

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE

Auriculopuntura en el tratamiento del bruxismo. Auriculopuncture in the treatment of bruxism.

José Miguel Montero Parrilla(1), Yarily García Martínez (2), Evelyn González Pla (3), Martha Fundora Cepero (4).

RESUMEN

Se realizó un estudio caso control para determinar el efecto de la auriculopuntura en las personas bruxópatas que acudieron a la Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila durante los meses de octubre del 2003 a abril del 2004. La muestra estuvo constituida por 24 pacientes que se distribuyeron equitativamente en un grupo estudio que recibió tratamiento con semillas de cardo santo auriculares, y un grupo control con tratamiento convencional. La mayor cantidad de los pacientes atendidos se encontraban sometidos a altas tensiones psicológicas y el dolor de los músculos maseteros fue el más frecuente. El tratamiento auriculopuntural fue evaluado como Bueno en el 70% de las personas atendidas. Podemos considerar que la auriculoterapia es una modalidad saludable, beneficiosa y de fácil aplicación para el control del Bruxismo, y que constituye una alternativa en su tratamiento.

Palabras Clave: BRUXISMO/terapia, AURICULOPUNTURA.

1. Estomatólogo General Básico.
2. Estudiante de quinto año de Estomatología.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina Natural y Tradicional.
4. Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemoriales en la historia de la humanidad se ha venido haciendo referencia al acto conocido hoy como Bruxismo. Tal vez la primera se encuentra en los textos del Antiguo Testamento cuando se habla del “crujir y rechinar de dientes” en relación con los castigos eternos (1-2).

Se entiende por Bruxismo una actividad parafuncional caracterizada por rechinar, apretar, trabar y masticar con los dientes, cuya etiología se considera debida a una combinación de problemas relacionados con la presencia de algún tipo de desarmonía oclusal y factores psíquicos o de origen psicossomático (3- 6).

Durante el sueño los bruxópatas pueden llevar la mandíbula a posiciones contactantes imposibles de lograr de forma voluntaria y esto justifica la presencia de facetas de desgaste en las superficies oclusales no congruentes con la función masticatoria (7, 8). Los pacientes con este trastorno también presentan un rechinar de dientes durante el horario de sueño muy molesto para las personas que conviven con ellos. La fuerte tensión muscular puede ocasionar mialgias y a la vez provocar fracturas imprevistas de los dientes (9,10).

La terapéutica a seguir está en dependencia de la complejidad de este trastorno y del paciente que lo sufre y su objetivo es tratar de prevenir daños permanentes en las piezas dentales y reducir el dolor orofacial, presente en 1 de cada 5 pacientes (11,12). Se emplean diversos medicamentos (terapia farmacológica) como los ansiolíticos, relajantes musculares, analgésicos y antiinflamatorios (13). También se aplican tratamientos a los desequilibrios

oclusales (terapéutica oclusal), y se utiliza la fisioterapia sobre los músculos masticatorios (6,14).

El aumento en la toxicidad medicamentosa y otras técnicas invasivas, que no siempre producen alivio, nos hace pensar en el uso de terapias naturales y biológicas (15) como la auriculopuntura, que constituye un microsistema de acupuntura por medio de la cual se diagnostican y tratan diversas enfermedades utilizando los puntos de reacción que se encuentran en las zonas auriculares (16- 17).

La relación entre las orejas, órganos internos y canales energéticos fue grabada hace más de 2000 años en el libro Huangdi Nei Ping (Canon of Medicine). En estos momentos se conocen alrededor de 200 puntos biológicamente activos con los cuales se pueden tratar numerosas enfermedades. La ventaja de la auriculoterapia consiste en que se aprende fácil, es de amplio uso, tiene un manejo simple y probada acción analgésica, sedativa, anticonvulsivante, antiinflamatoria, antitúscigena y antipirética (18).

Al tomar en consideración estos efectos de la estimulación auricular y asociarlos con la posible etiopatogenia del Bruxismo es que nos preguntamos: ¿Será efectiva la auriculopuntura en el tratamiento de esta parafunción?

Por tal motivo desarrollamos la presente investigación, para determinar el efecto del tratamiento auriculopuntural en los pacientes bruxópatas.

MÉTODO

Se realizó un estudio caso control, con los pacientes que acudieron a la Consulta de Prótesis Estomatológica de Clínica Docente del municipio Ciego de Ávila con diagnóstico Bruxismo, durante el período comprendido de octubre del 2003 a febrero del 2004.

De un universo de 36 pacientes se seleccionó una muestra de 24 personas que cumplieron los criterios siguientes:

Criterios diagnósticos:

- 1.- Bruxismo.
- 2.- Fatiga o dolor en los músculos masticatorios ya fuera espontáneo o a la palpación.
- 3.-Ausencia de interferencias oclusales groseras.
- Criterios de inclusión:
 - 1.- Independencia de sexo.
 - 2.- Mayor de 18 años.
- Criterios de exclusión:
 - 1.- Ser asintomático.
 - 2.- Mujeres embarazadas.
 - 3.-Presentar disfunción hepática o renal.
 - 4.- No tener interés en participar en la investigación.
- Criterios de salida:
 - 1.-Abandono voluntario del tratamiento por parte del paciente.

La población objeto de estudio se dividió de forma aleatoria en dos grupos equilibrados denominados de estudio y control, integrado cada uno por 12 pacientes. Del total de la muestra del grupo estudio salieron dos pacientes que abandonaron voluntariamente el tratamiento (dejaron de asistir sin previo aviso ni justificación) los cuales se excluyen del análisis estadístico dado que su salida no estuvo relacionada con la efectividad del tratamiento.

Se solicitó el consentimiento de los pacientes para participar en la investigación y una vez obtenido, se les explicó qué tipo de tratamiento recibirían: un grupo (estudio), el tratamiento de

auriculopuntura con semillas y el otro (control) el tratamiento con medicamentos convencionales.

En el grupo control se aplicaron relajantes musculares y antiinflamatorios.

Dosificación:

- Meprobamato _____ 1 tableta de 400 mg 4 veces al día.
- Ibuprofeno _____ ½ tableta de 400 mg 4 veces al día.

Este esquema de tratamiento se deriva de la experiencia de la consulta de Prótesis Estomatológica de la Clínica Docente de Ciego de Ávila.

En el grupo estudio el método empleado fue la pega y presión, para lo cual se utilizaron semillas de cardo santo (*Argemone mexicana*), que fueron obtenidas en los campos cercanos a la ciudad, las cuales se colocaron sobre un esparadrapo cortado a la medida de 5 x 5 mm y se fijaron a la oreja con auxilio de una pinza mosquito.

Para la selección de los puntos se tuvo en cuenta la zona a tratar, haciendo una combinación de los indicados para la analgesia, sedación y efecto antiinflamatorio, determinados según diagnóstico tradicional de acuerdo al criterio de los autores:

Punto Shenmen auricular: está localizado en el tercio lateral de la fosa triangular, en el punto donde se bifurca el antihelix.

Punto riñón: está localizado debajo de la rama horizontal del antihelix.

Punto hígado: está localizado a continuación del punto 103 de vesícula-páncreas, a la altura del punto 42 del tórax y en el tronco del antihelix.

Puntos de la boca (plancha superior y plancha inferior): Ubicados en la segunda sección de los nueve cuadrantes en que se divide el lóbulo de la oreja.

Para realizar una acción mecánica de esterilización sobre el punto auricular, se limpió previamente todo el pabellón con un algodón embebido en alcohol de 90°.

Los puntos fueron estimulados por el propio paciente, con una frecuencia de cinco veces al día y una duración de un minuto en cada punto.

En ambos grupos se indicó compresas calientes en los músculos masticatorios para aumentar la extensibilidad de tejidos fibrosos y el umbral doloroso en el área donde se aplica.

Los pacientes fueron chequeados a los cinco, diez, quince y veintiún días después de iniciado el tratamiento.

Para coleccionar los datos se le llenó un formulario, previamente conformado según los intereses de la investigación (Anexos) a cada representante de la muestra.

Se incluyeron las siguientes variables:

- Edad y sexo.
- Grado de tensión psíquica a la que está sometido el paciente.
- Localización del dolor.
- Recuperación de los pacientes.
- Tiempo de tratamiento.
- Eficacia del tratamiento.
- Persistencia del dolor.
- Reacciones adversas.

Según criterio de los autores y la referencia de los pacientes, se tuvieron en cuenta las siguientes definiciones en ambos grupos:

- Grado de tensión psíquica a la que están sometidos:

Alta: la estabilidad psicológica y las relaciones interpersonales con los miembros del centro de trabajo o el hogar son malas.

Baja: la estabilidad psicológica y las relaciones interpersonales con los miembros del centro de trabajo o el hogar son buenas.

- Localización del dolor:

Masetero: El dolor o fatiga se presenta solamente en el músculo masetero.

Masetero- temporal: El dolor o fatiga se presenta en los músculos masetero y temporal.

- Recuperación de los pacientes:

Curado: Desaparece completamente la fatiga o el dolor.

No curado: Persisten en alguna medida el dolor o la fatiga.

- Eficacia del tratamiento:

Bueno: El dolor y la fatiga desaparecen completamente sin secuelas.

Regular: Se mantiene un malestar o dolor leve en la musculatura masticatoria.

Mala: La fatiga y el dolor permanecen inalterables después del tratamiento o desaparece muy poco.

El interrogatorio fue realizado por un estudiante de quinto y otro de cuarto año del Departamento de Estomatología de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Con los resultados de las encuestas se elaboró un fichero de base de datos Microsoft Excel en el que se filtró y totalizó la información. Los métodos aplicados fueron la estadística descriptiva y la distribución de frecuencia en valores absolutos y porcentajes. Los resultados se expusieron en tablas para su análisis y discusión.

RESULTADOS

En la Tabla #1 es mostrada la distribución de los pacientes según el grado de tensión psicológica al que están sometidos y el sexo. Podemos observar que en los grupos de estudio y de control el 80 % y 66.7 % de las personas respectivamente se encuentran influenciadas por situaciones muy tensas. Las diferencias entre sexo no son notables.

La localización del dolor está recogida en la Tabla #2. Se puede constatar que el área más frecuente de afección fue la masetérica, dañada en 8 pacientes en los dos grupos analizados. El comportamiento de la recuperación de los pacientes en relación con el tiempo de tratamiento es mostrado en la Tabla #3. La mayor cantidad de personas curadas en el primer período (1 a 5 días) se encuentra en el grupo tratado con auriculopuntura (3 pacientes). La respuesta positiva a la terapéutica aplicada comienza a ser mayor en el grupo control a los 15 días de tratamiento, o sea, 8 pacientes.

Teniendo en cuenta la eficacia en el tratamiento en los pacientes bruxópatas según es mostrado en la Tabla #4, puede establecerse que en el 70 % de los que fueron tratados con auriculopuntura, la terapéutica es evaluada como Buena. En los dos grupos 1 paciente mantuvo iguales síntomas que al inicio del tratamiento.

Como se refleja en la Tabla #5, las reacciones adversas fueron registradas solamente en los pacientes atendidos por el método convencional (9 pacientes), mientras que con la terapéutica auriculopuntural no se presentó ningún efecto nocivo.

DISCUSIÓN

En los últimos años ha crecido la evidencia experimental del papel clave que juega el estrés en la etiología del Bruxismo, y se plantea que los pacientes afectados suelen caracterizarse como individuos dependientes, que han sufrido las pérdidas del soporte individual, obsesivos, perfeccionistas y que tienen trabajos de mucha presión. Por lo que es fácil comprender el hecho de que este trastorno fuera observado principalmente en personas con gran tensión psicológica, al igual que en estudios realizados en Finlandia e Italia (19- 20).

Nosotros no encontramos diferencias notables entre sexos, pero algunos autores señalan a la mujer como la más afectada por esta parafunción, atribuyéndolo a su mayor preocupación, por la doble responsabilidad que tienen, en el hogar y para con la sociedad (20, 21).

Se reconoce que uno de los factores más importantes que determinan la aparición del dolor en los bruxópatas, es la tensión excesiva de los músculos masticatorios y más específicamente la de los maseteros (22- 24), que son unos de los primeros que pueden quedar en contracción sostenida como resultado de situaciones de estrés de la vida cotidiana, aumentando su tono muscular (25- 27); lo cual puede explicar que la cantidad de personas halladas con dolor en la musculatura masetérica sea superior a las que tenían afectada además la región temporal. No se encontraron referencias de actividades evolutivas con auriculopuntura en el tratamiento del Bruxismo en Cuba o el mundo, pero consideramos que la mayor recuperación de los pacientes en el primer período de tratamiento se debe a que cuando empleamos este tipo de terapéutica, la respuesta no se hace esperar, pues su acción analgésica, sedativa y antiinflamatoria es muy rápida (18, 28).

En estudios llevados a cabo en nuestro país empleando la auriculoterapia en el tratamiento de afecciones como la hipertensión arterial, el asma bronquial y la bursitis de hombro (16- 18, 28), se lograron obtener resultados muy satisfactorios, similar a los de nuestra investigación, con la que se constató que esta terapéutica sí era efectiva en la atención de los pacientes bruxópatas.

Al igual que en otros estudios, nuestros pacientes no presentaron complicaciones con el tratamiento auriculopuntural, que es considerado un proceder prácticamente inocuo, pues con el sólo se han informado dermatitis por contacto muy leves (16, 28).

Podemos considerar que la auriculoterapia es una modalidad saludable, beneficiosa y de fácil aplicación para el control del Bruxismo, y que constituye una alternativa en su tratamiento.

ABSTRACT

A case control study was done to determine the effect of auriculopuncture in patients with bruxism that attended Ciego de Avila teaching stomatological clinic during the months from October, 2003 to April, 2004. The sample was made up by 24 patients that were distributed equitably in a study group that received treatment with auricular holy thistle and a control group with conventional treatment. Most patients treated were submitted to high psychological stress and masseter muscle pain was the most frequent the auriculopuncture treatment was evaluated as good in the 70% of patient treated. Auriculotherapy can be considered as beneficial choice and of easy application for bruxism control and constitute one alternative for its treatment

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D'Mello DA. Are your patients depressed? Implications for dental practice. J Mich Dent Assoc 2003; 85(5):26-32.
2. Christensen G. Treating Bruxism and Clenching. J. Amer Dent Assoc 2000; 131(2): 233-5.
3. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Cantini E, Bosco M. Etiopathogenesis of parafunctional habits of the stomatognathic system. Minerva Stomatol 2003; 52(7-8):339-45, 345-9.
4. Kato T, Dal-Fabbro C, Lavigne GJ. Current knowledge on awake and sleep bruxism: overview. Alpha Omegan 2003; 96(2):24-32.
5. Akane M, Taniguchi M. Sleep bruxism. Ryoikibetsu Shokogun Shirizu 2003; (39):194-6.
6. Chikhani L, Dichamp J. Bruxism, temporo-mandibular dysfunction and botulinum toxin. Ann Readapt Med Phys. 2003; 46(6):333-7.

7. Litonjua LA, Andreana S, Bush PJ, Cohen RE. Tooth wear: attrition, erosion, and abrasion. *Quintessence Int* 2003; 34(6):435-46.
8. Castillo Hernández R, Reyes Cepeda A, González Hernández M, Machado Martínez M. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción Temporomandibular. *Rev Cubana Ortod* 2001;16(1):14-23.
9. Benk J. Combating the adverse effects of bruxism in one visit. *Dent Today* 2004; 23(1):68-71.
10. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Worthington HV. Association between local mechanical factors and orofacial pain: survey in the community. *J Dent* 2003;31(8):535-42.
11. Azcona S. El dolor en los desórdenes temporomandibulares. *Claves Odontol* 2003; 11(54):9-14.
12. Zielinsky L. Bruxismo y dolor crónico orofacial. *Rev Ateneo Argent Odontol* 2002; 41(1):6-15.
13. Cranham J. Optimum dental care, Part 3. Case finishing. *Dent Today* 2003; 22(5): 78-83.
14. Whitehouse J. Tooth surface loss. The least treated condition? *Dent Today* 2003; 22(7):94-7.
15. Boch Valdés F, Rabí Martínez MC, Hernández Arteaga M, García Jacobino JC. Resultados obtenidos en pacientes con dolor sometidos a tratamiento. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(2):149-54.
16. Soria García LF, Cabezas Fernández MS, Mirabal Hernández E, Cabrera Copa M. Auriculopuntura con semillas en el tratamiento de intercrisis del asma bronquial infantil. *Medicentro* 2002; 6(4).
17. Banderas Vargas TJ. Eficacia de la auriculoterapia y combinación de auriculoterapia y tuina en la bursitis de hombro. *Rev Cubana Enfermer* 2001; 17(1)14-9.
18. Llópiz Hernández S, Ávila Díaz Y, Kindelán Copello O. Control de la hipertensión arterial con fitoterapia-auriculoterapia en pacientes del Consultorio Médico Paraíso 1 durante julio-diciembre del 2001. *MEDISAN* 2002; 6(3):8-13.
19. Ahlberg K, Ahlberg J, Kononen M, Partinen M, Lindholm H, Savolainen A. Reported bruxism and stress experience in media personnel with or without irregular shift work. *Acta Odontol Scand* 2003; 61(5):315-8.
20. Melis M, Abou-Atme YS. Prevalence of bruxism awareness in a Sardinian population. *Cranio* 2003; 21(2):144-51.
21. Giniebra Rodríguez MC, Alvarez Espinosa CE, Rodríguez Prerera E, Casas Hernández O. Study of the relation between bruxism and emotional disorders. *Boletín MGI* 2001; 4(1).
22. Hidaka O, Yanagi M, Takada K. Mental stress-induced physiological changes in the human masseter muscle. *J Dent Res* 2004; 83(3):227-31.
23. Svensson P, Bak J, Troest T. Spread and referral of experimental pain in different jaw muscles. *J Orofac Pain*. 2003; 17(3):214-23.
24. Manganello Souza LC, Silva AAF, Zeidler E, Jadjisky Júnior MV. Correção cirúrgica da hipertrofia de masseter. *Rev. paul. Odontol* 2003; 25(1):9-12.
25. Rodrigues L, Lemos JB, Tokura M, Luz JG. Freqüência de hábitos parafuncionais e suas manifestações clínicas em pacientes com disfunções da articulação temporomandibular. *Rev. odontol.* 2001; 13(2):113-123.
26. Ruela ACC, Mattos MG, Ruela R, Bezzon OL, Ribeiro RF. Prevalência de bruxismo em 277 pacientes portadores de desordens temporomandibulares. *Rev Postgrad* 2001; 8(1):70-75.

27. Igawa K, Kashima K, Maeda S, Shiba R. Measurement of muscle hardness using a hardness meter: application to the masseter and temporal muscles and reproducibility of measurement. *Cranio*. 2003; 21(3):185-9.

28. Muñiz Guillen M, Romero Muñiz Y. Control de hipertensos con fitoterapia y auriculoterapia. *Rev Cubana Enfermer* 2004; 20(1).

ANEXOS

Tabla # 1: Distribución de pacientes según grado de tensión psicológica y sexo. Clínica Estomatológica Docente. Octubre del 2003- febrero del 2004.

Presiones	Grupo de Control						Grupo de Estudio					
	F		M		Total		F		M		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Bajas	1	8.3	3	25	4	33.3	2	20	-	-	2	20
Altas	4	33.3	4	33.3	8	66.7	3	30	5	50	8	80
Total	5	41.7	7	58.3	12	100	5	50	5	50	10	100

Fuente: Formulario.

Tabla # 2: Localización del dolor.

Dolor	Grupo de Control		Grupo de Estudio	
	No.	%	No.	%
Masetero	8	66.7	8	80
Masetero-Temporal	4	33.3	2	20
Total	12	100	10	100

Fuente: Formulario.

Tabla # 3: Comportamiento de la recuperación de los pacientes en relación con el tiempo de tratamiento.

Días	Grupo de Control						Grupo de Estudio					
	Curado		No curado		Total		Curado		No curado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1-5	2	16.6	10	83.3	12	100	3	30	7	70	10	100
6-10	5	41.6	7	58.3	12	100	5	50	5	50	10	100
11-15	8	66.7	4	33.3	12	100	7	70	3	30	10	100

Fuente: Formulario.

Tabla # 4: Evaluación de la eficacia del tratamiento recibido.

Evaluación	Grupo de Control		Grupo de Estudio	
	No.	%	No.	%
Buena	10	83.3	7	70
Regular	1	8.3	2	20
Mala	1	8.3	1	10

Fuente: Formulario.

Tabla #5: Reacciones adversas de los tratamientos.

Reacciones adversas	Grupo de Control		Grupo de Estudio	
	No.	%	No.	%
Somnolencia	5	41.7	-	-

Debilidad	3	25	-	-
Cefalea	1	8.3	-	-
Combinación de las anteriores	-	-	-	-
Total	9	75	-	-

Fuente: Formulario.

Formulario:

Nombre y apellidos:

I. Grupos de edades:

1.1 ____ 18 a 34 1.2 ____ 35 a 60 1.3 ____ 60 y más

II. Sexo:

2.1 ____ Masculino 2.2 ____ Femenino

III. Grado de tensión a que está sometido el paciente:

3.1 ____ Alta 3.2 ____ Baja.

IV. Localización del dolor:

4.1 ____ Masetero 4.2 ____ Masetero- temporal

V. Tiempo de tratamiento:

5.1 ____ 1-5 días.

5.11 ____ Curado 5.12 ____ No curado

5.2 ____ 6-10 días.

5.21 ____ Curado 5.22 ____ No curado

5.3 ____ 11-15 días

5.31 ____ Curado 5.32 ____ No curado

5.4 ____ 16-21 días.

5.41 Evaluación del tratamiento:

5.411 ____ Bueno 5.412 ____ Regular 5.413 ____ Malo.

VI. Reacciones adversas:_____.

VII. ¿Está dispuesto a formar parte de una investigación científica?

7.1 ____ Sí. 7.2 ____ No.