bruxismo todavía no es bien conocida. Muchas teorías etiológicas se han descrito para explicar su aparición; sin embargo, la mayoría sugiere que se debe a múltiples factores involucrados. Los factores más relevantes relacionados con el bruxismo infantil se describen a continuación<sup>(1,2)</sup>.

### Factores odontológicos

Se consideran factores precipitantes del bruxismo: las malaoclusiones esqueléticas, otras alteraciones oclusales y las restauraciones defectuosas, aunque existen discrepancias en los hallazgos de los trabajos de diferentes autores.

### Factores psicológicos

Algunos autores consideran que el bruxismo sería una respuesta a problemas personales no resueltos o bien a la imposibilidad de expresar sentimientos de ansiedad, odio y agresividad. En la actualidad, se admite que la tensión emocional, la ansiedad y el estrés son factores importantes en la etiología del bruxismo. Este extremo ha podido ser demostrado en adolescentes, no así en niños pequeños, sobre los cuales existen desacuerdos. No obstante, Vandas et al demostraron, en una larga serie de niños entre 6 y 8 años de edad, que el bruxismo estaba relacionado con la ansiedad, midiendo las concentraciones de catecolaminas en orina<sup>(3)</sup>. El estado socioeconómico y el nivel cultural también han sido relacionados con el bruxismo, aunque sin lograr resultados concluyentes<sup>(4)</sup>.

### Factores relacionados con el sueño

Para muchos autores, el bruxismo nocturno es una parasomnia, es decir una situación psíquica indeseable que ocurre durante el sueño, relacionado con distintos grados del despertar. Este desorden estaría mediado centralmente y precipitado por el estrés emocional. La

característica común de las parasomnias es la asociación con patrones anormales de sueño y algunas pueden ocurrir simultáneamente, como sonambulismo y terrores nocturnos. Cabe destacar que las parasomnias en la niñez, representan una variación normal en el proceso de maduración del sistema nervioso central y hay que tener en cuenta que si las alteraciones del sueño son frecuentes o persistentes, la causa puede ser un trauma psicológico<sup>(5,6)</sup>.

### Factores genéticos

Se sospecha en la posibilidad de la existencia de factores genéticos, ya que se ha encontrado una relación entre el bruxismo con alteraciones musculoesqueléticas y retraso mental. Algunos autores han encontrado una mayor frecuencia de bruxismo en niños cuyos padres habían tenido episodios de estas características en la niñez<sup>(6)</sup>.

### Otros factores

Se ha relacionado el bruxismo con diferentes procesos, como los señalados a continuación: parálisis cerebral, síndrome de Rett (en el 95% de los casos), rinitis, asma y parasitosis intestinal, especialmente por *Enterobius vermicularis*, oxiuro implicado en este proceso, clásicamente. No obstante, trabajos más recientes confirman una correlación inexistente entre las parasitosis y el bruxismo en la infancia<sup>(5,7,8)</sup>.

Otras teorías pretenden demostrar la relación entre el bruxismo con una hiperfunción dopaminérgica, así como la relación con fármacos que liberan dopamina en el sistema nervioso central.

## Prevalencia

Es muy difícil determinar la prevalencia exacta del bruxismo. Existen diversos estudios que muestran resultados no coincidentes, que difieren en

virtud del método empleado para su determinación. Los resultados obtenidos mediante encuestas no coinciden con los resultados obtenidos mediante el examen de las facetas anormales de desgaste en los dientes. Algunos autores han encontrado una prevalencia del 70-80% en la población general y tasas parecidas (78%) en población infantil. Otros hallazgos encuentran unas tasas del 15-90% en población adulta y del 7-88% en niños<sup>(9,10)</sup>.

Otros hallazgos muestran tasas significativamente menores: 8-21% en adultos y 13-26% en niños. Además, la prevalencia es distinta en función del estado de la dentición; en la dentición temporal es de alrededor del 7%, en la mixta aumenta hasta el 22% y después comienza a descender<sup>(2)</sup>.

## Aspectos clínicos

Los síntomas característicos del bruxismo son: un sonido peculiar audible, consciente o inconsciente apretamiento, rechinar, golpeo intermitente (chasquidos) o balanceado de los dientes en céntrica o excéntrica, en momentos diferentes de la deglución y trituración de los alimentos, durante el día y/o la noche.

La sintomatología y las repercusiones van a depender de la resistencia de cada una de las estructuras involucradas y de la duración, frecuencia e intensidad de la actividad bruxista. Aunque las fuerzas del bruxismo pueden transmitirse a las estructuras del sistema masticatorio, algunas de ellas se absorben sin efectos secundarios, mientras que otras pueden provocar alteraciones de diversos grados. Las estructuras que se van a afectar son: los dientes y sus tejidos de sostén, los músculos masticatorios y las articulaciones temporomandibulares. El desgaste de la superficie de los dientes primarios es característico<sup>(2)</sup> (Fig. 1).



**Figura 1.** Desgaste característico de los dientes en el bruxismo infantil. Tomado de Garfias F. 2014. Disponible en: <http://cuspblanc.blogspot.com.es/2014/10/bruxismo-infantil-mi-hijo-rechina-los.html>.

## Tratamiento

El enfoque de tratamiento del bruxismo ha variado de acuerdo con las teorías etiológicas planteadas en el pasado. Hoy, teniendo en cuenta al bruxismo como una actividad parafuncional multifactorial, el tratamiento debe ir enfocado a los factores etiológicos. Esto no es fácil, pues investigar dichos factores es una tarea compleja<sup>(2)</sup>.

El tratamiento del bruxismo en niños debe ser lo menos invasor posible, evitando acciones clínicas y farmacológicas. El tratamiento de primera elección para el bruxismo en niños debe comenzar por una información y educación a los padres y al niño. Hay que tener en cuenta los factores psicológicos a la hora de afrontar el tratamiento en niños, el nerviosismo, la irritabilidad y situaciones de tensión pueden aclarar la presentación de este cuadro e iniciar la terapia pertinente.

En casos de bruxismo persistente, el papel del odontólogo es fundamental a la hora de prevenir y reducir los efectos nocivos. Es preciso que, en caso de utilizar aparatos intraorales, haya una perfecta comunicación entre el odontopediatra y el profesional que trate los trastornos temporomandibulares y dolor orofacial, debido a que el manejo que hace el odontopediatra en el niño es de vital importancia para el éxito del tratamiento. Se emplean férulas de goma blanda o férulas acrílicas que ajusten en los dientes del maxilar superior y que sean duras, sobre todo en las caras oclusales. A la larga, estas férulas protegen el sistema masticatorio y disminuyen la carga en la articulación temporomandibular.

En niños que tienen solo la dentición primaria o en los que acaban de erupcionar los primeros molares permanentes y tienen totalmente abrasionadas las coronas de los molares primarios, el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la dimensión vertical.

Si existen casos de interferencias dentarias o malaoclusión, deben ser corregidas. La fisioterapia debe ser reservada para pacientes adultos o adolescentes. No es aconsejable el uso de relajantes musculares.

## Conclusiones

De todo lo expuesto y de acuerdo con Zambra y Rodríguez<sup>(1)</sup> y Vallejo, et al.<sup>(2)</sup>, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- El bruxismo puede ser diurno o nocturno; el nocturno corresponde a un parasomnia.
- El bruxismo en niños alcanza un nivel de presencia similar al del adulto durante la preadolescencia.
- Los factores involucrados en el desarrollo del bruxismo parecen relacionarse con factores genéticos y de estrés.
- No existe un signo patognomónico ni un examen que posea alta sensibilidad diagnóstica.
- El desgaste dentario por sí solo no implica la presencia de bruxismo, así como tampoco la cefalea, el dolor muscular o los ruidos articulares.
- El tratamiento del bruxismo varía en función de la etiología y de la edad.
- El bruxismo infantil no progresa necesariamente a bruxismo en el adulto.

## Bibliografía

1. Zambra RE, Rodríguez CF. Bruxismo. Av Odontostomatol. 2003; 19: 123-30.
2. Vallejo E, González E, Del Castillo R. El bruxismo infantil. Odontol Pediatr. 2002; 3: 135-41.
3. Vandas AP, Menekou M, Quimtzis TH. Urinary catecholamine levels and bruxism in children. J Oral Rehabil. 1999; 2: 103-10.
4. Serra-Negra JM, Ramos Jorge ML, Flores-Mendoza CE, Paiva SM, Pordeus IA. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. Int J Paediatr Dent. 2009; 19: 309-14.
5. Vieira-Andrade RG, Drumond CL, Martins-Júnior PA, et al. Prevalence of sleep bruxism and associated factors in preschool children. Pediatr Dent. 2014; 36: 46-50.
6. Hublin C. Parasomnias: Co-occurrence and genetics. Psychiatr Genet. 2001; 2: 65-70.
7. Tehrani MH, Pestechia N, Yousefi H, Sekhavati H, Attarzadeh H. The correlation between intestinal parasitic infections and bruxism among 3-6 year old children in Isfahan. Dent Res J (Isfahan). 2010; 7: 51-5.
8. Díaz-Serrano KV, Da Silva CB, Albuquerque S, Pereira C, Nelson P. Is there an association between bruxism and intestinal parasitic infestation in children? J Dent Child. 2008; 3: 276-9.
9. Egermark I. A 20 years longitudinal study of subjective symptoms of TMD from childhood to adulthood. Acta Odont Scand. 2001; 1: 40-8.
10. De Oliveira MT, Bittencourt ST, Marcon K, Destro S, Pereira JR. Sleep bruxism and anxiety level in children. Braz Oral Res. 2015; 29: 1-5.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".