



*Tratamiento no farmacológico para el bruxismo. Revisión bibliográfica*

*Non-pharmacological treatment for bruxism. Bibliographic review*

*Tratamento não farmacológico do bruxismo. Revisão bibliográfica*

Victoria Deborha Paredes-Vinueza <sup>I</sup>  
[victoriaparedes@gmail.com](mailto:victoriaparedes@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-0067-7527>

Luis Alberto Vallejo-Izquierdo <sup>II</sup>  
[luisvallejo1@gmail.com](mailto:luisvallejo1@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-0220-394X>

Ana Karina García <sup>III</sup>  
[mdanakarinaragarcia@gmail.com](mailto:mdanakarinaragarcia@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-3030-7690>

**Correspondencia:** [victoriaparedes@gmail.com](mailto:victoriaparedes@gmail.com)

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

\* **Recibido:** 23 de septiembre de 2022 \* **Aceptado:** 18 de octubre de 2022 \* **Publicado:** 15 de noviembre de 2022

- I. Carrera de Odontología, Universidad Hemisferios, Quito, Ecuador.
- II. MSc, en Ciencias de la Salud con Énfasis en Cirugía, Quito, Ecuador.
- III. Cirujana Oral Patóloga, Quito, Ecuador.

## Resumen

**Objetivo:** Describir la utilidad del tratamiento no farmacológico para el bruxismo, mediante una comparación de resultados de los artículos presentados, en buscadores tales como Scielo, Pub Med, Google Académico y Elsevier comprendidos desde el 2015 al 2022. **Introducción:** Uno de los hábitos parafuncionales más comunes en la población es el bruxismo, conocido como apretamiento y rechinamiento dental, llegando a afectar incluso hasta el 35 % de la población mundial, se considera una de las parafunciones más perjudiciales para el sistema estomatognático, causando la mayor parte de alteraciones temporomandibulares y dolor de tipo miofascial, acompañado de desgaste dental anormal. Es necesario determinar la etiología de la enfermedad para planificar un tratamiento adecuado, si bien los fármacos como relajantes musculares, inyecciones de bótox u ansiolíticos pueden parecer una opción de tratamiento no existe evidencia sólida que solucionen por completo la parafunción, más bien se sugiere un abordaje combinado entre manejo de conducta y manejo odontológico. **Materiales y métodos:** Se plantea una investigación descriptiva en la cual se incluyeron buscadores digitales como: Scielo, Pub Med, Google académico y Elsevier. En cuya información científica se señaló aquellos artículos que cumplieran con el lapso de tiempo de 6 años entre el 2016 y el 2022, con base de 15 artículos científicos mediante la estrategia de búsqueda (PICO). **Resultados esperados:** Demostrar que la recopilación de información científica en el presente artículo es actual, de fuentes bibliográficas confiables y garantizar que la práctica clínica de los profesionales mejore a través de la investigación científica. **Conclusión:** Mediante la presente revisión bibliográfica se concluyó que es fundamental conocer la etiopatología, fisiología y desarrollo del bruxismo para poder determinar el tratamiento no farmacológico adecuado para esta patología, logrando así prevenir lesiones futuras y controlar a tiempo la misma. También se determinó que el bruxismo en vigilia es el único que puede ser controlado a través de un tratamiento no farmacológico.

**Palabras claves:** Bruxismo; Tratamiento; Tratamiento farmacológico; Tratamiento no farmacológico.

## **Abstract**

**Objective:** To describe the usefulness of non-pharmacological treatment for bruxism, through a comparison of the results of the articles presented, in search engines such as Scielo, Pub Med, Google Scholar and Elsevier from 2015 to 2022. **Introduction:** One of the parafunctional habits The most common in the population is bruxism, known as dental clenching and grinding, affecting even up to 35% of the world population, it is considered one of the most damaging parafunctions for the stomatognathic system, causing most temporomandibular alterations and myofascial-type pain, accompanied by abnormal dental wear. It is necessary to determine the etiology of the disease to plan an adequate treatment, although drugs such as muscle relaxants, Botox injections or anxiolytics may seem like a treatment option, there is no solid evidence that they completely solve the parafunction, rather an approach is suggested combined between behavior management and dental management. **Materials and methods:** A descriptive research is proposed in which digital search engines such as: Scielo, Pub Med, Google academic and Elsevier were included. In whose scientific information, those articles that met the time period of 6 years between 2016 and 2022 were indicated, based on 15 scientific articles through the search strategy (PICO). **Expected results:** Demonstrate that the compilation of scientific information in this article is current, from reliable bibliographic sources, and guarantee that the clinical practice of professionals improves through scientific research. **Conclusion:** Through this bibliographic review, it was concluded that it is essential to know the etiopathology, physiology and development of bruxism in order to determine the appropriate non-pharmacological treatment for this pathology, thus preventing future injuries and controlling it in time. It was also determined that awake bruxism is the only one that can be controlled through non-pharmacological treatment.

**Keywords:** Bruxism; Treatment; Pharmacotherapy; Non-pharmacological treatment.

## **Resumo**

**Objetivo:** Descrever a utilidade do tratamento não farmacológico para bruxismo, por meio da comparação dos resultados dos artigos apresentados, em buscadores como Scielo, Pub Med, Google Scholar e Elsevier de 2015 a 2022. **Introdução:** Um dos parafuncionais hábitos O mais comum na população é o bruxismo, conhecido como apertamento e ranger de dentes, acometendo até 35% da população mundial, é considerado uma das parafunções mais danosas para o sistema estomatognático, causando a maioria das alterações temporomandibulares e miofasciais dor,

acompañada de desgaste dentário anormal. É necessário determinar a etiologia da doença para planejar um tratamento adequado, embora medicamentos como relaxantes musculares, injeções de Botox ou ansiolíticos possam parecer uma opção de tratamento, não há evidências sólidas de que resolvam completamente a parafunção, mas uma abordagem é sugeridas combinadas entre gestão comportamental e gestão odontológica. Materiais e métodos: Propõe-se uma pesquisa descritiva na qual foram incluídos mecanismos de busca digitais como: Scielo, Pub Med, Google acadêmico e Elsevier. Em cujas informações científicas foram indicados aqueles artigos que atenderam ao período temporal de 6 anos entre 2016 e 2022, com base em 15 artigos científicos por meio da estratégia de busca (PICO). Resultados esperados: Demonstrar que a compilação das informações científicas neste artigo é atual, a partir de fontes bibliográficas confiáveis, e garantir que a prática clínica dos profissionais melhore por meio da pesquisa científica. Conclusão: Através desta revisão bibliográfica, concluiu-se que é fundamental conhecer a etiopatologia, fisiologia e desenvolvimento do bruxismo para determinar o tratamento não farmacológico adequado para esta patologia, prevenindo assim futuras lesões e controlando-a a tempo. Também foi determinado que o bruxismo acordado é o único que pode ser controlado por meio de tratamento não farmacológico.

**Palavras-chave:** Bruxismo; Tratamento; Farmacoterapia; Tratamento não farmacológico.

## Introducción

La salud bucodental es fundamental para brindar una buena calidad de vida en las personas, no solo en cuanto a la importancia estética, tiene un gran impacto psico-social y también a nivel funcional, ya que es indispensable en los procesos de fonación, masticación y deglución normal (Fuentes, 2018). Uno de los hábitos parafuncionales más comunes en la población es el bruxismo, conocido como apretamiento y rechinar dental, llegando a afectar incluso hasta el 35 % de la población mundial (Ordóñez et al., 2016). El bruxismo se considera una de las parafunciones más perjudiciales para el sistema estomatognático, causando la mayor parte de alteraciones temporomandibulares y dolor de tipo miofascial (Guaita & Högl, 2016). Además, es la causa más común de desgaste dental, siendo este último el motivo de consulta más común (Haggiag & Speciali, 2020).

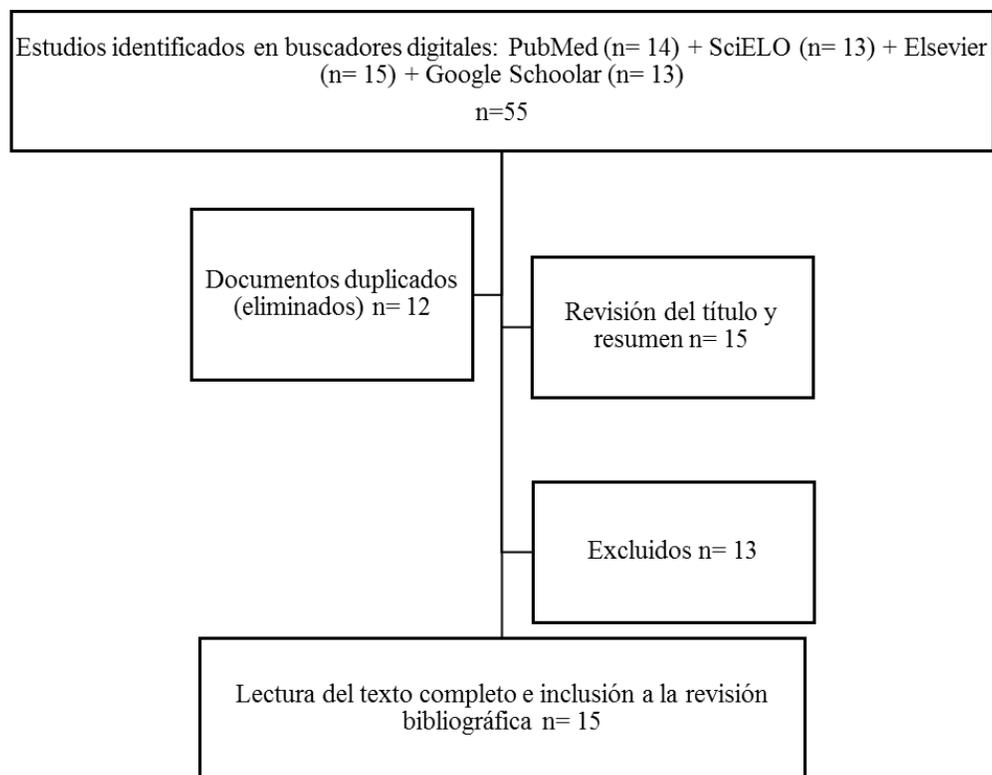
El bruxismo es una de las parafunciones que más se tratan en etapas tardías, debido a que las personas normalmente no asocian su salud bucodental a dolores de cabeza, oído, cuello o facial intenso, más bien, esta parafunción se detecta cuando el paciente acude por atrición dental, fracturas de restauraciones o coronas después de varios años (Oyarzo et al., 2021). Conocer la etiología de la enfermedad es fundamental, ya que es importante diferenciar el bruxismo nocturno o del sueño (BS) el cual sucede inconscientemente durante el sueño, por manifestaciones musculares en pequeños lapsos de despertares inconscientes con rechinar dental.

El otro tipo de bruxismo que es el diurno o de vigilia (BV), lo cual es semiconsciente y se asocia más a apretamiento dental (Ordóñez et al., 2016; von Bischoffshausen et al., 2019) En un principio se creía que la etiología primaria del bruxismo eran las interferencias oclusales o alteraciones morfológicas dentales (Pinos Robalino et al., 2020). La interacción genéticoambiental de la misma, añadiendo la ansiedad, el estrés y depresión como factores de riesgo de esta enfermedad, crenado mucho más riesgo de sufrir bruxismo diurno, mientras que el consumo de sustancias psicotrópicas, desórdenes del sueño, movimientos nocturnos con ronquido y la apnea del sueño son indicadores de bruxismo nocturno, siendo este último el más estudiado y peligroso por su naturaleza (Neira et al., 2010; Oyarzo et al., 2021). Se considera al bruxismo como una parafunción multifactorial, por lo que en su diagnóstico se usan las palabras “posible” o “probable” hasta un diagnóstico definitivo (Fernández et al., 2018).

Es necesario determinar la etiología de la enfermedad para planificar un tratamiento adecuado, si bien los fármacos que se emplean como relajantes musculares, inyecciones de bótox u ansiolíticos pueden parecer una opción de tratamiento, no existe evidencia sólida que solucionen por completo la parafunción, más bien se sugiere un abordaje combinado entre manejo de conducta y manejo odontológico (De Baat et al., 2021). La conducta se sugiere controlar los niveles de estrés con interconsulta psicológica o psiquiátrica junto a la biorretroalimentación mediante ejercicios, y en cuanto al manejo odontológico, se sugiere la utilización de férulas o protectores bucales e incluso la corrección dental mediante ortodoncia u ortopedia previniendo el uso farmacológico (Alcolea et al., 2019; Neira et al., 2010). Frente a ello el objetivo de este trabajo es describir la utilidad del tratamiento no farmacológico para el bruxismo, mediante una comparación de resultados de los artículos presentados, en buscadores tales como Scielo, Pub Med, Google Académico y Elsevier comprendidos desde el 2015 al 2022.

## Metodología

Se plantea una investigación de tipo descriptiva mediante la revisión de artículos obtenidos en las bases de datos: Scielo, Pub Med, Google Académico y Elsevier, considerando un lapso de tiempo máximo de 6 años entre el 2016 y el 2022. Empleando una estrategia de búsqueda PICO: con los términos: (Bruxism And Treatment And Farmacology Or No farmacology), (Bruxism And No farmacology OR Treatment And Farmacology) y sus homólogos relacionados en español. Arrojando como resultado 55 artículos de los cuales se emplearon 14 en PubMed, 13 en SciELO, 15 en Elsevier y 13 en Google Scholar, considerando como criterios de inclusión estudios de casos clínicos, metaanálisis, revisiones sistemáticas y revisiones de literatura que brindan información acerca del Tratamiento no farmacológico para el bruxismo. Los criterios de exclusión fueron todos los estudios que no mencionan o no relatan el tratamiento no farmacológico para el bruxismo.



**Figura 1:** Diagrama de búsqueda y selección de artículos empleados en la revisión bibliográfica.

De los 55 artículos tras su revisión fueron descartados 12 artículos que fueron duplicados,

también se descartaron 15 artículos ya que el título y resumen de los documentos no cumplían con los requisitos como fecha de publicación o no contenían la información suficiente, se excluyeron 13 artículos ya que no guardaban concordancia con el objetivo de investigación. Finalmente se seleccionaron 15 artículos los cuales concordaban con el tema del artículo.

### **Resultados Definición y clasificación del bruxismo**

Según la guía clínica para el diagnóstico de los trastornos del sueño publicado por la American Academy of Sleep Medicine, el bruxismo se define como la actividad músculo-mandibular repetitiva caracterizada por apretamiento o rechinar de los dientes o por el apretamiento dental y empuje mandibular, el cual tiene dos diferentes manifestaciones diferentes según el ritmo circadiano, la primera en vigilia (BV) o la segunda manifestación, durante el sueño (BS) (Fuentes, 2018; Oyarzo et al., 2021). A su vez, el bruxismo en vigilia (BV) se considera un hábito, es decir, el individuo adquiere esta mediante la experiencia repetitiva (Oyarzo et al., 2021).

El bruxismo del sueño (BS) se caracteriza por la incapacidad de controlar las actividades músculo-mandibulares durante el sueño (Oyarzo et al., 2021). Otra consideración mostrada en la literatura es diferenciar al bruxismo del rechinar dental, el bruxismo puede considerarse el cierre mandibular forzado, estático y degenerativo durante la máxima intercuspidad (posición céntrica) o en posición excéntrica, mientras que el rechinar dental es el cierre maxilomandibular forzado y dinámico, mientras la mandíbula realiza movimientos excéntricos, así diferenciando el bruxismo céntrico del excéntrico (Fuentes, 2018).

Es importante también diferenciar al bruxismo según su causa médica, el primario (idiopático) se da cuando la etiología no es clara, y el secundario (iatrogénico) se asocia a una etiología por causas de patologías neurológicas, psiquiátricas, consumo de estupefacientes o fármacos (Pinos Robalino et al., 2020). Esto es muy importante durante el diagnóstico, ya que esto nos ayudará a diferenciar si es fisiológico, el cual no supera los mecanismos de adaptación normales, por lo que se puede tratar, al contrario del patológico donde los medios estomatológicos no son suficientes, produciéndose efectos nocivos en el paciente (Fuentes, 2018).

## **Diagnóstico del bruxismo**

La literatura resalta que el bruxismo es un síntoma, por lo cual, entender su etiología es fundamental. Con lo mencionado anteriormente, si se presume de un bruxismo hay que diferenciar el de vigilia del bruxismo del sueño, para lo cual, se debe evaluar mediante la anamnesis, la calidad del sueño, si el paciente toma alguna medicación como: dopaminérgicos, noradrenérgicos, serotoninérgicos, antidepresivos, gabaérgicos o psicotrópicos, además de, rechimiento dental, cefaleas acompañadas o no de dolores musculares o articulares (ATM) (Fernández et al., 2018; Fuentes, 2018).

También es importante la interconsulta con un otorrinolaringólogo para buscar anomalías durante la respiración, así mismo el odontólogo mediante examen clínico evaluará desgastes dentales atípicos junto a úlceras y elevaciones lineales en la mucosa yugal uni o bilateralmente, trastornos temporomandibulares (TTM) y en casos de difícil diagnóstico, evaluación a través de polisomnografía (PSG) o electromiografía (EMG), cuando se requiera de un diagnóstico más preciso (Fernández et al., 2018; Pinos Robalino et al., 2020).

Con esta información podemos establecer un diagnóstico diferencial definitivo, siendo el bruxismo en vigilia (BV) caracterizado por venir de un autoreporte del paciente apoyado por el examen clínico odontológico junto a PSG Y EMG, por lo contrario, el bruxismo del sueño o (BS) se caracteriza por autoreporte, exploración física y clínica tanto odontológica como psicológica apoyada de un PSG (con registro audiovisual), ya que este último es el tipo de bruxismo más peligroso para la salud, es fundamental identificarlo y corregirlo rápidamente (Fuentes, 2018; Pinos Robalino et al., 2020).

## **Tratamiento del bruxismo del sueño (BS)**

El tratamiento implica un manejo multidisciplinario como son: el control tanto psicológico e incluso psiquiátrico, manejo de cuadros de estrés, ansiedad, ira, frustración o tensión excesiva (Oyarzo et al., 2021). A su vez, se ha demostrado la influencia de la variabilidad de los niveles de insulina, los cuales en la noche son más bajos, por lo que controlarlos es fundamental (Neira et al., 2010). Viéndose así que según la literatura este tipo de bruxismo necesita un acompañamiento medicamentoso muchas veces para ser controlado, como lo es el uso de relajantes musculares, inyecciones de bótox u ansiolíticos, se sugiere un abordaje combinado entre manejo de conducta

y manejo odontológico (De Baat et al., 2021).

### **Tratamiento del bruxismo de vigilia (BV)**

Es necesario determinar la etiología de la enfermedad para planificar un tratamiento adecuado, se sugiere un abordaje combinado entre manejo de conducta y manejo odontológico (Goldstein & Auclair Clark, 2017). En cuanto a la conducta se sugiere controlar los niveles de estrés con interconsulta psicológica o psiquiátrica junto a la biorretroalimentación mediante ejercicios, y en cuanto al manejo odontológico, la utilización de férulas o protectores bucales e incluso la corrección dental mediante ortodoncia u ortopedia si el caso lo amerita, es decir un tratamiento no farmacológico (Haggiag & Speciali, 2020).

### **Tratamiento no farmacológico en el control de ansiedad y estrés**

Es un factor a controlar muy fundamental dentro del tratamiento, pues se ha comprobado que los cuadros de estrés, ansiedad o ira exagerados son de los mayores desencadenantes para el rechimiento dental (Machado et al., 2020). Posterior a esto, del bruxismo de vigilia, causando serio desgaste dental al convertirse el bruxismo en un hábito recurrente, se recomienda al paciente asistir con un psicólogo, el cual podrá guiar al paciente hacia sus actividades favoritas o incluso buscar nuevas que favorezcan a la calma y meditación (Bergmann et al., 2020).

### **Tratamiento no farmacológico en cambios del comportamiento**

La literatura recomienda realizar ejercicios de biorretroalimentación, es decir, junto al odontólogo buscar la correcta posición tanto en oclusión como desoclusión frente a un espejo y tratar de imitar dichos movimientos durante el día, creando así un nuevo hábito que no sea perjudicial para las piezas dentarias ni musculatura involucrada (Gouw et al., 2017).

### **Tratamiento no farmacológico en abordajes odontológicos**

El principal signo odontológico del bruxismo es el desgaste dental ya sea por malposición dental o causa mioarticular, observándose así lesiones como abfracciones, atrición, corrosión, abrasión e incluso combinaciones de estas en varias piezas dentales. Si bien detiene el desgaste dental, no frena por completo el bruxismo si la causa viene en por el medio en el que se desarrolla el

individuo (Pinos Robalino et al., 2020). Una forma de corregir dichos problemas, es la corrección dental, en especial en casos graves donde se ha provocado sensibilidad, dentro de este manejo se recomienda remodelación de superficies como carillas oclusales y retiro de interferencias, llegando incluso a utilizar ortodoncia u ortopedia según corresponda (Goldstein & Auclair Clark, 2017). Otra aproximación odontológica es la utilización de férulas o protectores bucales, separando así mecánicamente con una barrera las superficies dentales evitando el rechinar, se recomienda que sea de un material duro como el acrílico, pues el cerebro está programado para dejar de aplicar fuerza si existe una interferencia clara, lo que no se consigue con materiales blandos como la silicona (Emodi-Perlman & Eli, 2021).

### **Efectos del tratamiento relacionado a ejercicios de bio-retroalimentación**

Se evidenció una reducción significativa de la actividad bruxista durante la fase de tratamiento, en cuanto al número de eventos y, especialmente, a su duración; no hubo efectos adversos (Guaita & Högl, 2016). Si bien este tratamiento no aborda la causa subyacente del bruxismo del paciente, parece ser una herramienta eficaz y segura dentro del tratamiento del bruxismo (Amorim et al., 2018). Los ejercicios de biorretroalimentación pueden ayudar a identificar las causas del bruxismo del paciente individual y la medida en que los síntomas informados se deben al bruxismo (Bergmann et al., 2020). Si bien la biorretroalimentación, podría no ser suficiente, en caso de necesitar tratamiento psicológico o interferencias oclusales, puede considerarse un método profiláctico, mientras se soluciona la causa principal del bruxismo (Fuentes, 2018).

### **Limitaciones en el tratamiento no farmacológico del bruxismo**

La literatura y la experiencia clínica indican una falta de conciencia del paciente y, por lo tanto, un subregistro de bruxismo en vigilia, como resultado, pueden ocurrir innumerables consecuencias dentales a causa del bruxismo en etapas avanzadas (Ordóñez et al., 2016). Los autores plantean la necesidad de una mayor concientización, tanto de los pacientes como de los profesionales, sobre todo de la serie de condiciones relacionadas con el bruxismo en vigilia (von Bischoffshausen et al., 2019). También, una de las más grandes limitaciones de este tipo de tratamiento, es que se basa en un abordaje multidisciplinario, el cual muchas veces resulta ser costoso para el paciente, haciendo así, que se busque ayuda una vez se requiera tratamiento dental

evidente o fallo de restauraciones o prótesis (Haggiag & Speciali, 2020).

## **Discusión**

Según la American Academy of Sleep Medicine, el bruxismo se define como la actividad músculo-mandibular repetitiva que se caracteriza por el apretamiento o rechinamiento de los órganos dentales, según (Gouw et al., 2017) el bruxismo tiene diferentes manifestaciones, la primera en vigilia (BV) o la segunda durante el sueño (BS). El bruxismo en vigilia (BV) se considera un hábito, es decir, el individuo adquiere esta mediante la experiencia repetitiva (Oyarzo et al., 2021) mientras que el bruxismo del sueño (BS) se caracteriza por la incapacidad de controlar las actividades músculo-mandibulares durante el sueño (Alcolea et al., 2019). (Amorim et al., 2018) determina que es importante diferenciar al bruxismo que se considera el cierre mandibular forzado, estático y degenerativo durante la máxima intercuspidación (posición céntrica) o en posición excéntrica, mientras que el rechinamiento dental es el cierre maxilomandibular forzado y dinámico mientras que la mandíbula ejecuta movimientos excéntricos (Neira et al., 2019).

Según (Emodi-Perlman & Eli, 2021) el bruxismo del sueño es producto de una degeneración y descontrol del sistema autónomo, su manejo es multidisciplinario con el control tanto psicológico e incluso a nivel psiquiátrico, (de Baat et al., 2021) menciona que puede originarse en cuadros de estrés, ansiedad, ira, frustración o tensión excesiva, entre otros y su control es farmacológico y no farmacológico combinado. Sin embargo (Bergmann et al., 2020) menciona que para controlar el bruxismo en vigilia es necesario interconsulta psicológica, se utiliza férulas o protectores bucales, lo cual implica un abordaje multidisciplinario costoso, por lo cual los pacientes acuden una vez se evidencia la afectación dental, de restauraciones, articular, o incluso hasta cuando le genere dolor evidente según (Haggiag & Speciali, 2020). Además, (Guaita & Högl, 2016) describe la utilidad de ejercicios de biorretroalimentación, es decir, junto al odontólogo buscar la correcta posición tanto en oclusión como desoclusión frente a un espejo y tratar de imitar dichos movimientos durante el día, creando así un nuevo hábito que no sea perjudicial para las piezas dentarias ni musculatura involucrada, si bien la biorretroalimentación, según (Alcolea et al., 2019) podría no ser suficiente, en caso de necesitar tratamiento psicológico o interferencias oclusales, puede considerarse un método profiláctico, mientras se soluciona la causa principal del bruxismo, que incluso puede ayudar a descubrir la causa principal del bruxismo (Fernández et al., 2018) Según

(Fuentes, 2018), la principal limitación para la resolución de problemas en pacientes bruxistas es entender que este, es un síntoma, por lo cual, entender su etiología es fundamental, así (Ordóñez et al., 2016), recalca que su tratamiento debe estar orientado en el diagnóstico correcto para el posterior control de los factores que lo están originando, acompañado de la rehabilitación del desgaste ocasionado por el mismo en los órganos dentales. Sin, embargo, (Fernández et al., 2018), indica la dificultad que representa el correcto diagnóstico del bruxismo, especialmente en etapas tempranas, ya que la mayoría de los casos se diagnostica, cuando ya se evidencia los estragos producidos en las piezas dentales o ATM, por lo cual (Machado et al., 2020) indican que los casos de bruxismo se manejan con un diagnóstico de probabilidad, (von Bischoffshausen et al., 2019) indica que esto nos ayudará a diferenciar si es fisiológico, el cual no supera los mecanismos de adaptación normales, por lo que se puede tratar con fisioterapia, al contrario del patológico donde los medios de adaptación estomatológicos no son suficientes produciéndose efectos nocivos en el paciente, necesitando un abordaje más agresivo, por otro lado, por lo cual, dentro de la práctica clínica diaria, (Pinos et al., 2020) indican que si se presume de un bruxismo, para diferenciarlo inmediatamente si se produce en vigilia o durante el sueño se necesita un abordaje interdisciplinario que comprende de odontólogo, otorrinolaringólogo y psiquiatra, solo así se podrá dar un diagnóstico certero, por ende un tratamiento funcional. Por otro lado, (Machado et al., 2020), remarca que el bruxismo en la mayoría de casos auto reportados, se pueden asociar al bruxismo en vigilia, por lo cual recomienda iniciar inmediatamente un tratamiento asociado a este, sin embargo, (Fuentes, 2018) indica que los autoreportes suceden una vez ocasionado el daño por bruxismo, siendo muy raro que el paciente le tome importancia en estadios tempranos, y más aún, busque un tratamiento si no se evidencia en forma de desgaste dental o dolor orofacial. Así, el manejo no farmacológico, según (Goldstein & Auclair Clark, 2017) se realiza inmediatamente en casos de bruxismo en vigilia, ya que muchas veces el contrarrestar ese hábito es suficiente para solucionar el problema, ya sea con ortodoncia, férulas o ejercicios de biorretroalimentación. Por el contrario, este manejo no farmacológico, es solo un complemento posterior al manejo farmacológico si se trata un bruxismo del sueño según (Oyarzo et al., 2021).

## Conclusión

Mediante la presente revisión bibliográfica se concluyó que es fundamental conocer la etiopatología, fisiología y desarrollo del bruxismo como signo clínico, para poder determinar si el tratamiento no farmacológico es suficiente para solucionar esta patología, logrando así prevenir lesiones futuras.

También se determinó que el bruxismo en vigilia es el único que puede ser controlado a través de un tratamiento no farmacológico estricto. Ya que este muchas veces es producto de un hábito generado por ansiedad, estrés, problemas personales o malas posiciones dentales, musculares o articulares, haciendo factible su corrección, mediante consulta psicológica, ortodoncia, férulas y ejercicios de biorretroalimentación según el caso lo requiera.

## Referencias

1. Alcolea, J., Mkhitarian, L., Erazo, P., Mkhitarian, L., & Erazo, P. (2019). Tratamiento del bruxismo con toxina botulínica tipo A. Estudio clínico prospectivo. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 45(4), 435–448.  
<https://doi.org/10.4321/S037678922019000400013>
2. Amorim, C. S. M., Espirito Santo, A. S., Sommer, M., & Marques, A. P. (2018). Effect of Physical Therapy in Bruxism Treatment: A Systematic Review. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 41(5), 389–404.  
<https://doi.org/10.1016/J.JMPT.2017.10.014>
3. Bergmann, A., Edelhoff, D., Schubert, O., Erdelt, K. J., & Pho Duc, J. M. (2020). Effect of treatment with a full-occlusion biofeedback splint on sleep bruxism and TMD pain: a randomized controlled clinical trial. *Clinical Oral Investigations*, 24(11), 4005–4018.  
<https://doi.org/10.1007/S00784-020-03270-Z>
4. de Baat, C., Verhoeff, M., Ahlberg, J., Manfredini, D., Winocur, E., Zweers, P., Rozema, F., Vissink, A., & Lobbezoo, F. (2021). Medications and addictive substances potentially inducing or attenuating sleep bruxism and/or awake bruxism. *Journal of Oral Rehabilitation*, 48(3), 343–354. <https://doi.org/10.1111/JOOR.13061>
5. Fernández, P., Delgado, R., & Castellanos, J. (2018). Alteraciones del sueño y bruxismo. *Revista ADM*, 75(4), 187–195. [www.medigraphic.com/adm](http://www.medigraphic.com/adm)

6. Fuentes, F. (2018). Conocimientos actuales para el entendimiento del bruxismo. Revisión de la literatura. *Revista ADM*, 75(4), 180–186. [www.medigraphic.com/adm](http://www.medigraphic.com/adm)
7. Goldstein, R. E., & Auclair Clark, W. (2017). The clinical management of awake bruxism. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 148(6), 387–391. <https://doi.org/10.1016/J.ADAJ.2017.03.005>
8. Guaita, M., & Högl, B. (2016). Current Treatments of Bruxism. *Current Treatment Options in Neurology*, 18(2), 1–15. <https://doi.org/10.1007/S11940-016-0396-3>
9. Haggiag, A., & Speciali, J. G. (2020). A new biofeedback approach for the control of awake bruxism and chronic migraine headache: utilization of an awake posterior interocclusal device. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 78(7), 397–402. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20200031>
10. Machado, N. A. G., Costa, Y. M., Quevedo, H. M., Stuginski-Barbosa, J., Valle, C. M., Bonjardim, L. R., Garib, D. G., & Conti, P. C. R. (2020). The association of self-reported awake bruxism with anxiety, depression, pain threshold at pressure, pain vigilance, and quality of life in patients undergoing orthodontic treatment. *Journal of Applied Oral Science : Revista FOB*, 28, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1678-2019-0407>
11. Neira, A., Olaya, A., & Clinico, T. (2010). Manejo farmacológico del dolor orofacial. Revisión de literatura. *Revista*, 18(1), 58–66.
12. Ordóñez, M. P., Villavicencio-Caparó, É., Alvarado-Jiménez, O. R., & VanegasAvecillas, M. E. (2016). Prevalencia de bruxismo de vigilia evaluado por auto-reporte en relación con estrés, ansiedad y depresión. *Revista Estomatológica Herediana*, 26(3), 147– 150. <https://doi.org/10.20453/REH.V26I3.2958>
13. Oyarzo, J. F., Valdés, C., & Bravo, R. (2021). Etiología, diagnóstico y manejo de bruxismo de sueño. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 603–610. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2021.07.007>
14. Pinos, P., Gonzabay, E., & Cedeño, M. (2020). El bruxismo conocimientos actuales. Una revisión de la literatura. *Reciamuc*, 4(1), 49–58. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.49-58](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.49-58)
15. von Bischoffshausen, K. P., Wallem, A. H., Allendes, A. A., Díaz, R. M., & Bischoffshausen, V. (2019). Bruxism and Stress Prevalence in Dentistry Students of the

Pontificia Universidad Católica de Chile. *Int. J. Odontostomat*, 13(1), 97–102.

© 2022 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).