

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

Número Publicado el 2 de mayo de 2017

<http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.2.esp.449-477>
[URL:http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index](http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index)

Ciencias Médicas

Caso Clínico

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

Analysis of clinical cases of direct restorations in a possible bruxomano patient with an incisal facet

Análise de casos clínicos de restaurações diretas em pacientes com bruxismo possível faceta de desgaste incisal

Diego O. Loza-Jarama ⁱ
Universidad de Guayaquil
Guayaquil, Ecuador
ldiego.lozaj@ug.edu.ec

Julio I. Rosero-Mendoza ⁱⁱⁱ
Universidad de Guayaquil
Guayaquil, Ecuador
julio.roserom@ug.edu.ec

Efigenia M. Gonzabay-Bravo ⁱⁱ
Universidad de Guayaquil
Guayaquil, Ecuador
efigenia.gonzabayb@ug.edu.ec

José L. Zambrano-Pico ^{iv}
Universidad de Guayaquil
Guayaquil, Ecuador
jose.zambranopi@ug.edu.ec

Recibido: 5 de enero de 2017 * **Corregido:** 15 de febrero de 2017 * **Aceptado:** 28 marzo de 2017

- ^{i.} Especialista en Rehabilitación Oral; Doctor en Odontología; Universidad de Guayaquil; Ecuador.
- ^{ii.} Diploma Superior en Preparación de Multirradiculares; Magister en Docencia Universitaria e Investigación Educativa; Doctora en Odontología; Universidad de Guayaquil; Ecuador.
- ^{iii.} Especialista en Ortodoncia; Magister en Gerencia Hospitalaria; Odontólogo; Universidad de Guayaquil, Ecuador.
- ^{iv.} Especializacao em Implantodontia; Especializacao em Periodontia; Diploma Superior en Diseño Curricular por Competencias; Diplomado en Docencia Superior; Magister en Gerencia de Servicios de Salud; Diploma Superior en Implantologia; Doctor en Odontología; Universidad de Guayaquil; Ecuador.

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

Resumen.

La recuperación de la guía canina con carillas directas requiere de un conocimiento clínico previo en lo que se refiere a factores mecánicos y funcionales, cada paciente tiene una oclusión habitual determinada y está en obligación ejercer chequeo clínico oclusal previo a cada tratamiento y después del mismo.

En el presente estudio se evaluó a paciente con 24 años de edad que presenta faceta de desgaste a nivel del borde incisal en los dientes anteriores. Para realizar un buen diagnóstico, evaluamos la oclusión del paciente con movimientos de lateralidad, protusión y retrusión, luego de observar se notó claramente que está perdiendo guía anterior por los desgastes de los bordes incisales y empieza a ver una variación, realizando guía en grupo y formándose una mala oclusión.

Todo esto antes mencionado lleva a un diagnóstico presuntivo que el desgaste que se produce en los dientes anteriores superiores es por los dientes anteriores inferior, puede que el paciente hace estos movimientos en el día o en la noche por eso procedemos a realizar carillas directas restaurando los bordes incisales superiores, y para eso debemos comprobar si el paciente es un bruxomano diurno o nocturno.

Realizamos un modelo de estudio para ejecutar un plato protector que el paciente utilizará en las noches para descartar si estos movimientos son en la noche, todo esto será evaluado en un tiempo prolongado para dar un buen diagnóstico a tiempo para el beneficio del paciente.

Palabras Clave: Desgates; borde incisal; mala oclusión; carillas directas; diagnóstico.

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

Abstract.

The recovery of the canine guide with direct veneers requires a previous clinical knowledge regarding mechanical and functional factors, each patient has a determined habitual occlusion and is required to perform occlusal clinical checkup before and after each treatment.

In the present study, a 24-year-old male with a facet of wear at the incisal edge level was evaluated in the anterior teeth. In order to make a good diagnosis, we evaluated the occlusion of the patient with lateral, protrusion and retrusion movements, after observing that it was clearly noticed that he is losing anterior guidance due to the wear of the incisal edges and he begins to see a variation, performing group guidance and Forming a malocclusion.

All of the aforementioned leads to a presumptive diagnosis that the wear that occurs in the upper anterior teeth is by the lower anterior teeth, may the patient make these movements in the day or at night so we proceed to make direct veneers restoring the Upper incisal edges, and for that we must check if the patient is a day or night bruxomania.

We conducted a study model to run a guard plate that the patient use at night to rule whether these movements are at night, all this will be evaluated in a long time for a good diagnosis in time for the benefit of the patient.

Keywords: Wear; incisal edge; bad occlusion; direct veneers; diagnosis.

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

Resumo.

A recuperação do guia canino com folheados diretos requer um conhecimento clínico prévio sobre fatores mecânicos e funcionais, cada paciente tem uma oclusão habitual determinada e é obrigado a realizar um exame clínico oclusal antes e após cada tratamento.

No presente estudo, avaliou-se um macho de 24 anos com faceta de desgaste ao nível do bordo incisal nos dentes anteriores. Para fazer um bom diagnóstico, avaliamos a oclusão do paciente com movimentos laterais, de protrusão e retrusão, observando que se percebeu claramente que ele está perdendo a orientação anterior devido ao desgaste das bordas incisais e começa a ver um Variação, realizando orientação de grupo e formando uma má oclusão.

Todo o acima mencionado conduz a um diagnóstico presuntivo que o desgaste que ocorre nos dentes anteriores superiores é pelos dentes anteriores inferiores, pode o paciente fazer estes movimentos no dia ou na noite assim que nós procedemos a fazer folheados diretos que restauram as bordas incisais superiores , E para isso devemos verificar se o paciente é um dia ou bruxomania noite.

Conduzimos um modelo de estudo para executar uma placa de guarda que o paciente utiliza à noite para decidir se esses movimentos são à noite, tudo isso será avaliado em um longo tempo para um bom diagnóstico no tempo para o benefício do paciente.

Palavras chave: Vestem; borda incisal; mau oclusal; folheados diretos; diagnóstico.

Introducción.

Muchas teorías etiológicas se han descrito para explicar la aparición del bruxismo, sin embargo, la mayoría sugiere que se debe a múltiples factores involucrados.

De ellos, se pueden distinguir factores periféricos y factores centrales. Los desgastes son lesiones de tipo crónicas, es decir tiene que pasar un tiempo para que se produzcan las facetas de desgaste del diente.

El desgaste que se produce a nivel incisal de los dientes puede presentarse por diversas causas, las cuales puede ser por:

Abfracción y atrición son los signos de desgaste dental que con más frecuencia se asocian al bruxismo de tipo excéntrico (rechinamiento); usualmente son característicos de bruxismo nocturno o del sueño. El desgaste gradual por atrición de las superficies oclusales e incisales de los dientes es un proceso fisiológico, pero distintos factores pueden influir en el índice y tipo de desgaste. A pesar que el bruxismo es considerado una para función de gran trascendencia clínica, no existe una definición certera y concisa que le identifique y clasifique, ya que no se ha logrado definir con claridad su etiología, producto de que hay sesgos interpretativos que van en un rango que fluye desde la atribución a aspectos puramente locales, hasta razones psicosociales, neurológicas y psiquiátrica, creando confusión sobre su enunciación. Expertos en el tema han realizado un consenso a partir de diferentes definiciones para establecer una más orientadora, la cual manifiesta que, el bruxismo es una actividad repetitiva de los músculos asociados a la masticación, caracterizada por apretamiento o rechinamiento de los dientes, pudiendo estar acompañados de trabazón y deslizamiento de mandíbula. El bruxismo tiene dos distintas manifestaciones circadianas: puede

ocurrir durante el sueño (bruxismo nocturno o del sueño) o durante la vigilia (bruxismo diurno o en vigilia). (1)

En ocasiones, el desgaste dental puede ser asociado al estrés, provocando hábitos orales parafuncionales como rechinar o apretar los dientes, acciones referidas al bruxismo. El hábito desgasta el esmalte inicialmente, siendo éste el signo más importante de la patología.

El patrón de desgaste es más común en dientes anteriores de la dentición natural. En ocasiones pueden presentarse lesiones en el margen gingival.

Para reparar el daño realizamos un tratamiento estético conservador que consiste en la reconstrucción con composite del borde incisal desgastado.

Las indicaciones para este tratamiento son:

1. Estética
2. Función

Una vez evaluado el paciente, es importante realizar exámenes complementarios de Fotografía Clínica y Modelos de Estudio.

Con estos elementos realizamos el diagnóstico definitivo y posteriormente definimos el Plan de Tratamiento.

La rehabilitación estética puede ser realizada tanto por medio de tratamientos directos como indirectos. Debido a las ventajas de las resinas compuestas, el presente trabajo tiene por finalidad describir la técnica operatoria para el restablecimiento de los bordes incisales con resina compuesta, mediante la técnica de estratificación, que permite simular las características ópticas de la estructura

dental. Así, con la evolución de los sistemas adhesivos, asociado a las mejoras en las propiedades químicas, mecánicas y estéticas de las resinas compuestas, tratamientos restauradores extensos, como la reconstrucción directa de las guías anteriores. (1)

En el pasado, cuando se intentaba aliviar las molestias que aquejaban al paciente, muchas veces se tenía que socavar parte de la estructura dental remanente sana, con el propósito de eliminar la causa de raíz o cuando se procuraba una preparación que garantizara la durabilidad del tratamiento.

El bruxismo es cuando la persona sujeta o aprieta fuertemente los dientes o cuando los desplaza de atrás hacia adelante o de un lado a otro. Así que el bruxismo suele ser un hábito casi generalizado que la mayoría de las personas ignora que lo padece. Generalmente cuando acuden al odontólogo para tratarse, es porque ya han pasado por varios especialistas y no haya una explicación a los múltiples signos y síntomas ocasionados por el bruxismo como son: cefalea, acufenos, desgaste en los dientes, sensibilidad dental, dolor en los músculos maseteros y otra serie de padecimientos que vienen como consecuencia de apretar y rechinar los dientes. Estos pacientes en la mayoría de los casos suelen padecer de estrés, aunque entre algunos de los factores más comunes están los problemas de apiñamiento dental y trastornos del sueño; mientras otros pueden presentar desgaste oclusal y no presentar ningún síntoma. El bruxismo que se da durante las horas de conciencia o cuando se está despierto suele estar asociado a otros hábitos orales tales como: la postura de la boca, morderse las mejillas, incluso el morderse las uñas; todo ello genera problemas orofaciales de corto, mediano y largo plazo, situación que es remediable si es tratado profesionalmente en sus inicios. Las causas del bruxismo parecen relacionarse con factores tanto psíquicos como oclusales. Hasta el momento se desconoce si es posible que se presente en una persona con normo oclusión; incluso ha

sido inducido mediante la colocación de interferencias oclusales, sin embargo, no todos los pacientes con interferencias oclusales lo padecen. Esto convierte al bruxismo en una para función de etiología doble (psíquico-oclusal) ya que está muy vinculado con la agresividad y los problemas de conducta que presentan estos pacientes. Sobre todo, a los pacientes coléricos que suelen tener dificultad para refrenar su ira, así como pacientes que padecen de ansiedad o están pasando por períodos de depresión. (2)

En 1907 Marie y Ptiekiewicz mediante una publicación francesa dan a conocer por vez primera el término de bruxomanía. (3)

Se calificó al bruxismo como un “hábito oclusal neurótico”. (4) y Frohman en 1931 acuñó el término bruxismo siendo este el término aceptado por la literatura anglosajona. Sin embargo, los autores germanos prefieren referirse al bruxismo como una “parafunción” o “hábito parafuncional” el cual fue acuñado por DRUM. (5)

La forma, la función y la para-función del dinámico sistema masticatorio es una de las más fascinantes, básicas e importantes áreas de estudio en la Odontología. El entendimiento preciso de los muchos matices asociados con la patología es la clave para lograr un cuidado odontológico general sostenible para nuestros pacientes. Los objetivos de la odontología general incluyen:

- Mantener o recuperar una salud bucal óptima en el paciente.
- Promover armonía funcional y anatómica entre los distintos componentes del sistema masticatorio.
- Fomentar la estabilidad ortopédica. (6)

La historia registra que desde tiempos bíblicos se hace alusión al hábito conocido en nuestros tiempos como bruxismo para denotar la furia o angustia: “Y hace rechinar los dientes”.

Pero fue hasta 1901 cuando Karolyi, pionero en la investigación en este campo dijo que todos los seres humanos en algún período de su vida ejercían fuerzas anormales en su sistema masticatorio, sin emplear el término por el cual hoy se le conoce, sino más bien, llamándolo como: “Neuralgia traumática”; incluso estudió la relación que existe entre el bruxismo y la enfermedad periodontal. (7)

De hecho, entre algunos de los personajes famosos de la historia de los que se cree tenían el hábito de rechinar los dientes está la Lisa Gherardini o La Gioconda ya que en el cuadro pintado por Leonardo da Vinci J. EBorkowski comenta que el rictus bucal de la mona Lisa es como el de las personas que han perdido sus incisivos o que padecen bruxismo.

Pero no ha sido el único personaje histórico del que se ha dicho que tenía este hábito, se dice que Galileo Galilei rechinaba los dientes cuando dormía, de acuerdo al estudio realizado a un diente premolar superior de los restos exhumados del famoso genio renacentista, investigación realizada por el quirúrgico-dentista Cesare Paoleschi. “El desgaste de la superficie indica una tendencia al bruxismo; es decir, que mientras dormía, a Galileo le rechinaban los dientes”, explicó Paoleschi. Además, “el diente debería dolerle bastante” ya que se aprecia una “pérdida en la fijación ósea. Y a su vez este hábito ha servido para la descripción de personajes ficticios de la literatura clásica. (7)

En un inicio se creyó que el rechinar dental era producto de alteraciones oclusales; sin embargo, Rugh y colaboradores probaron que al colocar interferencias oclusales artificiales los individuos estudiados no desarrollaban bruxismo nocturno, incluso aquellos que reportaban ser

bruxistas en su historia clínica. Más tarde, Ya mostró que aun eliminando las interferencias oclusales y el logro de aumento de la dimensión vertical, el bruxismo no cesaba. Ampliando la visión clínica y fisiopatogénica, otros estudios respaldan una hipótesis multifactorial, incluyendo la participación de agentes genéticos, ambientales y psicosociales como neurosis, depresión, ansiedad y estrés. En esta búsqueda aclaratoria de los orígenes de la disfunción muscular observada en el bruxismo, también han sido considerados agentes causales desarreglos funcionales en el equilibrio catecolaminérgico del sistema nervioso central, así como por ingesta de sustancias con acción sobre el SNC (cafeína, alcohol, tabaco y drogas recreativas), medicamentos como benzodiazepinas y drogas dopaminérgicas.¹¹ En el presente trabajo se considera como adyuvantes, más no determinantes, a factores locales como oclusión, relación entre estructuras óseas (morfológicas) y alteraciones articulares que pueden coparticipar agravando o prolongando la disfunción muscular.

(8)

Bruxismo, en una revisión de Kato, Thie, Montplaisir y Lavigne en el año 2001, quedó definida como una actividad parafuncional oral cuando un individuo está despierto o dormido. Se subclasifica como bruxismo primario y secundario. El bruxismo primario, o idiopático, corresponde al apretamiento diurno y al bruxismo del sueño cuando no se reconocen problemas o causas médicas. El bruxismo secundario, también denominado por ellos "iatrogénico", corresponde a formas de bruxismo asociados a problemas neurológicos, psiquiátricos, desórdenes del sueño y a administración de drogas. Entonces, el acto de apretar y rechinar los dientes puede ser de causa conocida o de causa desconocida. Sea cual sea, se puede realizar durante el día o durante la noche. De aquí la nominación de bruxismo diurno y de bruxismo nocturno. Es por esto importante recalcar que el diagnóstico de bruxismo debe ir acompañado de su apellido ya que, el bruxismo nocturno, como una parasomnia, corresponde a una entidad que debe ser tratada diferente al bruxismo diurno.

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

De acuerdo a las características clínicas particulares, se presentan diferentes tipos de bruxismo asociándose principalmente con adultos y aunque se presenta escasamente en niños, se debe diferenciar del desgaste fisiológico en dicha población. Al respecto, se considera al bruxismo como una parafunción, y el acto de rechinar los dientes provoca atrición en un tercio de los infantes con dentición temporal pero también existe el concepto de desgaste funcional. El problema radica en la determinación de cuál es el límite entre lo funcional y lo para funcional. Con relación a ello, se debe recordar que entre los 4 y 5 años de edad, el maxilar superior crece en sentido sagital mientras que en la mandíbula predomina un crecimiento horizontal. Esta condición genera la necesidad de buscar una oclusión estable la que se encuentra 1 a 2 mm. más adelantada por el crecimiento sagital maxilar. Por ende, los dientes temporales deben haber perdido su agudeza para permitir el libre avance. Así se podrá formar, entonces, un escalón entre las caras distales de los segundos molares temporales facilitando la correcta oclusión de la dentición permanente. (Segundo avance fisiológico de la oclusión). Si la dieta del niño es más abrasiva, el desgaste que se produce permite más fácilmente a la mandíbula adoptar la posición adelantada por lo que la relación incisal a los 5 años será más de borde a borde. El desgaste dentario dependerá además, entre otros, de la dureza del esmalte, de la fuerza masticatoria empleada y del tipo facial con predominio maseterino. Entonces, el bruxismo diurno puede ser idiopático, si no se le reconocen causas o secundario cuando está asociado a problemas neurológicos, psiquiátricos u otros. El bruxismo nocturno, que corresponde al acto de apretar y rechinar los dientes durante el sueño, también puede ser idiopático o puede ser secundario y éste comúnmente se trata en la literatura como un trastorno del sueño clasificado bajo el título de parasomnia. Cabe recordar que los trastornos del sueño están clasificados en tres grupos: Disomnias (insomnios, trastornos del ritmo circadiano, etc.), parasomnias (trastornos del despertar, trastornos de la transición sueño - vigilia, parasomnias asociadas con el sueño REM como las

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

pesadillas y otras como el bruxismo y enuresis nocturna) y trastornos del sueño asociados con procesos médicos y psiquiátricos . Esta patología que se encuentra inmersa en el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en los Estados Unidos de América, es el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) y data de 1994. En éste, se ordenan: 1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. (retrasos, T. del aprendizaje, de habilidades motoras, de la comunicación, del desarrollo, etc.), delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos, trastornos mentales debido a enfermedades médicas, trastornos relacionados con sustancias (alcohol, alucinógenos, etc.), esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo. (T. depresivos y bipolares), trastornos de ansiedad. (angustias, fobias), trastornos somatomorfos (somatización, hipocondría), trastornos facticios, trastornos disociativos (amnesia, despersonalización), trastornos sexuales y de la identidad sexual, trastornos de la conducta alimentaria. (anorexia, bulimia), trastornos del sueño, trastornos primarios como disomnias y parasomnias, trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental, trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. (cleptomanía, piromanía), trastornos adaptativo, trastornos de la personalidad. (paranoide, esquizoide, narcisista, obsesividad, etc), otros como T. Psicológicos que afectan estado físico, T. Motores inducidos por medicamentos, problemas de relaciones interpersonales, etc. (9).

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

Reporte de Caso.



ARCADA SUPERIOR



ARCADA INFERIOR

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

FRONTAL AMBAS ARCADAS EN OCLUSIÓN



IMAGEN LATERAL IZQUIERDA



IMAGEN LATERAL DERECHA



Proceso durante la restauración

Aislamiento absoluto

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal



Realizamos biselado (anclaje en los bordes para que se inserte la restauración).



Acondicionamos con ácido orto fosfórico 37% por 30 segundos que ayuda a la mejor adhesión de los materiales de restauración.



Lavamos con abundante agua el doble de tiempo.

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal



Aplicamos bondi, frotamos por 20 seg. aireamos, luego se frota nuevamente y se fotocura.



Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal



Identificamos el color.



Realizamos la restauración capa por capa, con ayuda de banda celuloide, pulimos y abrillantamos las restauraciones.

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal



Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal



Aliviamos los puntos de contactos.



Restauraciones terminadas

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal



Elaboración de plato protector o placa miorelajante.



Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal



Realizamos con acrílico llave oclusal posterior

Historia Clínica

Identificación del paciente

Paciente de sexo masculino de 24 años de edad, sano, sin antecedentes familiares de enfermedades sistémicas, no fumador, no es alérgico a ningún tipo de sustancias, y no se encuentra bajo ningún tipo de tratamiento farmacológico.

Motivo de la consulta

Paciente acude a la consulta y refiere “quiero realizarme carillas por que se ven muy mal mis dientes”.

Anamnesis odontológica

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

La paciente manifiesta que durante mucho tiempo no había notado el desgaste del borde incisal de sus dientes, pero ahora le gustaría poder cambiar su aspecto por estética.

Expresa que desea restaurar los bordes de las piezas 11, 21. Evaluando el caso de la situación del paciente no cuenta con dinero para poder realizarse carillas de porcelana y se da la opción de realizarles directamente con resina. Se procedió a la toma de impresión para obtener los modelos de estudio, registro de oclusión para montar en articulador.

No presenta ninguna enfermedad sistémica razón por la cual no toma ningún medicamento.



Imágenes modelos de estudio, fotos extraorales, intraorale Foto de frente

Análisis de casos clínicos de restauraciones directas en posible paciente bruxomano con faceta de desgaste a nivel incisal

ARCADA SUPERIOR



ARCADA INFERIOR



FRONTAL AMBAS ARCADAS EN OCLUSIÓN



IMAGEN LATERAL IZQUIERDA



IMAGEN LATERAL DERECHA



Materiales y métodos

Para el presente caso clínico se utilizaron instrumentales idóneos en cuanto a fresas para preparar hasta materiales de impresión, que detallaremos a continuación.

Material elástico de la marca Zhermack para la toma de impresión de los modelos de estudio.

Y eso extraduro para el vaciado del molde para los modelos de estudio.

- Articulador semiajustable para montaje de los modelos de estudio.
- Acetato rígido para la confección para el plato protector.
- Acrílico rápido para confección del plato protector.
- Fresa punta de lápiz.
- Fresa redonda pequeña.
- Fresa alpina.
- Fresas de gomas para pulir resina.
- Cubetas de impresión “M” metálica superior e inferior.
- Papel de articular de la marca Prehma, recubierto por ambas caras con pigmentos en polvo para marcar los puntos de articulación.
- Kit de Fresas para pulir resina.
- Espátula de resina.
- Lijas de plástico y metálicas.
- Microbrush para transporte de material adhesivo (bondi).
- Bandas de celuloide para delimitación de excedente del material composite.
- Hilo dental para eliminación de excedente.

Lámina de acetato de n° 8 para la fabricación de férula híbrida con acrílico para el uso nocturno del paciente, que nos servirá de protección de las carillas y como mecanismo neuromiorelagante para la articulación temporo mandibular.

- Fresas para pulir acrílicos
- Tijera.

- Hilo dental.

Posterior al tratamiento restaurador se sometió al paciente al uso de férulas nocturnas, las que fueron confeccionadas con láminas de acetato y laminillas de long, la cual se recomendó al paciente su uso por el lapso de tres meses y valoraciones oclusales mensuales para comprobar si el mismo seguía bruxando. Es de interés indicar que dicha lámina se realizó con una técnica de llave oclusal para evitar los movimientos nocturnos previos al primer mes de uso.

Discusión.

La elección del tratamiento se dio en base a los datos recopilados en la anamnesis y el diagnóstico clínico.

Zamora, 2008, que la oclusión balanceada no era fisiológica (esto basado en sus experiencias clínicas), ya que restauraciones hechas en tipo de oclusión al tiempo fracasaban. Se atribuyeron estos fracasos a contactos múltiples que al paso del tiempo degeneraban en desgastes oclusales degradación periodontal y disfunción temporomandibular.

Reis y Borges en 2004, a través de un estudio EMG concluyeron que la oclusión por guía canina comparada con la oclusión en función de grupo, reflejada en una electromiografía, muestra una reducción de actividad de los músculos elevadores, esta reducción sugiere que el sistema estomatognático estaría así protegido más efectivamente contra una tensión muscular no fisiológica.

Los simpatizantes de la función de grupo sostienen que de ese modo se distribuye mejor el *stress* de la masticación; en defensa de la oclusión por guía canina algunas escuelas de oclusión indican que durante la desoclusión lateral en la que hay contacto sólo del canino, se genera un

impulso propioceptivo que disminuye la intensidad de contracción de los músculos masticadores, lo que también reduce su efecto sobre el canino. (10)

La selección de técnica y material escogidos para este caso se hizo en base a las posibilidades de la paciente, tanto funcionales y estéticas como económicas. Ya que el aspecto económico en la relación con (10) el paciente y la elección del plan de tratamiento es un punto de quiebre en el que el odontólogo debe ser flexible y ofrecer alternativas que satisfagan a ambas partes. (11)

“Una de las consecuencias que se pueden derivar de la mala posición de los dientes anteriores es el desgaste dental progresivo de los mismos, especialmente de los inferiores. Además, los pequeños traumatismos y accidentes a los que los dientes anteriores están dispuestos, también contribuyen a que, con los años, la forma natural de los dientes esté francamente alterada.

Los adultos, mayores de 25 años presentan, la gran mayoría, en mayor o menor medida desgaste dental de los bordes de los dientes anteriores inferiores.

Si además el paciente presenta hábitos parafuncionales como el bruxismo -apretamientos y frotamientos dentales, especialmente nocturnos- la progresión del desgaste dental es mayor y se acelera, presentándose más prematuramente. (12).

El bruxismo o rechinar de dientes es una patología de etiología no bien definida, actualmente constituye un serio problema de Salud Mental y dental, involucra al odontólogo y psicólogo para su tratamiento y atención. No está perfectamente determinada la influencia de una situación estresante en su aparición y desarrollo, sin embargo, pueden relacionarse con su presencia. El objetivo es determinar la relación entre bruxismo, estrés y ansiedad en los estudiantes. La práctica odontológica

confirma la frecuente presencia de padecimientos como el bruxismo, en el que los trastornos de ansiedad y el estrés conducen a la aparición y agudización de dicha sintomatología con claras manifestaciones bucales. Trae a su vez modificaciones importantes en los dientes (destrucción y movilidad), fatiga y dolores de cabeza y de los músculos maseteros, pterigoideos internos y temporales entre otros. En ocasiones pérdida de los tejidos de sostén del diente, que interfiere en el aspecto fisiológico y estético del paciente, que le ocasionan irritabilidad y malestar general, que conlleva a alteraciones en su conducta y por consiguiente conflictos emocionales que impactan en sus relaciones interpersonales." (13).

Conclusión.

No se ha determinado específicamente sobre cuál es el mejor tipo de oclusión; ambas tanto función de grupo como guía canina se encuentran naturalmente en la dentición y pueden ser usadas en restauraciones de acuerdo a las necesidades del paciente y las consideraciones del odontólogo.

En el desarrollo natural de la oclusión actúan una variedad de factores asociados con el desgaste dentario y algunos de ellos son específicos en su etiología: actividad funcional (masticación), hábitos parafuncionales (bruxismo, apretamiento), hábitos como lengua protráctil, patrones de movimientos mandibulares (guía canina, guía anterior, función de grupo), dieta (bebidas carbonatadas y ácidas), enfermedades (reflujo gástrico, desórdenes alimenticios).

Los resultados obtenidos coinciden con un estudio realizado por los autores en una muestra perteneciente a la sociedad moderna, donde obtuvo como resultados más significativos que el género y la edad están firmemente asociados al desgaste dental de los dientes maxilares, pero también se puede presentar en pacientes jóvenes como en el caso presentado.

El grado de desgaste que más prevalece es la de grado 2, respecto a la edad y severidad de la atrición dentaria se encuentra mayor prevalencia de este desgaste dentario en pacientes de avanzada edad, debido a que estas personas y sus dientes han estado expuestos más a los factores etiológicos en comparación a aquellos pacientes más jóvenes.

Los hábitos de bruxismo y frecuente ingestión de alimentos cítricos aparecen significativamente asociados a la atrición dentaria. La ingesta de productos ácidos son los factores extrínsecos más comunes de etiología, como lo son las bebidas carbonatadas como coca cola, bebidas deportivas, jugos ácidos y yogures que tienen un pH muy bajo que provocan un gran efecto erosivo y en caso que el desgaste sea fisiológico en caso de la atrición dentaria debido a la función masticatoria lo agrava aún más.

Es muy importante tener en cuenta las pautas de la función masticatoria para no crear interferencias de lateralidad en el lado de trabajo ya que serían obstáculos durante las excursiones laterales, esto haría que el movimiento lo soporte otro diente que no está preparado para ello durante todo el movimiento lo que puede originarle un trauma periodontal al paciente.

La relación entre la atrición dentaria y la presencia de desgaste cervical estableció el mayor por ciento de pacientes con atrición dentaria en dientes posteriores con desgaste cervical, pero también se presenta el desgaste de los dientes anteriores ya se por su posición o malos hábitos.

De acuerdo a todo lo planteado en la presente investigación se puede plantear que el desgaste es una condición natural en los dientes. Cuando esta pérdida aumenta severamente, entran en juego procesos multifactoriales en los cuales es difícil aislar una sola causa, por lo que resulta de vital importancia detectarlos tempranamente.

Bibliografía.

1. Calabria-Díaz H. Lesiones no cariosas del cuello dentario: patología moderna, antigua controversia. *Odontoestomatología*. 2009 may 12; 11(12).
2. Capetillo-Hernandez G, Torres-Capetillo E. *Bruxismo, estrés y ansiedad México: Académica Española*; 2013.
3. Nápoles García D, García Cabrera L, Rodríguez Reyes O, Nápoles Méndez D. Tendencias contemporáneas de las bases fisiopatológicas del bruxismo. *Policlínico Docente Comunitario "Ramón López Peña"*. 2014; 18(8).
4. Tischler. ; 1928.
5. Larrucea-Verdugo C. *Reconstrucción Oclusal Bruxismo v/s Resinas Compuestas México: Panamericana*; 2000.
6. Becker I. *Oclusion en la pactica clinica: AMOLCA*; 2012.
7. Barbosa-Hernández J. Prevalencia de bruxismo en alumnos del décimo semestre de la facultad de medicina campus poza Rica – Tuxpan. Poza Rica: Universidad de Veracruzada, Facultad de Odontología; 2012.
8. Bruxismo. [Online]. Available from: <http://www.clinicadentalferrer.com/bruxismo.pdf>.
9. Rugh & col. Bruxismo y desgaste dental. *Revista ADM*. 2015; 72(2): p. 92-98.
10. Kato TM. Bruxismo. *Odontoestomatol*. 2003; 19(3): p. 123-130.
11. Liddelow G, Carmichael G. Gestión del Trauma Dental. *Australian Dental Journal*. 2016; 61(1): p. 107-119.
12. Barrancos J, Mooney P. *Operatoria Dental Buenos Aires: Panamericana*; 2006.
13. Follata M. gabinete odontologico. [Online].; 2015. Available from: <http://www.mfollanaortodoncia.com/tratamientos/desgaste-oclusal-y-dentario/>.