

# *Bruxismo y dolor crónico orofacial*

Dr. LUIS ZIELINSKY

## **Resumen**

En el estado actual del conocimiento sobre los factores y mecanismos del Bruxismo se han ido abandonado las posiciones de la relación causal estrecha entre Oclusión y Bruxismo pero sin descartarla como factor a tener en cuenta por ser parte del complejo proceso perceptivo periférico. Crece la evidencia experimental del papel clave que juegan los mecanismos centrales excitadores e inhibidores de la actividad muscular y cuando se ha vuelto crónico de muy poca posibilidad de solución; salvo el efecto placebo o la remisión espontánea.

El dolor crónico orofacial no guarda una relación causal demostrable con el bruxismo pero sin embargo pueden coexistir o no.

Pero sin embargo como factor irritativo crónico sobre las estructuras profundas perceptivas es muy probable que contribuya a establecer circuitos centrales por la acción neuroendocrina y de neuropeptidos vinculados a la acción neuromuscular y al dolor por el efecto de hiperalgesia central resultante de la estimulación repetitiva (Wind up) Por ello es muy importante el diagnóstico multifactorial temprano y la terapia biaxial que es interactiva.

La llamada vinculación del stress emocional con el dolor es parte de un fenómeno mas complejo con los que se llama fenómenos vivenciales como los culturales; estilo de enfrentamiento; rasgos de personalidad ; ansiedad; angustia miedo y la vinculación de la depresión con el dolor que interactúan con los neuroendocrinos.

Dado que el Dolor Crónico (como otras enfermedades crónicas) es una condición para la cual usualmente la cura no es posible, el objetivo de la mayor parte de los casos de Dolor crónico el programa de tratamiento es rehabilitativo mas que curativo para evitar la discapacidad y/o el padecimiento.

Estos aspectos deben tratarse con una buena relación interpersonal, una serie de Test y una entrevista estructurada que permita la Terapia cognitiva.

## **Palabra clave**

Bruxismo – Dolor crónico – Placas intermaxilares – Efecto placebo - Articulación Temporomandibular – Osteoartritis – Ansiedad – Manejo del Dolor – Tratamiento – Depresión.

## **Summary**

Actual state of Art related to origin and etiological factors in the onset of Craniomandibulas Disorders and the relationship between Occlusion and Bruxism is of secondary consideration. But not to be discarded in the outcome of symptoms between the multifactorial origin of CMD

Growing evidence of experimental data of importance of central mechanisms of excitement and inhibition in Neuromuscular activity are related. Becoming chronic possibilities of optimum outcome are common excepted Placebo effect or spontaneous remission.

Chronic Orofacial pain and bruxism are not in causal relationship (at the moment demonstrated) but can coexist in some complex relation.

But in spite of this, acting as irritative action over central neural structures and deep perceptive tissues there product some relationship between Bruxism and pain.

May be that phenomenae contribute to set central circuits by neuropeptids and neuroendocrin elements.

The results of this interactive factors is the establishment of central and peripheric hiperalgesia. The tie between emotional Stress with pain is a phenomena more complex in the perspectives on the interaction of Biopsychological and social factors in CMD.

Since chronic pain (like other chronic illnesses) is a condition for which a cure is not usually possible, the goal of most chronic pain treatment programs is rehabilitative rather than curative.

This aspects may be treated by good interpersonal relation, used with appropriate Psychological Tests. And structured interview parts of Cognitive Therapy.

## **Key Words**

Bruxism – Chronical pain – Placebo efect – Oral Splint – Temporo Mandibular Joint – Osteoarthritis Anxiety – Depression Management of Pain - Treatment

\* Director del Departamento de Oclusión, Disfunción, Dolor Crónico y ATM del Ateneo Argentino de Odontología.

El bruxismo ha sido descrito como un fenómeno común en el hombre moderno que da como consecuencia desgaste en superficies dentarias (abrasión) pudiendo llegar a ser generalizada en toda la boca (atrición)

También se lo ha vinculado al dolor crónico orofacial no solo en los músculos masticatorios sino en regiones más distantes como la cabeza, cuello y espalda así como limitación de los movimientos mandibulares, jaqueca tensional, chasquido o crujido de la Articulación Temporo Mandibular (ATM) y zumbido.

Otros autores han mostrado una relación entre el bruxismo y el cuadro de dolor y Disfunción de la ATM como por ejemplo Yemm. <sup>(1)</sup>

La actividad parafuncional del Sistema Estomatognático incluye fenómenos como el apretamiento y el frotamiento siendo más frecuente la actividad nocturna del bruxismo. Los eventos de bruxismo están asociados con los cambios del sueño profundo a estado de sueño más ligero (Arousal) y el ensueño <sup>(2)</sup> Sobre la importancia del Arousal abundaremos más adelante <sup>(3)</sup>

Respecto a la prevalencia de bruxismo diurno / nocturno y la edad, Agerberg y Carlsson hallaron que el frotamiento es más común en los jóvenes mientras que el apretamiento lo es entre los mayores. A su vez Helkimo reportó que tanto los apretadores como los frotadores son más comunes entre los de 35 y los de 44 años de edad <sup>(4)</sup>

Olkinuora divide a los bruxistas en tensionados; si han experimentado relación entre Tensión mental y bruxismo; y los que no han experimentado tal relación. Sugiere que los bruxistas tensionados son los diurnos y los no tensionados son nocturnos <sup>(5)(6)</sup>

Al dormir con sueños la actividad motora está fuertemente inhibida y las aferencias sensorias están muy disminuidas. Se ha postulado que es poco probable que las relaciones cuspideas puedan generar en sus aferencias a las estructuras centrales durante el sueño respuestas musculares. Esto nos lleva a formular la hipótesis que el bruxismo no proviene solamente de las aferencias periféricas sino en muchos casos de procesos centrales.

McNeill en un estudio experimental tuvo hallazgos que dan base al concepto que el bruxismo puede depender de factores que coactivan el reclutamiento muscular y no guarda relación con los contactos oclusales <sup>(7)</sup>

Hace ya tiempo que se acepta que el bruxismo proviene mayormente durante periodos de Stress, siendo, al pare-

cer, generado por señales provenientes del Sistema nervioso central y no tanto de las aferencias generadas oclusalmente porque estas están mayormente bloqueadas durante el sueño.

Durante el sueño, sin embargo los pacientes bruxan con una intensidad comparable a la máxima intensidad de los conscientes (Diurnos)

La tensión psicológica que actúa sobre los músculos del Sistema Estomatognático y el postural de la cabeza resultante en hábitos orales, fatiga y dolor muscular lo que sugiere que es mayormente la etiología de la Disfunción del Sistema Estomatognático en lo fundamental. <sup>(8)</sup>

Por otra parte la ATM está involucrada en muchos de estos cuadros: pero hay que tener en cuenta que la ATM no existen terminaciones nerviosas dentro de la articulación, ni la sinovial ni en el menisco; que las únicas se encuentran en la zona retromeniscal, en la cápsula y en los ligamentos que en ella se insertan.

La relación tiene que ver con los problemas intracapsulares que por interferencias del menisco que produce chasquido o crujido. La traba o desviaciones en el movimiento tienen relación probablemente, en muchos casos; también con la diskinesia de la acción muscular fundamentalmente de los dos fascículos del pterigoideo externo. Sin dejar de tener en cuenta la existencia de afecciones propias de la ATM (osteoartrosis y artríticas) ante la sospecha de un trastorno del tipo de las artritis reumatoideicas; por su carácter sistémico conviene la interconsulta con un reumatólogo <sup>(9)</sup>

El esquema de la fig 1 resume las ideas básicas sobre el bruxismo que significan cierto grado de acuerdo de los investigadores.

Generalmente el proceso se caracteriza por una actividad aumentada de los Músculos del Sistema Estomatognático. Esta motricidad aumentada en el movimiento de cierre con disminución de los mecanismos inhibitorios centrales que son los que regulan el fenómeno de apretamiento (Bruxismo) en sus dos modalidades, apretamiento, frotamiento o la combinación de ambos.

Tal como lo muestra la parte inferior del esquema los dos aspectos que pueden manifestarse clínicamente son los trastornos de movimiento y/o el dolor que en un principio puede considerarse como una señal de alarma pero al perpetuarse uno o ambos pasa a ser un problema crónico.

Tal como lo señala la fig. 1 El sistema Nervioso periféri-

co que para estos casos es el Trigemino (V par craneal) el gran coordinador de las funciones del Sistema Estomatognatico que conjuntamente con sus anastomosis con otros Pares craneales de acuerdo a lo que sostiene la Ley de Hilton (anatomista ingles) <sup>(10)</sup> en que toda gran articulación sus huesos musculos y otros tejidos son coordinados en sus funciones por un tronco nervioso importante.

El trigemino tiene dos vías que llevan a las funciones efectoras. Una de ellas va a los músculos que producen la motricidad mandibular (Hilton) y que se hace por la vía alfa y otra va por interneuronas a los centros del cerebro medio y el Telencefalo. La primera vía (senso motora) puede hacer un circuito autoperpetuante, que podría ser la base neurológica del bruxismo.

La presencia de bruxofacetas especialmente fuera de la Oclusión céntrica nos lleva a la idea que el paciente bruxa, en posiciones parafuncionales y a este respecto Krogh Paulsen recomienda guiar la mandíbula a posiciones en que las facetas inferiores coincidan con las superiores. La facilidad con que vaya a esta posición permite determinar en que movimiento parafuncional bruxa.

En cuanto a la actividad del Sistema Nervioso Central las investigaciones recientes sugieren que tanto en el Telencefalo como en el cerebro Medio tienen estructuras

y mecanismos sensores que pueden disparar la acción muscular así como el dolor.

El cerebro medio esta relacionado con la vida emocional y algunos de sus aspectos como el enojo, y otras formas de Distress emocional (es decir Stress no manejable) su control es posible por la acción inhidora de la corteza cerebral.

Este segundo sistema autoperpetuante (senso emocional) que se hace fundamentalmente por la via gamma y proviene de la Formación reticular es el gran modelador de la actividad motriz y también del dolor.

**OCLUSIÓN Y BRUXISMO**

El problema de los mecanismos causales historicamente ligado a la oclusión tanto es así que durante un muy largo período la forma mas frecuente de tratarlo era mediante procedimientos reglados de desgaste dentarios (Ajuste oclusal) o la rehabilitación Protetica.

Sin embargo en la actualidad se considera que ninguna investigación ha probado una terminante relación entre factores oclusales y el bruxismo. <sup>(11)(12)</sup>

Históricamente en la decada de los 50 y con el auge de las ideas gnatologicas se puso el énfasis en el ajuste oclusal y la rehabilitación protetica, pero luego de los 60 fue perdiendo credibilidad especialmente con los metodos de imágenes diagnósticas que actualmente culmina con el auge

de la Resonancia magnética ponen el acento en los desordenes intracapsulares, y en los últimos tiempos las investigaciones multiaxiales de neurofisiología y química molecular se va alejando de los simplismos del principio <sup>(13)</sup> Los gnatologos utilizan muchos casos de atrición generalizada para dar sustento a las reconstrucciones cuspidas que requieren un espacio libre importante. No hay estudios que prueben que suprima el bruxismo. En cuanto a las relaciones entre los signos y síntomas de Desordenes de la ATM y la maloclusiones, como a las posiciones mandibulares todo es controversial y muy confuso; desde la negación de la existencia de la relación entre ellos

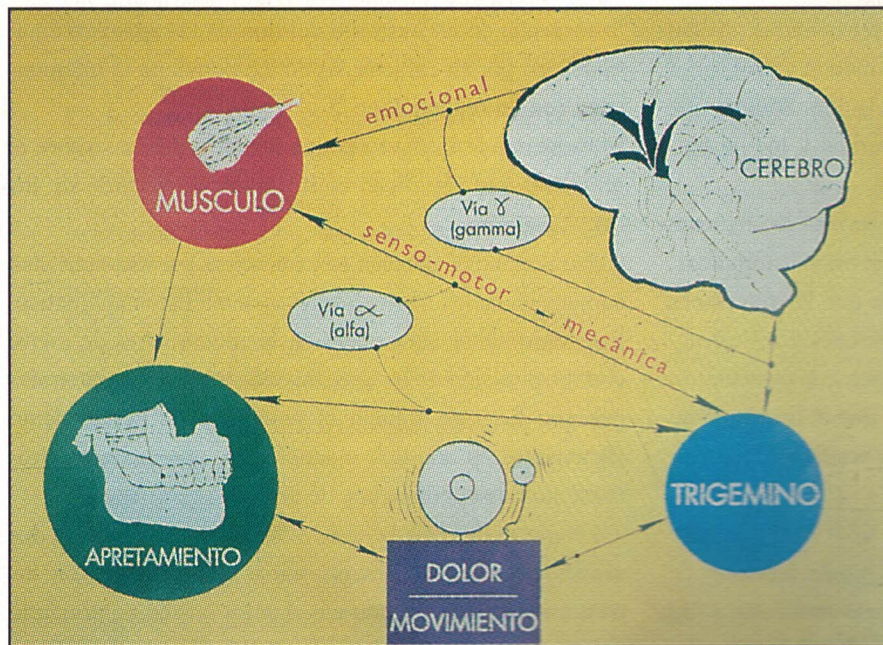


Figura Nro.1 Esquema de los dos circuitos interactivos y retroalimentados como elementos causales de Dolor y Bruxismo. Feed Back Sensorperceptivo y Senso emocional que actúan por la vía Alfa y Gamma respectivamente, sobre los musculos actuales.

como Dworkin SF<sup>(14)</sup> y un trabajo mas reciente, con pacientes con y sin síntomas que tienen atrición Pullinger y Seligman<sup>(15)</sup> tampoco encontraron relación.

Por otra parte otros manifestaron una relación positiva en los casos de mordida abierta, cruzamiento molar y overjet pronunciado así como el deslizamiento lateral asimétrico en Relación céntrica.

### DOLOR CRÓNICO OROFACIAL

El dolor es una parte integrante de nuestra vida y juega una importante función protectora.

Cuando el dolor es descontrolado y prolongado (mas de 6 meses) se trata de un dolor crónico que puede comprometer grandemente la calidad de vida.

El dolor es el síntoma primario de una enfermedad y patología tisural pero puede presentarse también en ausencia de una patología física identificable. A pesar de la alta prevalencia del dolor, permanecen muchos aspectos en los que todavía no son totalmente comprendidos.<sup>(16)</sup>

Para la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) el dolor es una experiencia sensoria no placentera con un fuerte contenido emocional<sup>(17)</sup>

A mayor abundamiento conviene incluir la definición de MR Bond "el dolor es una experiencia subjetiva que ocurre solo en estado de conciencia"<sup>(18)</sup>

Ello significa que cuando el paciente dice "mi dolor" es mas que el dolor en si mismo. Y muchas veces la razón de esta expresión puede ser de alguna manera manifestar una forma de sufrimiento, que puede resultar discapacitante.

Esta es la razón por la que el NIH (National Institut of Healh) de USA da prioridad absoluta en estos cuadros al tratamiento del dolor.

Por ello hoy se considera que los ruidos en la ATM si no obstaculizan los movimientos y sobre todo si no se produce dolor no ameritan realizar un tratamiento.

La cuestión que hay que tener en cuenta es que cuando se hace la anamnesis del paciente si la demanda no está vinculada al dolor no hay problema.

Pero en los casos que recurre por ruidos o dificultades para abrir la boca o desviaciones en la senda de cierre, no siempre acepta que tiene dolor.

Esto sucede por una serie de razones; en primer lugar en que no vincula el dolor que no proviene específicamente del área dentaria con las áreas del conocimiento odontológico; además el concepto de Dolor tiene implicancias

abstractas que para los niños y los pacientes de bajo nivel cultural no son fáciles de apreciar. Además de condiciones inhibitoras que explicaremos mas adelante.

Cuando la respuesta del paciente es de que no tiene dolor, no cerramos la inquisición sino que pasamos a reformularla señalando con el dedo el área preauricular, los parietales, la frente, los ojos, el cuello, la nuca, la zona mastoidea si refiere que alguna de ellas le duele, preguntamos si tiene dolor de cabeza.

Con ello transformamos la pregunta abstracta en concreta y de esta manera podríamos salvar el obstáculo cultural.

En esta forma informamos al paciente las vinculaciones del dolor con los factores y procesos fisiológicos, psicológicos, cognitivos conductuales y psicosociales que interactúan en el dolor crónico<sup>(19)</sup>

El modelo de Dworkin sobre dolor crónico y sus aspectos multidimensionales (Fig. 2) es sumamente importante para poder entender la falta de relación lineal entre las preguntas del profesional y las respuestas del paciente.<sup>(20)</sup>

En la columna central están expuestos los aspectos funcionales con la relación pregunta-respuesta. A la izquierda se consignan las respuestas Disfuncionales minimizadoras y a la derecha las intensificadoras.

El primer aspecto considerado son los **roles sociales para el dolor** y la enfermedad, esto tiene en cuenta el llamado "beneficio secundario" o sea recibir atención especial o afecto en el contexto familiar o social. Esto se refiere a los que magnifican el dolor. En cambio los minimizadores pueden desdeñarlo por un carácter o personalidad estoica vale decir que confesar que les duele es vergonzante.

El segundo aborda la **conducta** frente al dolor refiriéndose a los lamentosos que tienen las quejas a flor de labios y que configuran un tratamiento dificultoso por la personalidad del paciente.

En cuanto a los minimizadores se caracterizan por postergar la visita al consultorio sin respetar la intensidad de los síntomas.

En relación a la **apreciación** del dolor se refiere a la evaluación en cuanto respecta a la significación de su bienestar psico-físico (Lazarus)<sup>(20)</sup> En realidad la apreciación es todo un proceso en el que la estimación de la carga emocional es el resultado de sus dificultades para enfrentar las condiciones situacionales especialmente en los microclimas familiares y de trabajo y que están enmarcadas en los rasgos de su personalidad (compromisos éticos y afec-

tivos; creencias y conocimientos de sus experiencias de vida) por ello muy a menudo coincide con períodos de crisis en los pasajes de una etapa a otra.

Los intensificadores aprecian el dolor con un perfil Catastrofizante, esto es tan importante que existen Tests evaluadores como el McCracken para cuantificar en que medida intensifican su apreciación o en el otro extremo en cuanto son negadores

La **percepción** del dolor responde tanto en los que la aumenta como las que la reducen a una mezcla de factores neurológicos y conductuales. K. Popper postula que la percepción no es simple sino que implican un largo proceso con componentes muy complejos.

El factor **nocicepcion** en la forma aumentativa asume la forma de hipersensitividad mientras que en la de sentido opuesto puede llegar a la insensibilidad.

Los llamados "signos" son generalmente valorados como una manera objetiva de evaluar los componentes físicos (organicos) del dolor.

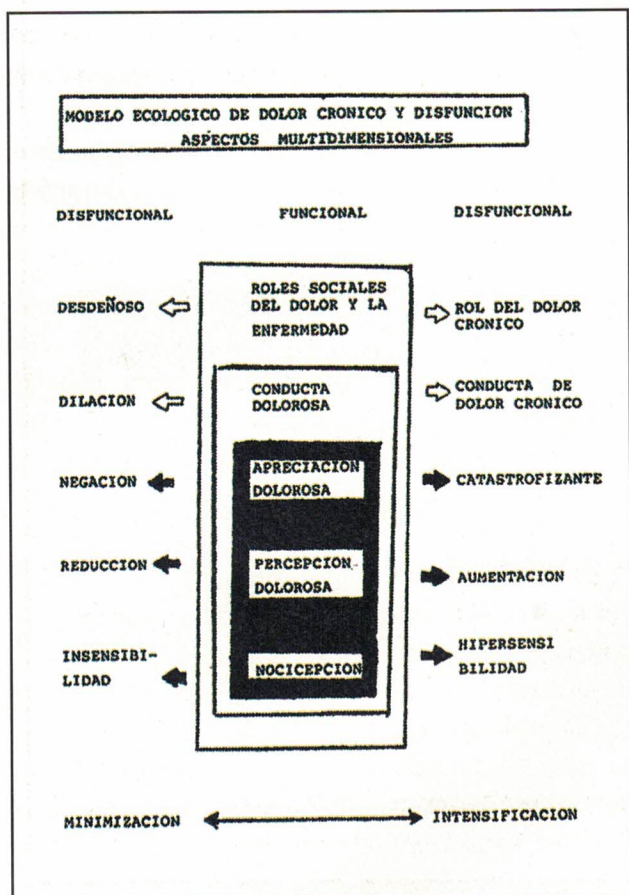


Fig. 2 Modelo ecológico para el dolor crónico; aspectos multidimensionales (S. Dworkin)

Nosotros acostumbramos señalar un sistema cuantitativo en el mapeo de los sitios de dolor a la presión digital, con un cuadrado rojo, un círculo rojo o una circunferencia del mismo color en el orden de la sensación nociceptiva del paciente; con lo cual no deja de lado la necesidad de evaluar los aspectos multidimensionales de la apreciación del dolor tal como lo propone Dworkin con su importante contenido subjetivo.

### MECANISMOS DEL DOLOR CRÓNICO

De lo hasta el momento expuesto conviene tener presente siempre cuando se aborda el Diagnóstico y el tratamiento del Dolor Crónico cual es la multifactoriedad que opera en la práctica.

La figura 3 resume los componentes de la experiencia dolorosa.

Abarca dos áreas que interactúan entre sí; por un lado los componentes neurofisiológicos y por el otro los vivenciales que actúan subjetivamente pero ligado a lo neurofisiológico.

Esta interacción que de alguna manera es la relación cuerpo-mente. Maturana <sup>(21)</sup> la especifica como la relación dinámica entra la estructura del Sistema Nervioso y el fluir de las interacciones del organismo. Ambos sistemas actúan como redes cerradas que interactúan por medio de sensores y efectores y lo hacen en el espacio psíquico que denominamos mente y que se expresa en el lenguaje que permite comunicar las vivencias.

La sistematización que graficamos en la Fig. 3 exponen los componentes neurológicos y orgánicos del lado izquierdo y los vivenciales del lado derecho.

El interactuar de ambos sectores (y lo hacen necesariamente) es lo que nos permite entender el dolor. Tiene implicancia fundamental en nuestra manera de encara el tratamiento que se basa en partir de la premisa que atendemos a seres humanos con problemas de dolor y no solamente a estructuras afectadas. Por ello además de recoger síntomas y signos procedemos en nuestro protocolo a utilizarlo como una entrevista estructurada basado en un proceso interpersonal tal como lo postulan Stack Sullivan <sup>(23)</sup> y Safran y Segal <sup>(24)</sup> además de una Batería de Tests que fluidifican la conversación con el paciente y su evaluación.

La percepción periférica se hace por los sensores del

Per  
lare  
Ello  
exp  
que  
Per  
de l  
infl  
com  
cier  
mec  
com  
imp  
artri  
De  
con  
gran

Fig. 3  
ja la p

Periodonto dental de la ATM y de los husos neuromusculares que convergen al Núcleo periférico del Trigemino. Ellos determinan el umbral perceptivo que es el que expresa la conciencia de la existencia de un padecimiento que requiere tratamiento.

Pero las investigaciones mas reciente enfatizan el papel de los mediadores químicos que monitorean el dolor y la inflamación de la ATM y los musculatura orofacial tal como lo señala S.KOPP<sup>(24)</sup> que considera que hay suficiente evidencia experimental que los neuropeptidos mediadores como el 5-HT (Serotonina) y la Cytokinas como la interleukinas-1 y otros que juegan un papel importante en el dolor Crónico orofacial así como en las artritis.

De la misma manera últimamente el péndulo del conocimiento ha evolucionado hacia dar crecientemente gran importancia hacia la sentización central y el fenó-

meno del "windup" que es el incremento de la plasticidad de las neuronas centrales que es una respuesta de incremento de su excitabilidad, por estimulación repetitiva es decir que el dolor no solo tiene un origen periférico sino que puede resultar de la modulación neurológica de la percepción central<sup>(25)</sup>

A este respecto Dubner (Odontólogo, Chairmán de la Univ. de Maryland y el director de la revista médica Pain organo del IASP) indica que las señales provenientes de las estructuras profundas de los tejidos llevan a cambios de largo termino en el Sistema Nervioso central y contribuyen a la Hiperalgnesia y la amplificación y persistencia del dolor.

La sensitización central ocurre en las vías nociceptivas trigeminales, y la mas robusta hiperexcitabilidad ocurre siguiendo a la estimulación de los tejidos profundos que las que siguen a la estimulación cutánea.

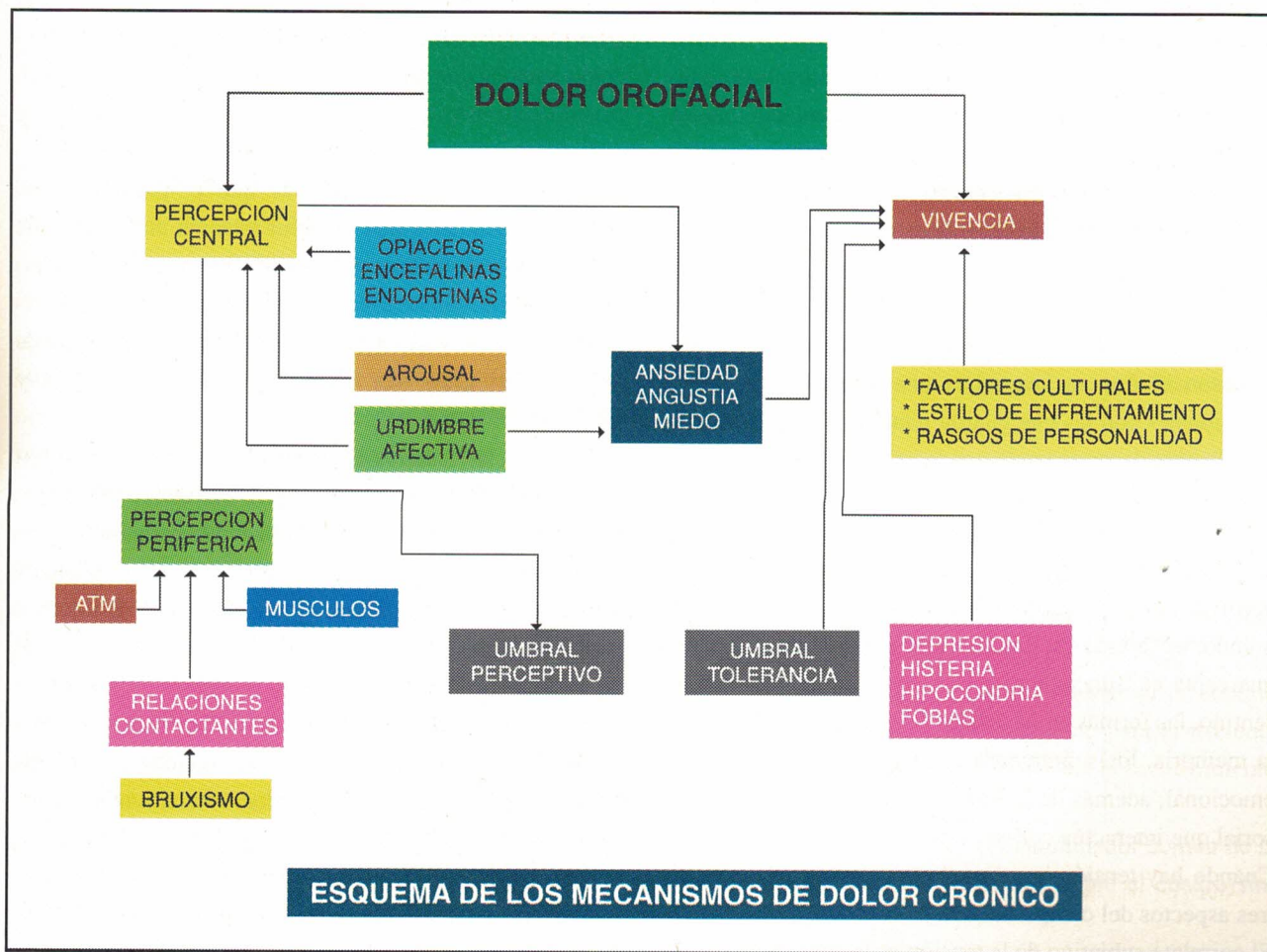


Fig. 3 Interacción de dos ejes biaxiales en el Dolor Crónico Orofacial - Izquierda Eje 1 (de RDC (Research Diag. Criteria) que maneja la percepción periférica y central) - Derecha Eje 2 (factores vivenciales) que interactúan en el dolor Crónico Orofacial-

Los sistemas descendentes son también un componente del proceso de sensitización central y provee las redes neuronales por medio de las cuales los aspectos cognitivos, atencionales y motivacionales del dolor modulan la transmisión de la experiencia dolorosa. <sup>(26)</sup>

Recordemos que las interneuronas son complejas y muy numerosas, al respecto, Eccles consigna que por cada vía de conducción existen 100.000 interconexiones <sup>(27)</sup>

Tal como lo muestra el esquema la actividad central constituye entre otros aspectos de 3 puntos que conviene clarificar.

El fenómeno del "Arousal" o activación es la excitación de la formación reticular (FR) aumentándola y agudiza la sensibilidad disminuyendo el umbral absoluto y diferencial de la sensación reforzando las reacciones motoras a los estímulos. Muchas experiencias demuestran que el arousal de la FR. es un poderoso mecanismo para mantener el tono cortical y que es un factor determinante del nivel de vigilia tal como lo afirma Luria <sup>(28)</sup>

Schoenen J. <sup>(29)</sup> Plantea que los mecanismos centrales juegan un rol muy importante en los dolores oro-cefalicos a través de los opioides endorfinas que a su vez son mucho más marcados en los pacientes con ansiedad y en los depresivos, cuantificados con tests específicos como los de Hamilton y el de Beck <sup>(30)</sup>

Este último enfatiza que el que experimenta un ataque de dolor, agudización o exacerbación de un desorden Psicosomático a su vez relata una serie de secuencias emocionales con las que guarda relación y toda la urdimbre afectiva desorganizada que la entraña.

## VIVENCIA

Es la descripción de los fenómenos de la vida psíquica a partir de las experiencias fundamentales del vivir en el mundo; es la vida psíquica en un momento determinado, que capta el "funcionamiento mismo" de aquello que es sentido, las formas en las cuales se presentan; el lenguaje, la memoria, los sentimientos y otros aspectos de la vida emocional, además de la imaginación, la percepción sensorial que interactúa con la percepción central. <sup>(31)</sup>

Cuando hay tensión emocional esta puede expresarse en tres aspectos del campo de vida (K. Lewin) <sup>(32)</sup>

El correlato subjetivo de la tensión es la ansiedad, se trata de un disturbio de la mente en vista de un evento incierto, es una conducta desordenada o desorganizada, que como

todo desequilibrio del campo psíquico, percibida subjetivamente que tiende a ordenarse (y por ello es necesario ayudarla) de lo contrario al transformarse en ansiedad generalizada puede afectar las conductas y aún los rasgos de trastornos de la personalidad.

Si las manifestaciones aparecen en el cuerpo del paciente (temblor, diarrea, poliuria, sensación de opresión en el pecho; palpitaciones; bostezos incontrolables) hablamos de Angustia.

De alguna manera la angustia que es un estado generalizado debe ser diferenciado del miedo que es una emoción marcada por el temor, aprehensión o alarma.

Este es condicionado por la presencia de un objeto que le confiere especificidad, hay tantos miedos como objetos de miedo y esto es lo que lo diferencia de la angustia <sup>(33)</sup>

El miedo debe diferenciarse de la fobia, mientras que aquel puede ser enfrentado el fóbico no lo puede. Este puede definirse como miedos irracionales, cuando el miedo llega a un grado extremo hablamos de pánico que se presenta como ataques que pueden durar algunos minutos a horas, cuando son más de tres hablamos de "Panic Disorder" y debe ser derivado a un Psiquiatra.

El gran problema del dolor es que el paciente tiene grandes dificultades que guardan relación con grados de sufrimiento, sus componentes afectivos (emocionales) que solamente puede experimentarse y explicarse en terminos de tipos y grados de dolor a través del lenguaje enfocado en estas tres vivencias; ansiedad angustia y miedo. <sup>(34)</sup>

En cuanto a los factores culturales; hay que tener en cuenta: la edad del paciente, sus raíces culturales heredados tanto por el lado paterno como materno para valorar sus fundamentos genéticos para lo cual es importante averiguar si tienden alguno de ellos a rasgos Estoicos o quejosos y que ellos hayan influido en sus patrones conductuales.

El estilo de enfrentamiento (Coping Style) es un factor importante en el desarrollo de dificultades en la vida cotidiana que redundan en un estado irritativo o de displacer por la falta de capacidad personal para hacerlo o adaptarse y por ello generador del dolor.

En cuanto a los rasgos de personalidad que juegan un papel en la generación o percepción del dolor es conveniente utilizar el Test de Beck y Freeman <sup>(35)</sup> que ayuda a escoger las creencias claves del tipo de Desordenes o

Trastornos de la personalidad que influyen sobre el Dolor. El enumera los siguientes; T por evitación; por dependencia afectiva; tipo pasivo-agresivo; obsesivo – compulsivo; antisociales; narcisita; histriónico esquizoide o esquizotípico; paranoide; ante un score alto de alguno de ellos conviene la interconsulta o la derivación.

Es bien conocido y probado experimentalmente que existe una relación entre la depresión y el dolor crónico, en todo caso el Test de Hamilton de Depresión nos indicará la conveniencia de la consulta Psiquiátrica.

Algunos trabajos recientes plantean la posibilidad de algunas medicaciones antidepressivas podrían producir o aumentar el Bruxismo.

También se ha mencionado la vinculación con la Hipocondría, las fobias y la histeria.

Todos los factores vivenciales arriba mencionados influyen sobre el umbral de tolerancia que muy a menudo marca el interés en recurrir al profesional (Demanda) además de interactuar con los mecanismos del Sistema Nervioso Central y Periférico obrando asimismo como modulador del dolor.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de los DCM fue encarado desde distintos puntos de vista con éxito variable, siendo indudablemente el basado en reglas para el desgaste oclusal el más antiguo; ya sea para eliminar los contactos prematuros entre oclusión y relación céntrica o buscar guía canina etc. con las reglas dadas a conocer por Ramjford<sup>(36)</sup> y que gozaron de gran popularidad en la década de los 70 y 80. Es un tratamiento relativamente simple, no invasivo pero no reversible tal como lo recomienda el NIH el tratamiento debe iniciarse con terapias no invasivas pero reversibles.

El uso de placas intermediarias interoclusales se ha tornado muy común atribuyéndoles virtudes neurológicas de alivio o reprogramación de control neurológico olvidando que este es de muy alta complejidad e igualmente tener en cuenta que el bruxismo esta habitualmente ligado al Stress, pero no se debe desatender que actualmente se reconoce que el bruxismo responde fundamentalmente a mecanismos centrales y menos de aferencias periféricas señales que están bloqueadas durante el sueño, por lo menos en determinados períodos de él.

Como cuadra esto con el éxito clínico que generalmente se

reporta?

Lo más probable es que las placas hagan el papel de protectoras, similares a las que usan los boxeadores (Bite guard) y aunque algunos sostiene que las placas disminuyen el bruxismo, basta ver las facetas que se graban ellas para entender que no curan el bruxismo o producen efectos centrales como relajar la musculatura o reprogramar los engramas centrales que rigen el movimiento mandibular puede considerarse como una afirmación con poco fundamento científico además que es muy simplista pensar que una superficie de acrílico pueda modificar mecanismos centrales de alta complejidad como los mencionados mas arriba.

Sin embargo son útiles en los casos de inflamación de la ATM pues alivia la tensión ejercida sobre ella evitando perfusión del edema.

Como puede ser que estas maniobras, además de otras terapias como el Counseling, las Medicaciones, Fisioterapia, Kinesiterapia, Biofeed-back juntas o combinadas en diferentes pacientes con virtualmente los mismos síntomas y signos den resultados en algunos casos exitosos y en otros no. Tal como lo plantean Karen Raphael (psicóloga) y Marbach J.J. (Dr. En odontología)<sup>(37)</sup>

Por ejemplo muchos reconocidos autores preconizan el uso sistemático de placas intermaxilares con buenos resultados clínicos. Sin embargo existen muchos factores que pueden llevar a conclusiones incorrectas sobre determinados métodos terapéuticos y su evaluación clínica. Estos son:

### 1) Los efectos **placebo** en el tratamiento

Esto es muy importante y hace más de un cuarto de siglo Laskin y Green analizaban la importancia del buen manejo de la relación paciente-profesión y su acción en el efecto placebo<sup>(38)</sup>

Clarke<sup>(8)</sup> por su parte plantea que el reasegurar un soporte emocional y una explicación entendible para el paciente de cuales son los mecanismos causales de su sufrimiento (Terapia Cognitiva)

El efecto Placebo parece ser el denominador común de la relación del Stress y su interacción sobre el cuadro sintomatológico.

2) La tendencia a la regresión al término medio estadístico de signos y síntomas.

3) Variabilidad natural de la intensidad de signos y sin-



tomas. Para el tratamiento multicausal partimos de la clasificación Biaxial<sup>(39)</sup> que el NIDH denomina RDC (Resarch Diagnostico criteria).

El eje 1 aborda los problemas estructurales (Ocupa el lado derecho del esquema de la fig. 3) e incluye los factores Patofisiológicos.

A saber: Eje 1.-

- Disfunción neuromuscular
- Bruxismo
- Irritabilidad oclusal
- Desplazamiento meniscal
- ATM, Capsulitis o Sinovitis
- Condiciones degenerativas (Artrosis)
- Problemas neuroquímicos y de Q. Molecular.

Para estos problemas practicamos la terapéutica tradicional. A saber reposo masticatorio y de hacerlo alimentos blandos, medicación, relajamiento, fisioterapia, utilización de placas intermaxilares, kinesiología y en estos últimos casos interconsulta o derivación a reumatólogo.

Eje 2:

- Stress emocional
- Contexto psicossocial
- Problemas de enfrentamiento
- Problemas de comunicación
- Ansiedad / Angustia / Depresión.
- Personalidad
- Hipocondría-

Todos estos aspectos corresponden al área Vivencial y deben ser tratados sobre la base de una buena relación Interpersonal y la acción de Terapia Cognitiva que ha demostrado mejores resultados que otras técnicas.

Es muy útil emplear una entrevista Estructurada, sobre la base del Protocolo Estructurado que empleamos en la práctica.

Es muy importante el uso del Test psicolingüístico de Mack Gill – Melszak extendido. Usamos una serie de Test como los de Hamilton para Ansiedad y Depresión. El de tipo perceptivo de Mack Cracken; De tipo de Personalidad de Beck y Freeman. Cuestionario de Desensibilización sistémica (Wolpe), De Campo de vida de Kurt Lewin. El Toronto Alexitymia Scale (TAS) etc.

Como lo muestra la Fig 3 de ambos ejes interactúan por lo que deben tratarse simultáneamente.

Aunque las placas y el desgaste dentario pese que no se ha demostrado su relación causal, deben ser empleados con

criterio y en el momento oportuno por su probable efecto placebo.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Faulkner K.D.B. Further studies of masticatory characteristics of bruxism J. Of Oral Rehabilitation 17;359-364. (1990)
- (2) Okeson J. P. et al. Nocturnal bruxing events in healthy geriatric subjects J. Of Oral Rehabilitation 17;411-418. (1990)
- (3) Satoh y Harada. Tooth-grinding during sleep as an arousal reaction. Clinical Neurology: 35;267 (1991)
- (4) Helkimo M. Studies on function & Dysfunction in the masticatory System Acta Odont. Scandinavica. 32;255-267 (1974)
- (5) Olkinuora Martili. A psychosomatic study of bruxism with emphasis on mental strain & familiar predisposition. Proc. Finnish Dental Soc. 68;110-123 (1972)
- (6) Könönen Mauno y Sirila Hannu. Prevalence of nocturnal and diurnal bruxism in patients with psoriasis. J. of Prosthetic Dent. 60;238 (1988)
- (7) McNeill C. et al. Bruxing patterns in children assessed with models, electromyography and incisor Jaw Tracking. J. Dental research 77 (IADR Abstracts (1998)
- (8) Clarke N.G. Occlusion & Miofascial pain dysfunction; is there a relationship? JADA Vol 104;443-446 (1986)
- (9) Wright E.F. et al. Identifying undiagnosed rheumatic disorders among patients with TMD. JADA 158;738-744 (1997)
- (10) Hilton John. New Gould Medical Dictionary. Blakiston Co. Toronto 1949 pag. 464
- (11) De Boever J.A. y Carlsson. Tratamos Temporomandibulares y necesidad de Tratamiento en odontología protésica Owal B. et al ed Mosby. Madrid (1997) pag. 103.
- (12) Seligman DA & Pullinger AG The role of intercuspal occlusal relationship in temporomandibular disorder; a review. cranium 1991;5;96-106
- (13) McNeill Charles, Guidelines for Classification Assessment & Management of TMD Quintessence De. Chicago 1993
- (14) Dworkin SF et al Epidemiology of Signs & Symptoms in TMD, clinical signs & symptoms in TMD. JADA 120,3,273-281 (1990)
- (15) Pullinger & Seligman – The degree to which attrition characterized, differentiated groups of TMD J. Orofacial Pain 7 (2) 196-208 (1993)
- (16) Turk Dennis & Melzack Ronald. The Handbook of Pain assessment, New York. 1992
- (17) IASP; A list with definitions and notes on usage. Pain 6,249-252 (1979)
- (18) Bond MR. Incluido en el libro An introduction to descriptive

- Psychopathology de Andrew Sims. Ed Bailliere Tindall de 1988 London.
- 19) Turk D.C. & Flor Herta. Etiological theories and treatments for chronic pain; psychological models and interventions. Pain, 19, 209-233 (1984)
- 20) Dworkin Samuel F. Whitney Coralyn W. Relying objective and subjective Measures of Chronic Pain. Guidelines for use and interpretation in Handbook of Pain Assesment edited by Turk D. & Melszak R. Ed Guilford Press-London (1994)
- 21) Lazarus Richard S. Emotion & Adaptation. Ed oxford University Press New York (1991) pg 22-23
- 22) Maturana Humberto. El sentido de lo humano. Ed Hachette. Santiago de Chile (1992) pg 183-1998
- 23) Stack Sullivan H. La entrevista psiquiatrica. Ed Psique (1953)
- 24) Safran J.D. & Segal Z.V. Interpersonal Process in Cognitive Therapy Basic Books, Inc. New York 1994. Pg 81-93
- 24) Koop Sikvard; Neuroencrine, immune, & local responses related to TMD Journal of Orofacial Pain; 15,9-28 (2001)
- 25) Jun Li-D. Simone & Larson. Windup leads to characteristics of Central Sensitization. Pain 79 (1999) 75-82
- 26) Dubner R. & Ren Ke. Central Nervous System and Persistent pain J. Of Orofacial Pain. 13;3;155-163 (1999)
- 27) Eccles John C. & Popper Karl R. El Yo y se cerebro. Ed Labor; Barcelona (1991) Pg. 265
- 28) Luria A.R. El cerebro en acción. Ed Fontanella Barcelona 1974 p. 48
- 29) Schoenen Jean. Central mechanisms of Tensión-type Headaches. Frontiers in Headache research Ed Raven press. USA pg. 147
- 30) Beck A, Terapy of emotional disordeers. Ed. Median Books. Toronto (1976)
- 31) Ey Henry, Bernard P., Brisset CH. Tratado de psiquiatria, ed. Toraysson. Barcelona (1983)
- 32) Bleger José Psicología de la Conducta. Ed Paidos (1987) Pg. 84
- 33) Mannoni Pierre. El Miedo. Ed. Fondo de Cultura Económica. México (1984) Pg. 59
- 34) Sims Andrew. Symptoms in the Mind; edit. Baillere Tindal. London (1994) Pg. 214
- 35) Beck A. Y Freeman. Terapia cognitiva de los trastornos de la Personalidad edit Paidos. Barcelona (1994) Pg. 505
- 36) Ramjford S.P. & Ash M.M. Oclusion - Saunders Co. 1971. Pg. 275-312
- 37) Raphael K & Marbach J.J. Evidence-based care of Musculoskeletal Facial Pain. Implications for the Clinical Science of Dentistry. JADA. Vol. 128, 1;73-79
- 38) Laskin DM & Greene CS. Influence of de patient-professional relationship on Placebo thrapy for patioents with MPD syndrome JADA 1972;85;892-4
- 39) Zielinsky Luis. Desordenes Craneo-Mandibulares. Clasificación Biaxial R. Asociación Odontol. 48;4;332-335 (1998)

Dr. Luis Zielinsky  
Charcas 3319 piso 10º A  
1425 Buenos Aires  
e-mail: luiszielinsky@yahoo.com.ar



*Jardent*  
LABORATORIO DENTAL

tel 4584-9000

"Siempre a su servicio por donde lo mire"

Pje. de Villafañe 2141 - (1416) Cap Fed - Telefax: (011) 4584-9000 / 4582-6509