

bruxismo – bruxism

Authored by
memjavad

November 10, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *bruxismo – bruxism*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=3750>

Bruxismo

Primary Disciplinary Field(s): Odontología, Medicina del Sueño, Neurología

1. Definición Central y Clasificación

El **bruxismo** se define como una parafunción involuntaria, caracterizada por el rechinar, el apretamiento o el frotamiento de los dientes, que puede ocurrir tanto durante el sueño como en el estado de vigilia. Esta actividad muscular excesiva del sistema masticatorio no es funcional, es decir, no está asociada a la masticación, deglución o habla, sino que representa un hábito repetitivo y, a menudo, destructivo. Históricamente, el bruxismo fue considerado principalmente un problema odontológico debido a sus graves consecuencias sobre la estructura dental; sin embargo, la investigación contemporánea lo ha reubicado como un trastorno complejo con fuertes componentes neurológicos y del sueño, lo que exige un enfoque interdisciplinario para su comprensión y manejo. Su prevalencia es significativa en la población general, afectando a niños, adolescentes y adultos, aunque la intensidad y la frecuencia varían ampliamente entre individuos, siendo un factor clave en la determinación del daño patológico.

La clasificación del bruxismo es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento, basándose principalmente en el momento en que ocurre la actividad. Se distingue entre el **bruxismo del sueño (BS)** y el **bruxismo de la vigilia (BV)**. El BS se clasifica como un trastorno del movimiento relacionado con el sueño, caracterizado por episodios rítmicos o tónicos de actividad muscular masticatoria durante el sueño, a menudo asociados con microdespertares. Es esencialmente un fenómeno subconsciente que el paciente rara vez percibe directamente, siendo notificado generalmente por el compañero de cama o detectado por el odontólogo a través del desgaste dental. Por otro lado, el BV implica el contacto dental (apretamiento) o la tensión mandibular que ocurre mientras la persona está despierta. Este tipo de bruxismo es a menudo una respuesta inconsciente a factores estresantes o de concentración, y aunque el paciente puede ser más consciente de la tensión o el dolor asociado, la actividad en sí misma es un hábito difícil de controlar sin intervención.

Más allá de la temporalidad, la clasificación también considera la etiología y la manifestación clínica. Desde una perspectiva etiológica, el bruxismo puede ser primario (idiopático, sin causa médica identificable) o secundario (asociado a trastornos médicos, consumo de sustancias o ciertos medicamentos, como algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina). Clínicamente, se clasifica según la predominancia del movimiento en bruxismo de rechinar (movimientos laterales que causan el mayor desgaste dental) o bruxismo de apretamiento (fuerza vertical intensa que provoca dolor muscular y sobrecarga articular). Esta diferenciación es crucial, ya que el rechinar tiende a causar atrición dental severa, mientras que el apretamiento se relaciona más directamente con el desarrollo de [trastornos temporomandibulares \(TTM\)](#) y dolor

miofascial.

2. Etiología y Factores de Riesgo

La etiología del bruxismo se considera marcadamente **multifactorial**, implicando una compleja interacción entre factores centrales (neurológicos y psicológicos), periféricos (oclusales y morfológicos) y ambientales. Tradicionalmente, se le otorgó un peso excesivo a los factores oclusales, como las interferencias dentales o las maloclusiones, como causa principal. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que, si bien la morfología oclusal puede influir en la manifestación y el grado de daño, el origen del bruxismo reside predominantemente en el sistema nervioso central. El bruxismo del sueño, en particular, está fuertemente correlacionado con la activación del sistema nervioso autónomo y se considera parte de los fenómenos de microdespertar durante las fases no REM del sueño, lo que apunta a una desregulación en los mecanismos de control del movimiento durante el descanso nocturno.

Los factores psicológicos y de comportamiento constituyen uno de los conjuntos de riesgos más significativos, especialmente en el caso del bruxismo de la vigilia. El **estrés**, la ansiedad, la frustración, la ira y la personalidad tipo A (competitiva y orientada al logro) están consistentemente vinculados a una mayor incidencia y severidad del bruxismo. La tensión emocional acumulada a lo largo del día se manifiesta a menudo como una hiperactividad muscular o una postura mandibular tensa durante las horas de vigilia, y puede trasladarse a la noche. Además, el bruxismo puede ser un mecanismo de afrontamiento inconsciente para manejar estados emocionales intensos. La gestión deficiente del estrés, por lo tanto, no solo exacerba la condición, sino que también complica el tratamiento, requiriendo a menudo la intervención de profesionales de la salud mental junto con el manejo odontológico.

Existen numerosos factores de riesgo adicionales que contribuyen al desarrollo o la exacerbación del bruxismo. Los factores del estilo de vida incluyen el consumo de alcohol, el tabaquismo y, notablemente, la ingesta de cafeína, ya que estos estimulantes pueden aumentar la excitabilidad del sistema nervioso central. Ciertos trastornos del sueño, como la apnea obstructiva del sueño (SAOS), están frecuentemente asociados con el bruxismo nocturno, sugiriendo una vía fisiopatológica compartida relacionada con la dificultad respiratoria y los patrones de excitación cerebral. Finalmente, el uso de ciertas sustancias farmacológicas, particularmente antidepresivos que actúan sobre la serotonina (ISRS), ha sido documentado como un factor desencadenante o agravante del bruxismo en algunos pacientes, lo que requiere un cuidadoso ajuste de la medicación por parte del médico tratante.

3. Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico

Las manifestaciones clínicas del bruxismo son variadas y pueden afectar estructuras dentales,

periodontales, musculares y articulares. El signo más evidente, especialmente en el bruxismo crónico, es el **desgaste dental** (atrición), que puede ser severo, reduciendo la altura de la corona, exponiendo la dentina y, en casos extremos, llevando a la pérdida de la vitalidad pulpar. Otros signos odontológicos incluyen fracturas de restauraciones, fisuras o fracturas de esmalte, sensibilidad dental al frío o al calor, y movilidad dental. A nivel muscular, el paciente suele experimentar dolor y fatiga en los [músculos masticatorios](#) (masetero y temporal), que puede manifestarse como una cefalea tensional matutina, especialmente si el bruxismo ocurre durante el sueño.

El diagnóstico del bruxismo se basa en una combinación de la historia clínica, el examen físico y, en casos complejos, métodos objetivos de medición. Durante el examen clínico, el odontólogo busca signos de atrición, impresiones linguales o en las mejillas (línea alba), hipertrofia del músculo masetero y dolor a la palpación muscular o articular. Sin embargo, el diagnóstico definitivo del bruxismo del sueño requiere el uso de la **polisomnografía** con electromiografía (EMG) de los músculos masticatorios. La polisomnografía es el estándar de oro, ya que permite registrar la actividad eléctrica muscular junto con otras variables del sueño, confirmando la presencia de episodios de bruxismo y diferenciándolos de otros movimientos orales relacionados con el sueño.

A pesar de la precisión de la polisomnografía, su alto costo y complejidad limitan su uso a la investigación o a casos diagnósticos particularmente desafiantes. Por ello, en la práctica clínica diaria, el diagnóstico se sustenta a menudo en criterios clínicos y el uso de dispositivos de registro simplificados, como monitores EMG portátiles o registros de audio. Es crucial diferenciar el bruxismo de otras condiciones que cursan con dolor orofacial, como los TTM primarios no relacionados con el bruxismo, la neuralgia del trigémino o las cefaleas primarias. La falta de un diagnóstico preciso puede llevar a tratamientos ineficaces o innecesarios, subrayando la importancia de una evaluación exhaustiva que incluya la identificación de factores etiológicos subyacentes, particularmente el estrés psicosocial y los trastornos respiratorios del sueño.

4. Fisiopatología

La comprensión de la fisiopatología del bruxismo, especialmente el nocturno, ha evolucionado significativamente, pasando de ser un problema mecánico a un fenómeno neurofisiológico. Se ha establecido que el bruxismo del sueño no es un evento aislado, sino que está íntimamente ligado a la activación central y autónoma. Los episodios de bruxismo suelen ocurrir en el contexto de los **microdespertares** o excitación transitoria durante las fases de sueño no REM. Estos microdespertares son breves cambios en la actividad cerebral, a menudo acompañados por aumentos en la frecuencia cardíaca, cambios respiratorios y, crucialmente, la activación de la musculatura masticatoria. Esta secuencia sugiere que el bruxismo es una manifestación motora de la inestabilidad del sueño.

El mecanismo central involucra una desregulación de las vías motoras y de los neurotransmisores. Se postula que existe una alteración en el control rítmico de los músculos masticatorios por parte de los núcleos del tronco encefálico. Neurotransmisores como la dopamina y la serotonina juegan un papel clave. La dopamina, implicada en el control motor, parece estar relacionada con la génesis de los movimientos rítmicos de la mandíbula; de hecho, algunos medicamentos que modulan la dopamina pueden influir en la actividad bruxista. Además, la relación con el sistema nervioso autónomo es evidente: los episodios de bruxismo están precedidos por un aumento de la actividad simpática (aceleración del corazón y elevación de la presión arterial), lo que refuerza la idea de que la condición es una respuesta de excitación central durante el sueño.

En el caso del bruxismo de la vigilia, la fisiopatología se centra más en los mecanismos de habituación y la respuesta somática al estrés. El sistema límbico, responsable del procesamiento emocional, interactúa con las áreas motoras, haciendo que el estrés psicológico se traduzca en un aumento del tono muscular en la región orofacial. Esta tensión se convierte en un hábito mantenido, donde el individuo aprieta los dientes o mantiene la mandíbula en una posición de alerta, a menudo sin darse cuenta. La persistencia de este hábito conduce a un ciclo de dolor miofascial: la actividad muscular sostenida causa isquemia y acumulación de metabolitos, lo que provoca dolor y, a su vez, perpetúa el apretamiento como una respuesta refleja, haciendo que la condición sea difícil de romper sin intervenciones conductuales.

5. Impacto Odontológico y Sistémico

El impacto más inmediato y visible del bruxismo recae sobre el sistema estomatognático. La fuerza ejercida durante el apretamiento o rechinar puede superar con creces las fuerzas funcionales normales, alcanzando niveles de presión que comprometen la integridad de los tejidos duros y blandos. La consecuencia más grave es la **atrición dental** progresiva, que no solo compromete la estética y la función masticatoria, sino que también puede alterar la dimensión vertical oclusal, llevando a problemas más complejos de rehabilitación oral. Además, las fuerzas excesivas pueden provocar la falla de restauraciones dentales (coronas, empastes), fracturas de cúspides o, en casos extremos, la pérdida de dientes debido a fracturas radiculares o el fracaso de implantes dentales.

A nivel sistémico, el bruxismo es un contribuyente primario al desarrollo de los **Trastornos Temporomandibulares (TTM)**. Los TTM son un conjunto de condiciones que afectan la articulación temporomandibular (ATM) y/o los músculos de la masticación. El apretamiento crónico impone una carga excesiva sobre la ATM, lo que puede llevar a la inflamación, el desplazamiento del disco articular (chasquidos o bloqueos mandibulares) y, a largo plazo, cambios degenerativos en la articulación (osteoartritis). El dolor orofacial asociado al bruxismo, que se irradia a la cabeza, el cuello y los hombros, tiene un impacto significativo en la calidad de vida. Los pacientes a menudo reportan dificultades para dormir, comer y hablar, y el dolor crónico puede llevar a la

dependencia de analgésicos o a la disminución de la productividad laboral.

Más allá del daño físico directo, el bruxismo tiene un impacto psicológico y social. La severidad del desgaste dental puede causar vergüenza o inseguridad, afectando la autoimagen del individuo. Además, el bruxismo del sueño puede perturbar el descanso tanto del paciente como de su pareja, lo que contribuye a problemas de sueño, irritabilidad diurna y fatiga crónica, deteriorando las relaciones interpersonales. El tratamiento del bruxismo crónico y el manejo de sus secuelas (reconstrucciones dentales complejas, terapia para TTM) también representan una carga económica considerable para el paciente y el sistema de salud, lo que subraya la necesidad de una detección e intervención tempranas para mitigar las consecuencias a largo plazo de esta parafunción.

6. Manejo Terapéutico

El manejo terapéutico del bruxismo es típicamente paliativo y multidisciplinario, ya que no existe una cura única, sino una serie de intervenciones destinadas a controlar los síntomas, prevenir el daño y abordar los factores etiológicos subyacentes. El tratamiento odontológico principal se centra en la protección de las estructuras dentales y la reducción de la carga articular mediante el uso de **férulas oclusales** (placas de mordida o guardas nocturnas). Estas férulas, generalmente hechas de acrílico rígido, actúan como una barrera física, distribuyendo las fuerzas de manera más uniforme y desprogramando los músculos masticatorios, lo que reduce la intensidad del apretamiento y rechinar. Es fundamental que estas férulas sean personalizadas y ajustadas profesionalmente para evitar la inducción de cambios oclusales indeseados.

Dado el fuerte componente psicológico, las intervenciones conductuales y de manejo del estrés son esenciales, especialmente para el bruxismo de la vigilia. La **terapia cognitivo-conductual (TCC)** ayuda a los pacientes a identificar y modificar los hábitos de apretamiento, promoviendo la conciencia de la postura mandibular correcta (dientes separados, músculos relajados) a través de recordatorios y técnicas de biofeedback. Las técnicas de relajación, la meditación y el ejercicio físico regular son herramientas complementarias efectivas para reducir los niveles generales de estrés y ansiedad que actúan como desencadenantes centrales. La educación del paciente sobre la naturaleza de su condición y la necesidad de adherencia al tratamiento es crucial para el éxito a largo plazo.

En casos de bruxismo severo o resistente a las terapias convencionales, se pueden considerar tratamientos farmacológicos o mínimamente invasivos. Los medicamentos suelen tener un papel limitado y temporal, incluyendo relajantes musculares para aliviar el dolor agudo o, en casos seleccionados, el uso de dosis bajas de ansiolíticos o antidepresivos bajo estricta supervisión médica para modular la actividad del SNC durante el sueño. Una opción cada vez más utilizada, especialmente cuando el bruxismo provoca hipertrofia maseterina significativa o dolor refractario,

es la inyección de **toxina botulínica**. La toxina debilita temporalmente los músculos masticatorios (masetero y/o temporal), reduciendo la fuerza de contracción y, por ende, el daño y el dolor, aunque su efecto es transitorio y requiere reaplicaciones periódicas.

7. Pronóstico y Prevención

El pronóstico del bruxismo es generalmente bueno en términos de control de síntomas y prevención de daños, siempre y cuando el paciente se adhiera rigurosamente al plan de tratamiento multidisciplinario. Sin embargo, el bruxismo es a menudo una condición crónica, lo que significa que la tendencia a apretar o rechinar puede persistir durante años, especialmente si los factores etiológicos subyacentes (estrés, trastornos del sueño) no se resuelven permanentemente. Los pacientes deben entender que el uso de la férula oclusal es una medida de protección a largo plazo, y que las recaídas son comunes, particularmente durante períodos de aumento del estrés vital. El monitoreo odontológico regular es vital para detectar tempranamente el daño y ajustar las intervenciones.

La prevención del bruxismo se centra principalmente en la identificación y modificación de los factores de riesgo. En el ámbito del bruxismo de la vigilia, la prevención implica el desarrollo de la autoconciencia y la implementación de técnicas de manejo del estrés. Las intervenciones tempranas en niños con signos de bruxismo pueden ayudar a mitigar el daño dental a medida que se desarrollan. En el ámbito del sueño, la prevención está ligada a la mejora de la **higiene del sueño**: establecer horarios regulares, evitar estimulantes (cafeína, nicotina) antes de acostarse, y tratar cualquier trastorno del sueño coexistente, como la apnea del sueño, ya que su resolución a menudo reduce la frecuencia e intensidad de los episodios de bruxismo nocturno.

La prevención secundaria busca minimizar las consecuencias una vez que el bruxismo ha sido diagnosticado. Esto incluye la colocación de restauraciones dentales adecuadas para evitar puntos de contacto oclusales que puedan exacerbar el hábito, y la terapia física o los ejercicios de estiramiento para mantener la flexibilidad y reducir la tensión en los músculos faciales y cervicales. La educación continua sobre la ergonomía postural, especialmente para aquellos que pasan largas horas frente a pantallas de ordenador, también es una medida preventiva importante, ya que una postura incorrecta puede aumentar la tensión mandibular y predisponer al apretamiento.

8. Investigación Actual y Debates

La investigación actual sobre el bruxismo se centra en varios frentes, buscando dilucidar mejor su neurobiología y optimizar las estrategias terapéuticas. Un área de intenso debate es la relación precisa entre el bruxismo del sueño y los trastornos respiratorios del sueño, como la apnea. Aunque la correlación es alta, la causalidad sigue siendo discutida. Algunos estudios sugieren que el bruxismo podría ser un mecanismo protector o un despertar forzado para abrir la vía aérea

colapsada (una hipótesis conocida como la "respuesta de excitación"), mientras que otros lo ven simplemente como un fenómeno coincidente. La resolución de este debate tiene implicaciones directas en el tratamiento, determinando si la terapia debe enfocarse primariamente en el sueño o en la función oclusal.

Otro debate crucial gira en torno a la eficacia de las diversas modalidades de tratamiento. Si bien las férulas oclusales son el pilar del tratamiento, su mecanismo de acción exacto y su capacidad para reducir la actividad bruxista (en lugar de solo proteger los dientes) siguen siendo objeto de estudio. La investigación moderna está explorando alternativas a las férulas rígidas, incluyendo dispositivos que utilizan biofeedback para alertar al paciente durante los episodios de bruxismo, intentando reentrenar los patrones neuromusculares. Además, existe un interés creciente en la modulación farmacológica más específica, buscando agentes que puedan estabilizar los patrones de sueño sin los efectos secundarios de los sedantes tradicionales.

Finalmente, la investigación se está enfocando en la interconexión entre el bruxismo de la vigilia y el bruxismo del sueño. Las nuevas directrices de diagnóstico reconocen que ambos pueden coexistir y que el bruxismo de la vigilia (apretamiento diurno consciente o inconsciente) podría ser un fuerte predictor de la actividad bruxista nocturna. El desarrollo de aplicaciones móviles y sensores portátiles para monitorear la tensión mandibular y proporcionar alertas en tiempo real está revolucionando la forma en que se aborda el bruxismo de la vigilia, permitiendo una intervención conductual inmediata y personalizada, lo que representa una de las avenidas más prometedoras para el manejo futuro de esta compleja parafunción.

Lecturas Adicionales

[Bruxismo - Wikipedia](#)

[Bruxismo - Mayo Clinic](#)

[Trastornos de la articulación temporomandibular](#)

[Músculos masticatorios](#)