

# Bruxismo en la Infancia

Dr. Alberto Gualco \*

## INTRODUCCION

El propósito de este estudio ha sido demostrar el predominio del bruxismo en niños, su importancia clínica, así como también establecer conceptos y fundamentos de diagnóstico.

El material utilizado estuvo constituido por 108 niños, pacientes de la policlínica Odontológica del S.S.FF.AA.

## ETIOLOGIA

Un porcentaje bastante elevado de niños aprieta o frota con persistencia sus dientes durante la noche o el día, fuera de los movimientos de masticación o deglución. La etiología de este fenómeno es compleja.

Nadler (7) opinó que la etiología del bruxismo tanto en niños como en adultos obedece a causas: sistémicas, locales y psicológicas. Siegel (9) observó que el bruxismo se evidencia más en niños espásticos que en niños normales. Mac Bride (6) consideró que pueden encontrarse los signos en niños de edad entre 6 y 8 años, antes de estar en posición los permanentes, y que puede aparecer en forma periódica.

Lindqvist (1 a 5), de 1971 a 1974, ha analizado aspectos de la etiología y frecuencia del bruxismo en niños.

En la etiología del bruxismo se pueden establecer causas generales y locales. En la mayoría de los casos ambas están presentes.

CUADRO I  
Etiología del Bruxismo

Causas Generales	Neurológicas	(1)
	Psicológicas	(2)
Causas Locales	Inarmonías oclusales	(3)

Dentro de los casos de bruxismo por **causas neurológicas**, se encuentran todos los que están acompañados de lesión cerebral, establecida desde el punto de vista anatomopatológico, como la parálisis cerebral (espástica o no), epilepsia, etc. De ellos se puede concluir, por la intensidad y extensión del desgaste que en ciertos casos abarca casi toda la cara oclusal que está en relación significativa con el grado de retardo mental. Es así que la forma más severa de bruxismo se encuentra por ejemplo en una edad dentaria de 8 a 9 años, con una edad mental de 6 meses, independientemente del cuadro neurológico que presenten. En general hay acuerdo para pensar que el motivo es la poca propiocepción como consecuencia de la inmadurez que presentan.

En cuanto a las **causas psicológicas**, se considera que los trastornos emocionales son causa de bruxismo en adultos, y de acuerdo a nuestra experiencia clínica, creemos que en los niños éstos son también el motivo que más incide en su predominio.

Los niños que lo padecen, cuya etiología es de orden psíquico, se caracterizan casi todos por una hiperactividad física y muscular, que va acompañada de una hiperactividad psíquica: son intranquilos y dispersos. Son inteligentes pero a veces no pueden manejar su inteligencia; parecen estar poseídos de una inquietud que no pueden controlar. Cuando nos encontramos con estos pacientes, es común que en el examen general presenten hipertrofia muscular palpable y en el examen bucal facetas atípicas de desgaste dentario.

Las causas de orden general tanto neurológicas como psicológicas son de importancia primaria en la iniciación del bruxismo.

Respecto a las **causas locales**, existen dos aspectos importantes a tener en cuenta: uno se refiere a las interferencias oclusales y otro a las maloclusiones, en el sentido morfológico.

Lindqvist (1 a 5) comparó un grupo de niños bruxómanos con otro testigo y encontró interferencias oclusales en un 55% de los bruxómanos y sólo en un 29% de los que no lo eran.

Para la edad de 14 años, la interferencia tiene valor significativo. Cuando nos referimos a edades menores de 10 años, la interferencia se hace común a ambos grupos, perdiendo en parte su significación.

\* Tte. Cnel. Odont. (SA). Jefe del Servicio Odontológico de la Fuerza Aérea.

En estas edades, entre los 3 y 10 años, el predominio del bruxismo es mayor y al ser de igual porcentaje en ambos grupos, revela que lo más importante probablemente sea el factor etiológico general.

La interferencia puede llevar a los niños a realizar movimientos mandibulares no funcionales con el fin de eliminarla y se generará bruxismo o no, de acuerdo al desarrollo neurológico.

Respecto a la maloclusión, debemos destacar que hay acuerdo en que no existe relación entre disgnacia y bruxismo pero ésto se basa en trabajos realizados en niños de 11 a 12 años.

Creemos que la maloclusión juega un papel similar a la interferencia. En los casos de mordida profunda, en los niños pequeños de 4 a 5 años, hay una tendencia a bruxar en protusión afectando los bordes incisales, o cerca de la posición céntrica (Clase II-II).

## PREDOMINIO

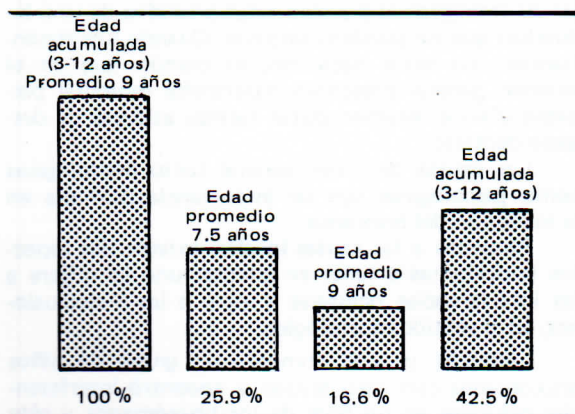
No hay diferencias en cuanto al sexo.

El predominio del bruxismo varía de acuerdo a los diferentes autores, cuyos estudios no son comparables por estar implícitas variables tales como: técnicas empleadas, grupos de niños, distintos medios y épocas, edades (casi todas por encima de los 11 o 12 años).

Lo que hay en común es que todos informaron un porcentaje por encima del 14%. Es así que Reding (8), encontró que de los 3 a los 7 años, un 14% de los niños bruxan y que ese porcentaje decrece hasta un 6.6% a los 12 años. Lindqvist (1 a 5) observó que un 47% de los niños presentaron facetas atípicas de bruxismo.

Nosotros examinamos 108 niños de 3 a 12 años (edad promedio 9 años), hallando bruxismo en el 42.5%.

**CUADRO II**  
Predominio de Bruxismo  
en 108 niños



Veintiocho de ellos (grupo A) tenían bruxismo nocturno (D.5), lo que constituye el 25.9%, porcentaje más alto que el informado por otros autores. En 2 niños del grupo A se pudo notar y comprobar bruxismo diurno.

Se encontraron 18 niños (grupo B) con facetas, pero sin antecedentes de rechimiento nocturno ni diurno. Sin embargo, sus facetas de desgaste por movimientos no funcionales son muestra de bruxismo previo.

El promedio de edad de los niños bruxómanos nocturnos fue de 7.5 años lo que indicaría que el predominio es mayor en esta edad que en edades superiores. Seis de los pertenecientes al grupo A indicaron antecedentes de estudios neurológicos y EEG negativos. En 2 del grupo A se hallaron lesiones (epilepsia). Dos del grupo B con bruxofacetas, presentaron señales de bruxismo en años anteriores.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa fundamentalmente en el interrogatorio y en el examen funcional de la oclusión.

El interrogatorio dirigido a los padres es sumamente importante para la orientación terapéutica. Consiste en dos grupos de preguntas: uno dirigido a establecer los posibles factores ambientales, que pueden influir psicológicamente en el niño en relación a sus vinculaciones con padres, hermanos, maestros, escuela, etc. Otro grupo con objeto de establecer el origen de probables lesiones de orden neurológico: si el parto fue normal, con cesárea, forceps, u otras complicaciones; si tuvo ictericia postparto, calambres o cianosis, traumatismos, epilepsia, dolor de cabeza, etc.

Además del examen de rutina debe realizarse el estudio de las funciones de deglución y respiración y el análisis funcional de la oclusión.

Debe tenerse presente: el grado de apertura bucal, la trayectoria de abre y cierre mandibular, ruidos funcionales de articulación temporo-maxilar y oclusales, palpación muscular y articular, localización de interferencias en céntrica, en las fases laterales y protrusivas, principalmente la localización de facetas de desgaste, las cuales son áreas lisas, brillantes, bien definidas, que se corresponden superior con inferior en las fases parafuncionales del bruxismo.

Se expone a continuación (Figs. 1, 2 y 3) tres casos donde se muestran las facetas de desgaste correspondientes a movimientos parafuncionales de bruxismo.

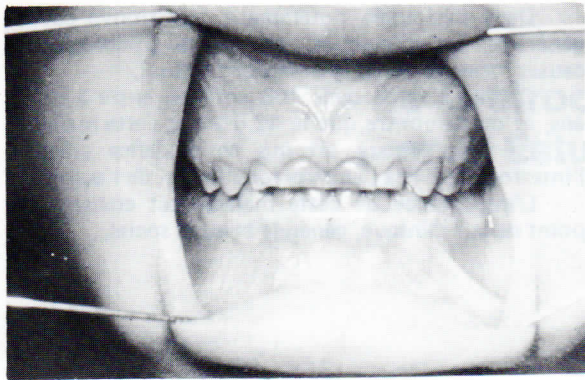
## TRASCENDENCIA DEL BRUXISMO

La trascendencia del bruxismo puede encararse desde un triple punto de vista:

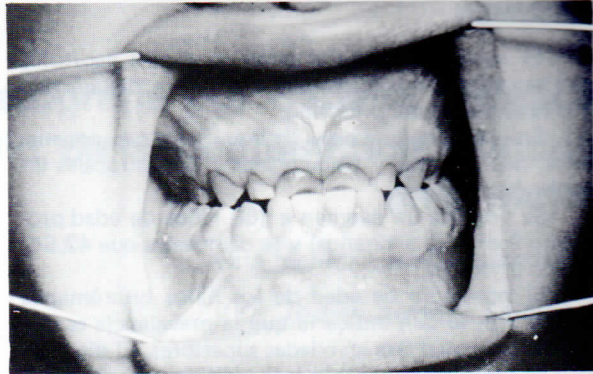
- a) clínico local
- b) general
- c) social

a) **Del punto de vista clínico local** habitualmente el bruxismo en el niño no acarrea lesiones como las que se presentan en el adulto, sino sólo el desgaste dentario.

No obstante lo antedicho, ocasionalmente se presentan niños (aproximadamente 2%) con dolores

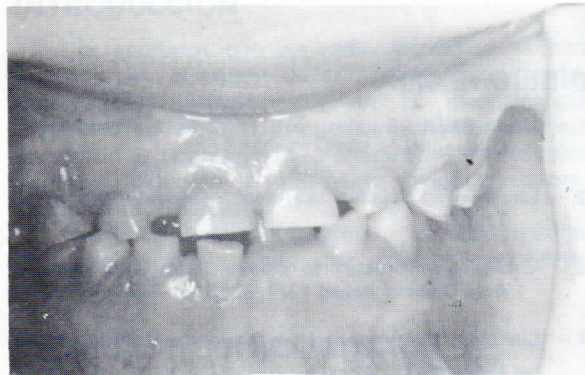


A



B

FIGURA 1

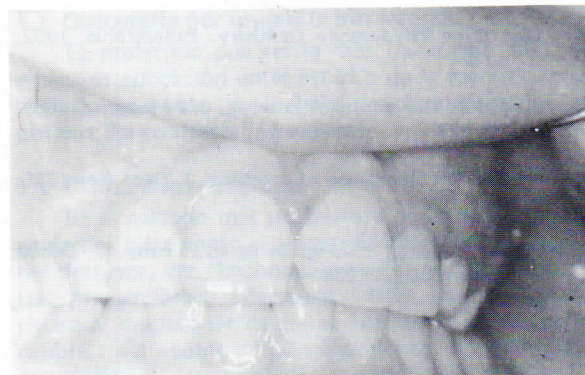


A

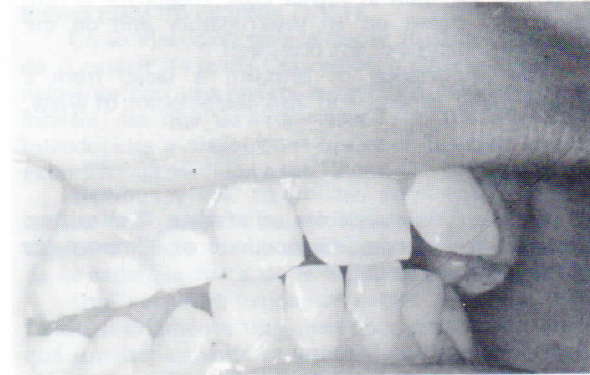


B

FIGURA 2



A



B

FIGURA 3

preariculares, chasquidos en la articulación témporo-maxilar e hipertrofias musculares, especialmente de los maseteros.

Con la finalidad de reafirmar conceptos vertidos, es necesario establecer bien claramente que el bruxismo en niños nunca es fisiológico, porque no sirve a una función normal ni es consecuencia de una función normal. Debemos verlo como un hábito anormal, que es expresión de un cuadro general y que por sus consecuencias puede, en determinados casos, convertirse en patológico.

b) **De un punto de vista general.** El bruxismo tiene valor neurológico sólo si va acompañado de otros síntomas generales. Pero del punto de vista psíquico siempre tiene valor y se justifica la investigación de sus causas.

c) **En lo social,** debe valorarse y cuantificarse el bruxismo de manera de tener además de la prevalencia, la incidencia, para controlar los factores ambientales que lo generan, ya que en la generalidad de los casos el bruxismo en niños es índice de una situación anormal.

## RESUMEN

El autor desarrolla el tema en cuatro capítulos que se refieren a la etiología, prevalencia, diagnóstico y trascendencia del bruxismo.

En la etiología se pone de manifiesto causas generales, neurológicas y psicológicas y causas locales inarmonías oclusales.

Se practica un examen a 108 niños de edad promedio 9 años (3 a 12 años) y se demuestra que 42.5% tienen bruxismo.

El promedio de edad de los niños bruxómanos fue de 7.5, lo que indicaría que la prevalencia es mayor en esta edad que en edades superiores. El diagnóstico se basa fundamentalmente en el interrogatorio y en el análisis funcional de la oclusión.

La trascendencia del bruxismo se encara desde el punto de vista clínico (local y general) y también social.

## SUMMARY

The author develops the subject in four chapters and it refers to etiology prevalence, diagnostic and transcendancy of bruxism.

In etiology, general causes neurologic as well as psychologic, and local causes, occlusal inharmonies, are discussed.

An exam was practiced to 108 children of an average age of 9 years (3 - 12) it showed that 42.5% have bruxism.

The average age of children with bruxism was 7.5 which would indicate that the prevalence is greater at this age than at higher ages. Diagnostic is fundamentally based on an interrogatory and on the functional analysis of the occlusion.

The importance of bruxism is faced from a clinical local, general and also social point of view.

## RESUME

L'auteur développe le sujet dans 4 chapitres: étiologie, prévalence, diagnostique et l'importance du "Grincement de dents".

Dans l'étiologie notamment, on trouve causes générales, neurologiques, et encore psychologiques, causes locales et aussi le désaccord oclusal.

On fait l'étude dans 108 enfants, entre 3 et 12 ans, et on démontre que le 42.5% ont cette maladie.

La diagnostique est mis en évidence grâce à l'interrogatoire et à l'analyse fonctionnel de l'occlusion.

L'importance de cette maladie est envisagé du point de vue clinique, générale et aussi social.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— Lindqvist B: Bruxism and emotional disturbances. *Odontol Revy* 1972; 23: 231
- 2.— Lindqvist B: Bruxism in children. *Odontol Revy* 1971; 22: 413
- 3.— Lindqvist B: Bruxism in children with brain damage. *Acta Odontol Scand* 1974; 32: 313
- 4.— Lindqvist B: Bruxism in twins. *Acta Odontol Scand* 1974; 32: 313-319.
- 5.— Lindqvist B: Occlusal interferences in children with bruxism. *Odontol Revy* 1973; 24: 141
- 6.— Mac Bride W: Juvenile Dentistry. Philadelphia, 1952, pp 85.
- 7.— Nadler S: The effects of bruxism. *J Periodontol* 1966; 27: 277.
- 8.— Reding GR: Incidence of bruxism. *J Dent Res* 1966; 45: 1198
- 9.— Siegel J: Dental findings in cerebral palsy. *J Dental Child* 1960; 27: 233