



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA ROSARIO
ARGENTINA
2026

“Articulación Temporomandibular y Bruxismo: Una Mirada Fonoaudiológica”

Alumnos:

Vaquero, María Paz.

Yulita, Juan Pablo Valentín.

Con la Supervisión de:

Lic. Benedetto, Ma. Virginia

Lic. Ingaramo, Ma. Lorena

Ensayo Presentado por:

Vaquero, María Paz

Yulita, Juan Pablo Valentín

Con la Supervisión de:

Lic. Benedetto, Ma. Virginia

Lic. Ingaramo, Ma.Lorena

Y la consultoria de: (Agregar Apellido y Nombre del/los consultor/es y firma/s)

.....
.....
.....

Aprobada por:

.....
.....
.....
.....
.....

En Rosario, a los días del mes del año

Legajo/s:

V-0969/5

Y-0154/6

Agradecimientos:

Queremos expresar nuestro mayor agradecimiento, primero en principal a nuestras tutoras, Lorena y Virginia por su dedicación, orientación y paciencia durante todo este proceso.

A todos los/las docentes de la carrera que nos acompañaron e inspiraron en estos años durante nuestro proceso de enseñanza-aprendizaje, que supieron transmitir los conocimientos y pasión por esta profesión.

A nuestros familiares, amigos y compañeros, quienes fueron soporte y motivación a lo largo de nuestra carrera, brindándonos un apoyo incondicional.

A la Escuela de Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad pública y gratuita de Rosario, por recibirnos y permitirnos formar en esta profesión sin condición ni distinción alguna.

Índice

Resumen y palabras clave	5
Introducción	6
Problematización.....	8
Desarrollo.....	9
Componente esquelético	9
Dentadura y estructura de soporte.....	10
Músculos.....	11
Articulación Temporomandibular.....	12
Dinámica nerviosa del Sistema Masticatorio.....	14
Bruxismo.....	14
Etiologías.....	18
Evaluación y proceso diagnóstico.....	20
Tratamiento.....	24
Conclusión	29
Referencias bibliográficas.....	34

Resumen con palabras clave

El bruxismo se presenta como una Parafunción y/o Trastorno Temporomandibular, de etiología multifactorial, caracterizado por el apretamiento y rechinamiento de los dientes, con repercusiones sobre la Articulación Temporomandibular, las piezas dentarias y la musculatura asociada. Constituye un fenómeno complejo cuya comprensión requiere de un conocimiento anatómico, funcional y psicoemocional integrado. Exige del accionar interdisciplinar entre Fonoaudiología, Odontología y Psicología.

Esta patología impacta directamente en el Sistema Estomatognático, entendido éste como una unidad morfofuncional integrada por componentes anatómicos y fisiológicos cuya interacción armónica permite diferentes funciones tales como la respiración, la alimentación y la articulación del habla. La rehabilitación neuromuscular funcional es competencia del Licenciado/a en Fonoaudiología, a través de las diferentes propuestas terapéuticas.

Se propone reflexionar acerca de la importancia del rol del Fonoaudiólogo/a en el bruxismo, fundamental para el restablecimiento de la funcionalidad del Sistema Estomatognático y mejorar la calidad de vida del paciente mediante la reeducación neuromuscular, la optimización funcional y la promoción de la conciencia corporal.

Palabras clave: Articulación Temporomandibular - Bruxismo - Fonoaudiología - Sistema Estomatognático - Interdisciplina.

Introducción

Dentro del campo de la Fonoestomatología, las alteraciones funcionales del Sistema Estomatognático son objeto de evaluación, estudio y tratamiento del Licenciado/a en Fonoaudiología.

Para comprender el bruxismo, es necesario conocer una amplia terminología Médica, Fonoaudiológica y Odontológica, abarcando la anatomía y fisiología de cabeza y cuello. A pesar de la creciente relevancia e impacto clínico del bruxismo, resulta insuficiente la investigación y producción bibliográfica, sobre todo desde el área Fonoaudiológica, que lo aborde de manera integral.

Esta patología compleja y de origen multifactorial, ha adquirido mayor relevancia en la sociedad actual, caracterizada por altos niveles de ansiedad y estrés. Estos factores emocionales resultan determinantes tanto en su aparición como en su impacto sobre la salud.

Es por ello que a lo largo de este ensayo, se exponen diferentes autores que han investigado esta temática, profundizando en el impacto que genera el bruxismo sobre las Articulaciones Temporomandibulares y su influencia en las funciones correspondientes al Sistema Estomatognático.

La bibliografía revisada abarca textos referentes al área de la Motricidad Orofacial, a la Medicina, Odontología y Psicología, destacando el papel de la Fonoaudiología en la intervención del bruxismo.

En principio se recurre al libro de Chiavaro *Funciones y disfunciones estomatognáticas* (2011), quien ofrece conocimientos clave sobre el funcionamiento del Sistema Estomatognático. Allí se aportan conceptos como: función, disfunción y parafunción, ubicando al bruxismo dentro de esta última categoría.

También se consulta el libro *Tratamiento de la oclusión y afecciones temporomandibulares* (2013) de Okeson que aporta una comprensión detallada sobre la anatomía, neuroanatomía, fisiología y fisiopatología del Sistema Estomatognático y sus estructuras tanto a nivel del sistema nervioso central como periférico. A diferencia de Chiavaro, clasifica al bruxismo bajo el término Trastorno Temporomandibular, reconociendo así su carácter multifactorial.

A su vez, se revisan diversos artículos académicos, entre ellos el publicado por Guzman y cols. *Participación del fonoaudiólogo en el staff de rehabilitación con bruxismo en la clínica médico odontológica Promta en la ciudad de Medellín-Antioquia* (2013), que ofrece una perspectiva del bruxismo desde la Fonoaudiología, otorgando a la profesión un papel central en esta patología. Del mismo modo se reconocen aquellos factores desencadenantes propuestos por Okeson y los aportes presentados por Casassus y cols. en *Revista Dental de Chile* (2007).

Con el fin de destacar la relevancia del abordaje Fonoaudiológico en el tratamiento del bruxismo, se analizan diferentes propuestas teóricas, entre ellas la Terapia Miofuncional de Toledo Gonzalez, la Terapia Senso-Motriz planteada por Chiavaro y diversos protocolos vinculados a la Fisioterapia, constituyendo un soporte teórico necesario para comprender la multidimensionalidad de esta parafunción y la relevancia de una mirada fonoaudiológica actualizada.

A lo largo de este ensayo se desarrollan los principales conceptos vinculados al bruxismo, su etiología y clasificación, junto con la importancia del trabajo interdisciplinar entre Fonoaudiología, Odontología y Psicología. En este marco, se subraya el rol fundamental del Licenciado/a en Fonoaudiología, dado que el bruxismo puede presentarse como causa o consecuencia de una alteración en el Sistema Estomatognático. Su intervención resulta clave en el abordaje de las funciones orofaciales, la rehabilitación Miofuncional y Neuromuscular.

Problematización

Se busca analizar la importancia que cumple el Licenciado/a en Fonoaudiología en el bruxismo, considerando su incidencia en las Articulaciones Temporomandibulares y en las Funciones Estomatognáticas. El mismo se considera como una patología de origen multifactorial, por lo que se orienta a reflexionar sobre la importancia del trabajo interdisciplinar entre Fonoaudiología, Odontología y Psicología.

Además, interesa destacar el rol del Fonoaudiólogo/a en esta temática, teniendo en cuenta que el bruxismo trae consigo alteración en las funciones respiratoria, alimentaria y articularia.

Desarrollo

El Sistema Estomatognático, según Chiavaro (2011), es una organización funcional, compuesta por diferentes órganos que en su totalidad son responsables de funciones vitales y de relación. La primera incluye a la respiración y alimentación, mientras que la segunda es la encargada de la articulación del habla. Estas funciones se encuentran íntimamente relacionadas manteniendo vivo al Ser Humano en su medio.

El Sistema Estomatognático se rige por diferentes leyes y principios sobre los que se basa su funcionamiento. El mismo involucra “según A. Manns, G. Díaz a las estructuras que van desde el reborde supraorbitario hasta el hueso hioides y según Mariano Rocabado hasta la cintura escapular” (Chiavaro N, 2011: 4). A su vez, se compone por diferentes subsistemas: Masticatorio, Deglutorio, Respiratorio y Fonoarticulario.

Para el presente trabajo se abordará el Sistema Masticatorio, que no sólo involucra a las estructuras que posibilitan la ingesta, sino además interviene en otras funciones reflejas o vitales como la succión y deglución, y en funciones adquiridas y evolutivas, como es el habla. Según Okeson (2013) es extremadamente complejo y está compuesto por un mecanismo intrincado que involucra huesos, músculos, articulaciones, ligamentos y dientes, como también al Sistema Nervioso encargado de regular y controlar los movimientos.

A continuación se realizará una descripción de todas aquellas estructuras que conforman al Sistema.

Componente esquelético

El Sistema Masticatorio, desde el punto de vista esquelético, se encuentra formado por el maxilar superior, inferior y el hueso temporal.

El maxilar superior, quien constituye la mayor parte del esqueleto facial superior, está situado por encima de la cavidad bucal, debajo de la cavidad orbitaria, delante de la fosa pterigo-

maxilar y por fuera de las fosas nasales y a la vez se articula con el del lado opuesto. Es voluminoso y está excavado por el seno maxilar, forma el suelo de la cavidad nasal, el paladar duro y las crestas alveolares que sostienen a los dientes.

El maxilar inferior constituye el esqueleto facial inferior de la cara, presentando tres partes, el cuerpo y sus dos ramas ascendentes. No dispone de fijaciones óseas al cráneo, sino que se encuentra suspendido y unido al maxilar superior mediante músculos, ligamentos y tejidos blandos, los cuales proporcionan la movilidad necesaria para su función. En dicho maxilar, se encuentran los cóndilos mandibulares que se articulan en la base del cráneo con la porción escamosa del hueso temporal, el cual está formado por una fosa mandibular cóncava en la que se sitúan los cóndilos, siendo ésta la fosa glenoidea o articular, quien da lugar a la Articulación Temporomandibular. Delante de la fosa se encuentra la eminencia articular; la inclinación de la misma determina la dirección de los cóndilos cuando la mandíbula se coloca hacia adelante. El techo posterior de la fosa mandibular es muy delgado, lo que indica que este área del hueso temporal no está diseñada para soportar fuerzas intensas, pero la eminencia articular está formada por un hueso denso y grueso probable de tolerar fuerzas de este tipo.

Dentadura y estructuras de soporte

La dentadura humana está formada por 32 dientes permanentes, 16 piezas dentarias alineadas en la extensión alveolar del maxilar superior y 16 restantes en la extensión alveolar del maxilar inferior. Se observa que la arcada del maxilar superior es algo más grande que la del inferior lo cual facilita que los dientes superiores queden superpuestos a los inferiores, tanto vertical como horizontalmente en la oclusión esperable.

Los dientes se clasifican en cuatro grandes grupos: Incisivos, encargados de cortar el alimento durante la masticación; Caninos, cuya función principal es desgarrar los alimentos; Premolares y Molares, encargados de triturar la sustancia alimentaria para producir partículas de

menor tamaño y así facilitar su deglución. Si bien cada pieza dentaria presenta una morfología y una función específica, resulta fundamental comprender que el Sistema Dentario actúa de manera integrada. El adecuado funcionamiento de cada diente depende de su interacción con los demás, conformando un conjunto armónico que asegura la eficacia masticatoria, el equilibrio funcional del Sistema Estomatognático y la estabilidad oclusal.

La oclusión, según Okeson (2013) es la relación estática que tienen los dientes. Bayón (2016) sostiene que la oclusión dentaria es el contacto dentario que sucede en el movimiento del cierre mandibular. Es así que cada vez que los maxilares entran en contacto, se produce el engranaje oclusal manteniendo una posición dentaria específica. La misma, según Angle (1978) puede ser de tres formas: Clase I o Normoclusión, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior, Clase II o Distoclusión, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco del molar inferior, Clase III o Mesioclusión, donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco del molar inferior. Por ende, si se modifica la superficie oclusal, la dinámica de las estructuras de soporte periodontal se alterarán.

Músculos

Las estructuras corporales se mantienen unidas y logran desplazarse gracias a la acción coordinada de los músculos esqueléticos, los cuales son responsables de la locomoción.

Estos músculos están constituidos por numerosas fibras que, de acuerdo con sus características funcionales, se clasifican en dos tipos: fibras musculares lentas o Tipo I, que se contraen de manera gradual y sostenida, siendo más resistentes a la fatiga; y fibras musculares rápidas o Tipo II, que se contraen con mayor velocidad, pero presentan una menor resistencia, fatigándose con mayor facilidad.

Existen cinco músculos principales que conforman el Sistema Masticatorio: el Masetero, encargado de la elevación de la mandíbula y del contacto entre las piezas dentarias; el Temporal, cuya función es también elevar el maxilar inferior, desplazar la mandíbula y coordinar los movimientos de cierre mandibular; el Pterigoideo Medial y el Pterigoideo Lateral, este último activo en la protrusión mandibular; y el Digástrico, responsable de la elevación del hueso hioides, fundamental para el proceso de la deglución.

Estos músculos requieren de una inervación recíproca para su correcto funcionamiento; es decir que necesitan del accionar de los músculos antagonistas para soportar y mantener el control cefálico. Para que la mandíbula sea elevada por el músculo Temporal, Pterigoideo medial o Masetero, deben relajarse y distenderse los músculos Suprahioideos; mientras que para que la mandíbula descienda, deben contraerse los músculos Suprahioideos al mismo tiempo que se relajan y distienden los músculos Elevadores.

Este fenómeno, permite un control suave y exacto del movimiento mandibular. Para que se mantenga la relación esquelética del cráneo, la mandíbula y el cuello, cada uno de los grupos musculares antagonistas debe permanecer en un estado de todo leve constante. Con ello se vence los desequilibrios esqueléticos que produce la gravedad y se mantiene la cabeza en la denominada posición postural (Okeson, 2013:30)

Articulación Temporomandibular

La Articulación Temporomandibular es el área donde el cóndilo del maxilar inferior se articula con la fosa glenoidea del hueso Temporal del cráneo, existiendo dos ATM¹, una derecha y

¹ La sigla A.T.M. hace referencia a Articulación Temporomandibular.

otra izquierda. Es una de las articulaciones más complejas del cuerpo humano. Está formada por una doble Articulación Sinovial: la Ginglimoide y Artrodial. La Articulación Sinovial es aquella que une dos estructuras óseas permitiendo el movimiento libre, estable y protegido entre los huesos. La Articulación Ginglimoide permite realizar movimientos limitados a un solo eje, a manera de bisagra, permitiendo movimientos mandibulares protrusivos y retrusivos. La Articulación Artrodial, por su parte, da lugar a pequeños movimientos limitados de deslizamiento y/o rotaciones entre ambas superficies óseas, contribuyendo a la estabilidad y flexibilidad mandibular.

Es por esto que en la ATM se evidencian dos tipos de movimientos: rotación y traslación. La rotación se produce cuando la boca se abre y se cierra alrededor de un punto o eje fijo situado en los cóndilos. Por su parte, la traslación se da cuando la mandíbula se desplaza de atrás hacia adelante, como ocurre en la protrusión, moviéndose las estructuras en la misma dirección y velocidad.

Entre ambas estructuras óseas que forman a la ATM, se encuentra el disco articular que separa los cóndilos del maxilar inferior de la fosa mandibular del hueso Temporal. Durante el movimiento, el disco es flexible y puede adaptarse a las exigencias funcionales de las superficies articulares. El mismo conserva su morfología a menos que se produzcan fuerzas destructoras o cambios estructurales en la articulación. Si esto ocurre, la morfología puede alterarse de manera irreversible produciendo cambios biomecánicos durante su función.

El disco articular está unido al ligamento capsular por delante y atrás, por dentro y fuera, dividiendo a la articulación en dos cavidades: la superior que está limitada por la fosa glenoidea y la superficie superior del disco, y la inferior limitada por el cóndilo mandibular y la superficie inferior del disco.

Estas cavidades se encuentran revestidas por una franja sinovial que se encarga de producir líquido sinovial, cuya función principal es la lubricación y nutrición de la ATM.

La ATM no sólo está formada por estructuras óseas, sino también por ligamentos, que son los que aportan soporte y protección a la misma. Okeson (2013) plantea que los ligamentos no intervienen activamente en la función de la articulación, sino que constituyen dispositivos de limitación pasiva para restringir el movimiento articular.

Dinámica nerviosa del Sistema Masticatorio

La actividad muscular, el movimiento y la función mandibular, están coordinadas e influidas por diversos factores del Sistema Masticatorio: receptores sensitivos de los ligamentos periodontales, el periostio, las ATM, lengua y tejidos blandos de la boca. Pero también, están influidas por centros superiores que conforman al Sistema Nervioso Central y Periférico, tales como: la Corteza, el Tálamo, Sistema Límbico, Sistema Reticular y el Hipotálamo. En la acción muscular, el individuo no participa activamente en la totalidad de su ejecución, ya que se trata de una actividad automática. Habitualmente esta acción suele ser predecible y eficiente, pero cuando existe un nivel elevado de emoción como la ansiedad, el enojo o el estrés, se producen modificaciones en las estructuras y centros, tendiendo a la aparición de síntomas o patologías, como es el bruxismo.

Bruxismo

Bell, en el libro *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares* de Okeson (2013), define a los Trastornos Temporomandibulares como “no simplemente problemas limitados a las Articulaciones Temporomandibulares, sino que incluye todos los trastornos asociados con la función del Sistema Masticatorio” (P. 102). De esta forma la Asociación Dental Americana (American Dental Association) adoptó el término de Trastorno Temporomandibular para referirse a todas las alteraciones funcionales del Sistema Masticatorio. “Los trastornos temporomandibulares son condiciones dolorosas que afectan al aparato estomatognático

(Articulación temporomandibular y musculatura masticatoria) y limitan la calidad de vida del paciente.” (Viridiana, 2019: 26)

Se puede clasificar al bruxismo tanto como un TTM² o, según Chiavaro (2011), como una Parafunción, la cual define como

funciones exacerbadas con fines no nutricios. Actividad neuromuscular constante que repite un aspecto o parte de la función completa. Alteración en el proceso de autorregulación, por hiperactividad, con los consecuentes trastornos ocasionados a las estructuras de soporte, hueso, piezas dentarias, Articulaciones Temporomandibulares.(p.15)

El bruxismo se manifiesta en el Sistema Masticatorio; es una actividad muscular mandibular repetitiva que genera una disfunción neuromuscular manifestándose a través del rechinar, fricción y/o apriete de las piezas dentarias, afectando tanto a los dientes como a las Articulaciones Temporomandibulares y a la neuromusculatura del Sistema Estomatognático. Cuando la ATM se encuentra expuesta a altos niveles de bruxismo, experimenta un desgaste bilateral que provoca un deterioro progresivo del disco articular, limitando la apertura y movilidad mandibular. Bajo esta condición de sobrecarga mecánica, los cóndilos deben soportar fuerzas que exceden su capacidad fisiológica de tolerancia, lo que finalmente compromete tanto su estructura como su funcionalidad. De esta manera Garcés y cols. (2008), en su estudio *acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio: revisión de literatura*, demostraron que

² Se utiliza la sigla T.T.M, para hacer referencia al Trastorno Temporomandibular

El mal funcionamiento de la articulación y de sus tejidos se puede presentar de manera secuencial y progresiva. Iniciando con un desplazamiento anterior del disco con y sin reducción, con ruidos tipo clic continuando con un atrapamiento anterior del disco sin reducción acompañado de reducción de la apertura mandibular con desviación hacia el lado afectado impidiendo su funcionamiento normal en la traslación (bloqueo), provocando una elongación sostenida de los ligamentos haciendo la posición anterior del disco más marcada. Progresivamente puede generar dolor en la lámina retrodiscal debido a la presión generada. Finalmente, por avance en el deterioro de las superficies articulares que puede generar incompatibilidades entre ellas produciendo adherencias temporales, trastornos articulares inflamatorios como sinovitis o capsulitis, retrodiscitis, osteoartritis y hasta anquilosis de los tejidos articulares (p.65).

Mencionando al estudio *Tipo de bruxismo por sexo en pacientes con trastornos temporomandibulares de la Facultad de Estomatología de la BUAP* de la revista mexicana de estomatología del año 2019, Viridiana y cols., demostraron que el apretamiento dental tiene mayor prevalencia en las mujeres, mientras que los hombres tienden a rechinar. Otro punto de vista es el de Solano y cols. (2019), quienes en su artículo *Vulnerabilidad y nivel de estrés en pacientes con bruxismo* en la revista cubana de estomatología del año 2019, afirman que según los datos de la organización de bruxismo en los Estados Unidos, este hábito afecta al 10 % de la población y se presenta tanto en niños como en adultos.

La expresión de la sintomatología somática corresponde a: desgaste de las piezas dentarias, dolor de la musculatura facial, zumbido de oídos, desórdenes Temporo Mandibulares, cefalea. Además se puede acompañar de síntomas psíquicos tales como: ansiedad, tensión, insomnio, estrés.

A lo largo de la historia, el bruxismo ha recibido distintas denominaciones. Su nomenclatura fue modificándose de acuerdo a cada época, por lo que Garcés y cols. (2008) realizan un recorrido histórico sobre las diferentes concepciones que ha recibido dicha patología. Es así que, en 1907 se llamó bruxomanía, en 1928 se propuso el término de hábitos orales o neuralgia traumática, en 1931 se cambia el término por bruxismo, en 1936 surgió el uso diferenciado de los términos, de modo que bruxomanía se empleaba para referirse al apretamiento dental durante los episodios conscientes del individuo, mientras que bruxismo se reservaba para aquellos casos que ocurrieran durante el sueño, por último en 1982 se hace referencia a briquismo o bricomanía, pero actualmente los términos más usados son parafunción, bruxismo o bruxomania, asociado a un hábito nervioso. Baldioceda (2010) describe al bruxismo como una actividad motora involuntaria de la musculatura de la mandíbula, y a su vez plantea que durante el sueño se da el verdadero bruxismo que lleva a la persona a apretar y rechinar las piezas dentarias. Casassus y cols. (2007) definen que “el bruxismo es una Parafunción oral caracterizada por el apriete y rechinamiento dentario durante el sueño o vigilia.” (p. 27), dando a entender la presencia de dos tipos de bruxismo, uno que se presenta durante el día cuando la persona está en vigilia, denominándose bruxismo diurno; y otro que se manifiesta durante la noche cuando el sujeto duerme, bruxismo nocturno.

Por otra parte, Solano y cols. (2019) plantean que el bruxismo como alteración parafuncional, es el desorden orofacial más prevalente y complejo, ofreciendo diferentes términos para referirse al mismo, entre ellos se distinguen la neuralgia traumática, efecto de karolyi y bruxomanía.

Otro punto de vista es el planteado por Marchesan en su obra *Fundamentos de Fonoaudiología* (1998) quien realiza una distinción entre bruxismo y briquismo, ambos considerados como hábitos bucales perjudiciales para el Sistema Estomatognático. Según esta

autora, bruxismo es la acción de frotar los dientes, mientras que briquismo es la acción de apretar los dientes.

Resulta oportuno destacar el planteo que sostienen Gómez y cols. (2009) en su artículo *Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente* al detallar que además de una parafunción, el bruxismo es “un trastorno neurofisiológico de las excursiones mandibulares y puede ser rítmico en posición de máxima intercuspidación o en posiciones excéntricas” (p. 3) Además sostienen que los trastornos de la oclusión son el punto de partida para que se desarrolle el bruxismo. También resaltan el orden emocional, ya que el mismo afecta a la dinámica oclusal.

A diferencia de los autores anteriores, Pinos y cols. (2020), en el artículo *Bruxismo, conocimientos actuales. Una revisión de literatura*, citan a Zaragoza, quien propone una clasificación del bruxismo que se divide en: primario o Idiopático y secundario o Iatrogénico. El primero hace referencia a la manifestación del apretamiento diurno y nocturno siempre y cuando no exista otro antecedente médico; mientras que el segundo son formas de bruxismo asociadas a problemas neurológicos, desórdenes del sueño, problemas psiquiátricos y administración de drogas.

Ahora bien, ¿Cuáles son los factores que desencadenan un TTM? La etiología de esta patología es compleja y multifactorial, ya que no únicamente se reduce a la alteración oclusal, como antiguamente se creía, sino que intervienen otros factores, como por ejemplo el estrés emocional.

Etiologías

Okeson (2013) propone cinco factores etiológicos: condiciones oclusales, considerado un factor patogénico, que actualmente cumple un papel mínimo o nulo en relación al Trastorno Temporomandibular; traumatismos en las estructuras faciales, subdivididos en dos: los microtraumatismos vinculados con cualquier fuerza pequeña que se aplica repetidamente sobre

estructuras durante un largo periodo de tiempo, los macrotraumatismos que se dan por una fuerza súbita que puede producir alteraciones estructurales; aumento del estrés emocional, dicho estrés se lo podría definir como una energía, de manera tal que el cuerpo necesita liberarla frente a una situación estresante por medio de dos posibles sistemas: Externo, como gritar o golpear; Interno, que termina desarrollando un trastorno psicofisiológico, como el aumento de la tonicidad de la musculatura de cabeza y cuello. En relación a esto, Solano y cols (2019) mencionan que los pacientes con bruxismo son vulnerables al estrés y presentan niveles que sobrepasan su propio límite. Otro factor desencadenante es el estímulo doloroso profundo, el cual puede excitar al tronco encefálico y producir una respuesta muscular conocida como contracción protectora. Cualquier fuente de estímulo doloroso profundo constante puede representar un factor etiológico con posible limitación en la apertura bucal o inclusive en un TTM. Además, la actividad Parafuncional, donde Okeson (2013) plantea el término de hiperactividad muscular, para “describir cualquier actividad muscular aumentada por encima de lo necesario para la función. La hiperactividad muscular incluye así, no sólo el bruxismo, sino también cualquier aumento general en el tono muscular” (p. 109)

En este sentido, Chiavaro (2011) sostiene que en una Parafunción se evidencia

descarga psico-emocional-energética. Canalización de energía posibilitada y retroalimentada por la musculatura estomatognática, especialmente musculatura mandibular de fuerza y energía mayor que el resto, inervada por el V par en su mayor parte, en unión con la zona erógena primaria, la boca. Energía y placer. Influencia directa de la vida emocional del sujeto. Aspecto psicoemocionales y factores medioambientales desencadenantes. (p. 16)

Estos autores consideran que existe una relación estrecha entre el bruxismo y la hiperactividad muscular, observando así el aumento de tono en los Músculos Masticatorios: Maseteros, Temporales, Pterigoideo Medial y Pterigoideo Lateral. En este sentido Marchesan (1998) plantea que este estado de hiperfunción puede presentar sintomatología dolorosa y disminución en la coordinación de la función, por lo tanto “los hábitos deletéreos se consideran contribuyentes importantes a las alteraciones neuromusculares y de la ATM” (p. 49).

Zambra y Rodriguez (2003) en su artículo *Bruxismo* de la revista *Odontoestomatología* proponen tres grupos de factores desencadenantes en bruxismo: los morfológicos, los patofisiológicos y los psicológicos. El primero se refiere a alteraciones en la oclusión dentaria y anormalidades en las articulaciones y estructuras óseas, el segundo hace referencia a la química cerebral alterada, mientras que el tercer factor se relaciona con desórdenes psicosomáticos, ansiedad, problemas de personalidad, etc.

También Cassaus y Cols. (2007) en su escrito *Etiología del bruxismo* de la Revista Dental de Chile, a diferencia de los autores antes mencionados, sostienen que la etiología del bruxismo puede clasificarse en dos grandes factores: los periféricos, que incluye daños morfológicos y anatómicos en estructuras cráneo-cérvido-faciales y los centrales incluyendo agentes psicológicos y fisiopatológicos.

Bayón (2016) en *El sincronismo entre la articulación temporo-mandibular y la oclusión dentaria* coloca al bruxismo dentro del síndrome temporo-mandibular quien cursa con “dolor de ATM, otalgia, acúfenos, cefaleas, rigidez articular con dificultad para abrir la boca o masticar, dolor tipo miofascial, y gran número de veces acompañado de maloclusión dentaria, limitación de la apertura bucal, clics o crujidos articulares.” (p.. 51)

Evaluación y Proceso Diagnóstico

El proceso de evaluación del bruxismo dentro del campo Fonoaudiológico requiere una mirada amplia e integradora, comprendiendo que esta parafunción se evidencia a partir de la interacción entre factores clínicos, funcionales, conductuales y emocionales, que se articulan en cada sujeto. Ramos (2023) plantea que “las alteraciones del bruxismo inciden en el funcionamiento del organismo, producto de una interacción dinámica entre Sistemas y no por la falla de un componente por separado” (p. 1). El/la profesional Fonoaudiólogo/a tiene la tarea de realizar el Proceso de Conocimiento en el cual se recolectan signos y síntomas relacionados a las Funciones Estomatognáticas que puedan estar alteradas para luego intervenir directamente sobre la sintomatología del bruxismo y así producir una reducción de la intensidad de los daños.

En base a esto, la anamnesis no se concibe como un interrogatorio lineal, sino como una instancia de exploración profunda que permite reconstruir la historia del paciente, incluyendo motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, hábitos cotidianos y características del sueño, entre otros indicadores asociados a la regulación neuromuscular y funcional del Sistema Estomatognático.

Los fenómenos comúnmente relacionados con el bruxismo, como el rechinar dental, el dolor orofacial, las cefaleas o las molestias auditivas, no deben interpretarse como signos aislados, sino como manifestaciones que aportan información sobre el comportamiento adaptativo y tensional del organismo frente a distintas demandas internas y externas. Del mismo modo, el diálogo interdisciplinario con áreas como la Odontológica y Psicológica, contribuye a ampliar la comprensión del cuadro, enriqueciendo la perspectiva desde la cual se interpreta la funcionalidad estomatognática, sin restar protagonismo a la especificidad Fonoaudiológica, sino potenciándola.

La exploración clínica de la musculatura no se limita a una técnica puntual, ya que debe ser comprendida como un proceso de evaluación corporal que abarque la multifactorialidad de la patología. A través de la observación y palpación de distintos grupos musculares como los

Maseteros, los Temporales, los Esternocleidomastoideos y los Supra e Infrahioideos, permite reconocer características del comportamiento motor, como compensaciones, patrones tensionales, dolor, que podrían influir en funciones esenciales como la respiración, la masticación, la deglución y el habla. Es así que este proceso de evaluación se basa en la observación de la simetría, el tonismo, la movilidad y la calidad de las respuestas musculares frente a las distintas cargas funcionales, favoreciendo así la interpretación global del comportamiento motor orofacial.

La función de la Articulación Temporomandibular también se contempla desde sus condiciones de movilidad, coordinación y adaptación funcional a las demandas del habla y la alimentación, incluyendo la apertura bucal y la posible coexistencia con ruidos articulares como chasquidos o crepitaciones, entendidos como parte de la respuesta de la ATM, que pueden o no interferir en el desempeño funcional del Sistema Estomatognático. Desde esta perspectiva, el diagnóstico no se construye a partir de esquemas rígidos, sino desde un análisis global y contextualizado del paciente como unidad biopsicosocial, donde los signos observados permiten realizar razonamientos clínicos, determinar objetivos terapéuticos y planificar intervenciones centradas en la rehabilitación funcional orofacial.

Luego de la identificación inicial del cuadro, resulta pertinente continuar con una evaluación estructural-funcional de las Funciones Estomatognáticas que puedan encontrarse comprometidas o influenciadas por el bruxismo. Este proceso permite analizar de manera integral las condiciones anatómicas, funcionales y neuromusculares que intervienen en el equilibrio del Sistema Estomatognático.

La evaluación estructural contempla la observación de la postura corporal, las características esqueléticas y la oclusión, aspectos fundamentales para comprender la relación entre estructuras craneofaciales y la dinámica mandibular. Además se aborda la evaluación funcional,

centrada principalmente en las funciones respiratoria, alimentaria y articularia, considerando su interdependencia y su posible alteración como consecuencia de la parafunción.

En el análisis de la función respiratoria se pone especial atención al modo y tipo respiratorio, así como a la funcionalidad de las vías aéreas superiores, dado que las alteraciones respiratorias pueden incidir directamente en el tono muscular orofacial y cervical.

El estudio de la función alimentaria contempla tanto la masticación como la deglución, permitiendo detectar conductas compensatorias, limitaciones en la movilidad mandibular, signos de sobrecarga muscular y manifestaciones dolorosas asociadas a la Articulación Temporomandibular.

La evaluación de la función articularia y de la inteligibilidad del habla se realiza de manera espontánea, considerando la precisión en punto y modo articulario, la resonancia y las consecuencias sobre la comunicación en la vida cotidiana del paciente. El grado de apertura bucal y el contacto dentario que puede observarse permite, además, obtener un panorama sobre la movilidad de la ATM.

Al respecto Torres (2005) en el texto *Manejo fonoaudiológico de los trastornos de la ATM* menciona que:

Es necesario aclarar que el conjunto de los componentes de las articulaciones témporo mandibulares no influye directamente sobre la fonación, pues no interviene en la producción del sonido laríngeo, pero si influye sobre la musculatura que está dando soporte a la laringe y sobre la conformación de los espacios neuromusculares que condicionan la función de algunos resonadores. Dado que el habla puede ser alterada por múltiples afecciones que pueden condicionarla, es necesario establecer si los elementos corporales que intervienen en su producción se encuentran en óptimas condiciones para

facilitar esta función o si existe alguna limitación que amerite una corrección específica para corregir efectos sobre la producción y emisión de los fonemas que la constituyen. (p. 39)

Desde una perspectiva fonoaudiológica, resulta fundamental considerar no sólo los aspectos observables de la función, sino también la escucha clínica del grado de molestia y de las repercusiones del bruxismo en la calidad de vida.

El abordaje integral de este proceso de conocimiento permite arribar a un diagnóstico fonoaudiológico completo, complejo y jerarquizado de las Funciones Estomatognáticas, en relación con las consecuencias funcionales del bruxismo. Cabe destacar que el Licenciado/a en Fonoaudiología no es el profesional encargado de diagnosticar esta parafunción, sino de identificar y abordar las disfunciones estomatognáticas asociadas.

Tratamiento

El tratamiento del bruxismo debe orientarse a la identificación y al control de los factores que lo desencadenan, considerando su carácter complejo y multifactorial. En este marco, es imprescindible un abordaje interdisciplinario que articule las intervenciones de las áreas Fonoaudiológica, Odontológica y Psicológica, con el fin de dar una respuesta integral a la problemática que padece el sujeto.

La intervención Odontológica cumple un rol fundamental en el tratamiento sintomático del dolor y en la prevención del daño estructural, a través del uso de intermediarios oclusales. Estos dispositivos, comúnmente denominados placas, brindan protección a las piezas dentarias, previenen sus desgastes y favorecen la relajación muscular. En este sentido, Serrat (2023) sostiene que el tipo de placa oclusal a utilizar, ya sea dura o blanda, dependerá del diagnóstico establecido. Por su parte, la intervención Fonoaudiológica resulta necesaria para llevar adelante la reeducación

neuromuscular funcional, mientras que la intervención Psicológica se orienta a abordar los factores psicosomáticos externos e interno, tales como el estrés y la ansiedad, íntimamente vinculados al desarrollo y mantenimiento del bruxismo.

El rol del Licenciado/a en Fonoaudiología en el abordaje del bruxismo es “relevante en la intervención de la Motricidad Orofacial en la disfunción Temporomandibular para restablecer la estructura abordando sus funciones.” (Contreras et al., 2019:4). Las alteraciones Fonoaudiológicas asociadas a esta parafunción suelen vincularse con perturbaciones de origen emocional, que se manifiestan a través de la tensión sostenida de la musculatura de la cabeza y el cuello. De este modo, la descarga psicosomática emocional que presenta un sujeto puede expresarse mediante el apretamiento y rechinar dentario, afectando de manera directa al Sistema Estomatognático y al adecuado desempeño de sus funciones.

En este contexto es importante considerar a la Terapia Miofuncional, entendida como “una disciplina que se encarga del estudio y tratamiento de los músculos que intervienen en el habla, la dentición, la masticación y formación del bolo alimenticio así como de todos los aspectos relacionados con la salud física y mental” (Gonzalez et al., 2023: 3). Esta Terapia comprende un conjunto de procedimientos destinados a la reeducación de patrones musculares inadecuados y al establecimiento de nuevos comportamientos funcionales, eliminando hábitos deletéreos. Su aplicación busca favorecer la respiración funcional, disminuir fuerzas antagonistas producidas por la lengua en contra de la acción de la aparatología, contribuir a la corrección de fuerzas que promueven la enfermedad periodontal y abordar alteraciones oclusales. Por lo tanto, la Terapia Miofuncional permite restablecer funciones esenciales tales como la respiración, la deglución, la masticación, la fonoarticulación.

Dentro del equipo interdisciplinario, el/la Fonoaudiólogo/a debe intervenir sobre el desequilibrio orofacial y los patrones anómalos de deglución relacionados con problemas de

oclusión y habla, dado que la función de la Articulación Temporomandibular influye sobre la musculatura laríngea y los espacios neuromusculares, modificando el funcionamiento global del Sistema. En este sentido constituye una competencia Fonoaudiológica el estudio de los aspectos estructurales y funcionales orofaciales y cervicales, cuyo objetivo es conseguir el equilibrio del Sistema Estomatognático.

Cuando la función respiratoria se encuentra comprometida, Rocha y cols. dentro del artículo *Asociación fonoaudiológica, psicológica y odontológica en la patología del bruxismo. En jóvenes universitarios de Cúcuta* (2019) proponen estrategias terapéuticas para el control del bruxismo centradas en la respiración como eje fundamental del tratamiento, sin descuidar el abordaje del tono muscular.

Desde una perspectiva que entiende al bruxismo como una parafunción frecuentemente asociada a parafunciones tales como la onicofagia, la succión digital o labial y el mordisqueo de objetos, Chiavaro (2011) plantea la Terapia Neuromuscular Funcional. Esta modalidad terapéutica tiene como objetivo brindar estímulos apropiados al Sistema Nervioso, permitiendo que la información proveniente de la periferia sea decodificada, almacenada e integrada con otras áreas nerviosas. La terapia se estructura en dos ejes fundamentales: el eje sensitivo-sensorial, orientado a favorecer la organización de las funciones sensomotoras y cognitivas individuales con el fin de mejorar la actividad neuromuscular; y el eje motor, centrado en la contracción isométrica, con el propósito de incrementar dicha actividad neuromuscular.

Existen además otras propuestas terapéuticas que amplían el abordaje del bruxismo desde perspectivas complementarias. Ramos (2023) propone el Protocolo de Fisioterapia para pacientes con bruxismo diurno y nocturno, conformado por tres fases: una primera fase de intervención manual-instrumental y diafragmática, una segunda fase centrada en pisos anatómicos y una tercera

fase orientada al control y a la adquisición de hábitos saludables. Este protocolo tiene como objetivo brindar una intervención integral que contemple la multifactorialidad propia del bruxismo.

La intervención funcional sobre las estructuras musculares del Sistema Estomatognático, así como el reconocimiento del rol que cumple cada una de ellas, adquiere especial relevancia para el/la Licenciado/a en Fonoaudiología especializado en Fonoestomatología. En este sentido, la reeducación de las Funciones Estomatognáticas, el entrenamiento muscular y el trabajo sobre contrarresistencia, velocidad y precisión de las praxias orales constituyen aspectos fundamentales en el abordaje terapéutico del bruxismo.

La intervención temprana debe ser un objetivo prioritario de los equipos interdisciplinarios que abordan esta patología, a fin de evitar la complejización de la sintomatología y el agravamiento de las consecuencias funcionales en el individuo. Es necesario subrayar el carácter interdisciplinar del abordaje, entendiendo que no se trata únicamente de utilizar la Terapia Neuromuscular Funcional desde la Fonoaudiología, sino que el propósito es

integrar los tratamientos a través del trabajo interdisciplinar, lo que conduciría a la recuperación del balance muscular facial, la reeducación de las funciones musculares y la disminución de la sintomatología y consecuencias generadas por el bruxismo, partiendo del conocimiento y manejo de los conceptos de relación entre forma y función del Sistema Estomatognático que posee el Fonoaudiólogo sumado a los saberes de otros profesionales, para apoyar a los tratamientos de Odontólogos generales y Odontólogos especialistas. (González et al., 2013:9)

Finalmente, resulta importante destacar que el/la Licenciado/a en Fonoaudiología no interviene directamente sobre el diagnóstico del bruxismo, sino que aborda los síntomas que el

paciente manifiesta mediante estrategias orientadas a la rehabilitación de la musculatura. Su intervención tiene como finalidad favorecer la funcionalidad del Sistema Estomatognático, reduciendo las parafunciones que interfieren en sus funciones, y diseñar planes de tratamiento integrales que contemplen al sujeto en su totalidad, incluyendo su calidad y estilo de vida.

Conclusión

A partir de lo expuesto a lo largo del presente ensayo, sostenemos que el bruxismo constituye una patología de gran relevancia para la Fonoaudiología, particularmente dentro de los campos de la Fonoestomatología y la Motricidad Orofacial. Nos referimos al término bruxismo ya que creemos que es el más acorde debido a que permite conocer y estudiar tanto la acción de bruxar de día como de noche y no limitarse solo al apretamiento dental, sino que incluye otras modificaciones como las alteraciones a nivel del Sistema Estomatognático.

La revisión bibliográfica permitió comprender que el bruxismo no debe interpretarse de manera aislada, sino como un síntoma que emerge de múltiples interacciones, lo que conlleva a analizarlo desde una perspectiva integral. En consonancia con lo propuesto por Ramos (2023), se entiende que sus manifestaciones inciden en el funcionamiento global del organismo, como resultado de una interacción dinámica entre distintos Sistemas, y no como la falla de un componente de manera independiente.

A lo largo del desarrollo teórico se evidenció su etiología multifactorial, producto de la interacción entre componentes estructurales, funcionales, emocionales y neuromusculares. Esta complejidad demanda una mirada clínica amplia, capaz de reconocer la estrecha relación entre el bruxismo y la organización del Sistema Estomatognático. En este sentido, la Articulación Temporomandibular adquiere un rol preponderante, ya que en ella suelen manifestarse los primeros signos de dolor articular en las personas que padecen bruxismo. Los aportes de Gárces y cols. (2008) y Cassasus y cols. (2007) evidencian que la sobrecarga mecánica sostenida puede desencadenar alteraciones estructurales progresivas a nivel de la ATM, comprometiendo su funcionalidad y favoreciendo a la aparición de procesos inflamatorios.

Por lo tanto, el Sistema Masticatorio se ve obligado a realizar fuerzas superiores a las que fisiológicamente puede tolerar, produciendo mecanismos compensatorios a través del aumento de

la tensión muscular de la cabeza y el cuello, lo que provoca, en palabras de Chiavaro (2011) una disfunción. De este modo, se ratifica que el bruxismo altera la neuromusculatura y las funciones del Sistema, evidenciándose a través de diversas manifestaciones clínicas como ruidos articulares, cefalea, acúfenos, otalgias, entre otras. Estas manifestaciones clínicas aparecen tanto en niños como en adultos, varones y mujeres, por lo que Herrero y cols. (2019) afirman que el bruxismo afecta a un porcentaje significativo de la población, tanto niños como adultos.

El acto de bruxar no se limita únicamente al rechinar o apretamiento dentario, sino que involucra modificaciones a nivel estructural, muscular, óseo y nervioso, así como alteraciones en los ciclos de sueño y vigilia. En relación con esto, autores como Viridiana (2019) plantean que el estrés actúa como un factor desencadenante relevante en la actualidad, funcionando como una vía de descarga neuromuscular frente a estados de ansiedad, tensión, temor y otras demandas emocionales. En este sentido la sociedad se caracteriza por vivir con ritmos de vida acelerados, sobreexigencias laborales, académicas y sociales, acompañado de escasos espacios de descanso, lo que favorece la acumulación de tensiones a nivel corporal de manera tal que el Sistema Estomatognático, sobre todo la musculatura masticatoria, se convierte en un canal privilegiado de manifestación somática del estrés.

Resulta oportuno retomar el concepto de Okeson (2013) al considerar al bruxismo dentro de los Trastorno Temporomandibulares, ya que este no se reduce únicamente a alteraciones de la Articulación Temporomandibular, sino que incluye un conjunto de patologías que afectan al Sistema Masticatorio. Desde esta perspectiva, el bruxismo queda comprendido dentro de este término debido a que se manifiesta alterando funciones esenciales como la respiración, deglución y articulación. Por lo tanto podría considerarse como una actividad neuromuscular constante, sin fines nutricios que repite un aspecto de la función completa, tal como la define Chiavaro (2011) ubicando al bruxismo dentro de las parafunciones debido a su carácter persistente y no funcional.

Es así que resulta pertinente comprender el bruxismo no sólo como una parafunción aislada, sino como una compleja manifestación clínica sostenida en el tiempo y que compromete al equilibrio del Sistema en su totalidad. Su carácter persistente y no funcional implica una sobrecarga neuromuscular continua la que interfiere en los patrones fisiológicos normales y favorece a compensaciones musculares que pueden extenderse a otras funciones.

Es relevante considerar que el bruxismo no debe concebirse como una patología menor. Si bien el uso de placas oclusales resulta una herramienta válida para limitar el daño estructural, tal como plantea Serrat (2023), su utilización de manera aislada no garantiza la atenuación de la sintomatología global. Esto no implica desestimar su uso, sino reconocer que resulta indispensable promover un enfoque interdisciplinario que complemente y potencie su función terapéutica. En este sentido, Gómez (2009) describe que los trastornos de la oclusión pueden constituir un punto de partida para el desarrollo del bruxismo, reforzando la necesidad de abordajes integrales.

En cuanto al rol del Fonoaudiólogo/a, tal como se mencionó en el presente ensayo, no es el profesional encargado de diagnosticar el bruxismo, sino de identificar y abordar las disfunciones estomatognáticas que se manifiestan como consecuencia de esta parafunción. Su rol fundamental se orienta a promover el restablecimiento del equilibrio orofacial y la reorganización de patrones neuromusculares alterados.

En este marco, el rol del Fonoaudiólogo/a en el tratamiento del bruxismo se centra en la reeducación funcional de patrones alterados del Sistema Estomatognático. No obstante, tal como plantea Gonzales (2013), el abordaje de esta patología no debe recaer exclusivamente en una sola disciplina, sino que requiere del trabajo conjunto e interdisciplinario, donde cada área aporte desde su especificidad para abordar una condición multifactorial, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del individuo. En este sentido, el/la Fonoaudiólogo/a, es el profesional capacitado para intervenir sobre las disfunciones estomatognáticas, dado su conocimiento integral de la relación

entre estructura, función y control neuromuscular, por lo que identificará alteraciones en las funciones como la respiración, la alimentación y la articulación. Su tarea no se limita a la reeducación funcional, sino también a la normalización del tono y la coordinación neuromuscular, favoreciendo así el restablecimiento del equilibrio del Sistema Estomatognático.

Se considera importante visibilizar la multifactorialidad del bruxismo, así como las alteraciones y modificaciones que esta parafunción produce, remarcando la importancia del trabajo interdisciplinario entre Fonoaudiología, Odontología y Psicología. La relevancia de este ensayo radica en destacar el aporte específico de la Fonoaudiología, dado que el bruxismo se configura como un fenómeno propio de la Fonoestomatología, susceptible de ser comprendido como Trastorno Temporomandibular como una Parafunción. En ambos casos se ve comprometida la funcionalidad de las Articulaciones Temporomandibulares, generando alteraciones en las funciones respiratoria, deglutoria y articularia.

Tal como señalan Guzman y Cols. (2023), la intervención fonoaudiológica aporta beneficios específicos al Sistema Estomatognático al actuar directamente sobre la sintomatología vinculada al bruxismo, contribuyendo a la disminución de la intensidad del daño funcional y a la mejor calidad de vida del paciente, en el marco de un abordaje interdisciplinario.

Finalmente, persiste un interrogante relevante: ¿El bruxismo produce la disfunción o la disfunción predispone al bruxismo? Esta pregunta, aún sin una respuesta concluyente, invita a continuar profundizando el estudio de las interrelaciones del Sistema Masticatorio, cuya funcionalidad se ve comprometida como se evidenció a lo largo de este trabajo.

Pensar el bruxismo desde esta perspectiva integradora interdisciplinaria invita a los profesionales de la salud a adoptar una mirada holística, en la que forma y función se articulen para restablecer la armonía del Sistema Estomatognático. Asimismo, se invita a la comunidad científica a continuar investigando y desarrollando estrategias orientadas a la detección temprana, el diagnóstico preciso

y el tratamiento oportuno. La concientización acerca de su multifactorialidad y de la relevancia de la intervención Fonoaudiológica resulta fundamental para avanzar hacia prácticas clínicas que prioricen el bienestar integral del sujeto.

Referencias bibliográficas

- Angle, H. (1978). Clasificación y diagnóstico de la maloclusión. En H. Angle (Ed). *Tratamiento de la maloclusión dental y fractura de los maxilares* (pp. 34-44). Editorial S.S. White
- Baldiochea, F. (2010). Revista: bruxismo, teoría y clínica. *Revista científica odontológica*, 6(2), 59-68. Recuperado de: <https://www.clinicabaldor.com/wp-content/uploads/2016/02/El-bruxismo-teor%C3%ADa-y-cl%C3%ADnica-v1.pdf>
- Bayón, F. (2016). El sincronismo entre la articulación temporo-mandibular y la oclusión dentaria
- Casassus, R., Labraña, G., Pesce, C., Pinares, J. (2007). Etiología del bruxismo. *Revista dental de Chile*, 99(3), 27-33. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/273704516_Etiologia_del_bruxismo
- Chiavaro, N. (2011). *Funciones y disfunciones estomatognáticas*. Akaida: Buenos Aires.
- Cifuentes, B., Vejar, N., Robles, B., Pastene, F., Azocar, A. (2022). Bruxismo: etiología, diagnóstico y sus repercusiones en adultos. Revisión de literatura. *Odontología Sanmarquina*, 25(4), 1-8. Recuperado de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1400844/cifuentes-harris-254.pdf>
- Esqueda, A., Tamez, J., Bazan, D., Castellanos, J. (2015). Valoración y manejo interdisciplinario del bruxismo. *Revista ADM*, 72(2), 99-105. Recuperado de: https://www.lasallebajio.edu.mx/oferta/documents/06_valoraci%C3%B3n_y_manejo_interdisciplinario_del_bruxismo%E2%80%8F.pdf
- Garces, D., Godoy, L., Palacio, A., Naranjo, M. (2008) Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio: Revisión de literatura. *CES Odontología*, 21 (1), 61-70. Recuperado por: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/53>

- Garcia, J., Garcia, X., Mitjans, O., Correa, J. (2016) Afecciones de la articulación temporomandibular en un servicio de urgencias estomatológicas. *Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20 (3), 291-297. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300006
- Garrigos, D., Garza, A., Castellanos, J. (2015) Bruxismo: más allá de los dientes. *ADM*, 72(2), 70-77. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57875>
- Gómez, S., Miralles, M., González, I., Capote, E., Sifontes, L. (2009). Bruxismo: acercamiento a un fenómeno creciente. *Archivo Médico de Camagüey*, 13(2). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116125018>
- Gonzalez, L., Molina , N., Pinto, Y. (2013) *Participación del fonoaudiólogo en el staff de rehabilitación de pacientes con bruxismo en la clínica médico odontológica de Promta en la Ciudad de Medellín-Antioquia*. Portaro. Recuperado de: https://repositorio.fumc.edu.co/bitstream/fumc/803/1/GonzalezLaura_MolinaNineyi_PintoYanina_2013.pdf
- Gonzalez, E., Midobuche, E. Castellanos, J. (2015) Bruxismo y desgaste dental. *ADM*, 72(2), 92-98. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152g.pdf>
- Gutierrez, F., Miralles, R., Fuentes, D., Santander, H., Valenzuela, S., Gamboa, N., Zuñiga, C. (2021). Bruxismo y su relación con otorrinolaringología: una revisión de literatura. *Otorrinolaringol*, 81, 153-162. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162021000100153
- Hernandez, B., Nodarse, R., Gomez, S., Hidalgo, S., Ramos, S., Cano, O. (2019). Bruxismo y manifestaciones clínicas en el sistema estomatognático. *Arch Med Camagüey*, 23(3), 309-

318 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000300309

- Marchesan, I. (1998). Fundamentos de fonoaudiología Aspectos clínicos de la motricidad oral. Editorial Panamericana.
- Okeson, J. (2013). Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Elsevier: España.
- Ortiz, J., Rodriguez., N. (2022). Efectividad de la fisioterapia como tratamiento coadyuvante del Bruxismo. *Opuntia Brava*, 14(2), 1-13. Recuperado de: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1579>
- Ramos, N. (2023). Protocolo de fisioterapia para pacientes con bruxismo diurno y nocturno. *Multidisciplinar*, 28(1), 331-333. Recuperado de: <https://rcoe.es/articulos/160-protocolo-de-fisioterapia-para-pacientes-con-bruxismo-diurno-y-nocturno.pdf>
- Sánchez, C. (08 de febrero de 2019). Normas APA – 7ma (séptima) edición. Normas APA (7ma edición).
Recuperado de: <https://normas-apa.org/>
- Manrique, L., Manrique, R., Lizcano, T. (2019) Asociación fonoaudiológica, psicológica y odontológica en la patología del bruxismo en jóvenes universitarios de Cúcuta. *Revista Areté*, 19(1), 1-8. Recuperado de: <https://arete.iberro.edu.co/article/view/art19107>
- Pinos, P., Gonzabay, E., Cedeño, M. (2020). El Bruxismo, Conocimientos Actuales. Una Revisión de la Literatura. *RECIAMUC*, Vol.4 (Nº1), 49-58. Recuperado de: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/430>
- Sandoval, H., Fariña, M. (2016) Prevalencia de bruxismo del sueño en niños y su relación con los signos de trastornos temporomandibulares y las parafunciones diurnas.

Odontostomat, 10(1), 41-47. Recuperado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-381x2016000100008&script=sci_arttext

- Serrat, P. (2023). Ortodoncia, parafunciones, bruxismo, apnea del sueño y ronquidos. *Artículo Nacional*. Recuperado de: <https://www.yumpu.com/es/document/view/16282226/ortodoncia-parafunciones-bruxismo-apnea-del-sueno-y-ronquidos>
- Herrero, Y., Molina, Y., Hernandez, Y. (2019). Vulnerabilidad y nivel de estrés en pacientes con bruxismo. *Revista Cubana de Estomatología*, 56(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000300004
- Torres, A. (2005) Manejo fonoaudiológico de los trastornos de la ATM. *Revista Estomatología*, 13(1), 36-41. Recuperado de: https://estomatologia.univalle.edu.co/index.php/revista_estomatologia/article/view/5577
- Viridiana, K. Popoca, E., Carrillo, J., Espinosa, I., Martinez, R. (2019). Tipo de bruxismo por sexo en pacientes con trastornos temporomandibulares de la Facultad de Estomatologia de la BUAP. *Revista Mexicana de Estomatología*, 6(1), 26-32. Recuperado de: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/download/256/457>
- Zambra, R., Rodriguez, C. (2003). Bruxismo. *Odontoestomatol*, 19(3), 123-130. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852003000300003
- Zambrana, N., Dalva, L.. (1998). Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial. Tratamiento precoz y preventivo, terapia miofuncional. Editorial: Masson; España.

