

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Terapias en el manejo del dolor en pacientes bruxistas

Therapies for pain management in patients with bruxism

Melania Medina Moreno¹. William Ubilla Mazzini². Tanya Moreira Campuzano³

¹ Egresada Carrera de Odontología. Universidad de Guayaquil. <https://orcid.org/0009-0005-4243-5111>

² Magister en Educación. Especialista en Ortodoncia. Docente Universidad de Guayaquil. <https://orcid.org/0000-0001-5940-1456>

³ Especialista en Ortodoncia. Docente Especialización en Ortodoncia Universidad de Guayaquil. <https://orcid.org/0000-0002-1158-0245>

Correspondencia: william.ubillam@ug.edu.ec

Recibido: 18/12/2025

Aceptado: 27/02/2026

RESUMEN

El bruxismo constituye una problemática clínica de alta prevalencia que genera dolor orofacial persistente y alteraciones funcionales, afectando de manera significativa la calidad de vida de los pacientes adultos. El problema central de esta investigación se enfoca en la ausencia de un abordaje terapéutico integral y claramente definido que articule de forma efectiva las terapias farmacológicas, dentarias y psicológicas para el manejo del dolor en pacientes bruxistas. Objetivo: analizar las diferentes terapias disponibles para el manejo del dolor asociado al bruxismo, determinando las principales alteraciones dentarias, describiendo las alternativas farmacológicas, identificando los tratamientos odontológicos y detallando las terapias psicológicas aplicadas. Materiales y Métodos: Se desarrolló una investigación cualitativa, no experimental, exploratoria y documental, basada en la revisión y análisis de 42 documentos científicos publicados entre 2020 y 2025. Resultados: el desgaste dental por atrición, la sensibilidad dentinaria y las fisuras son las principales alteraciones dentarias, sin una relación directa entre la severidad del desgaste y la intensidad del dolor. Conclusión: las férulas oclusales constituyen la primera línea de tratamientos a nivel dentario, el tratamiento farmacológico cumple un rol complementario y las terapias psicológicas, especialmente la terapia cognitivo-conductual y el biofeedback, resultan fundamentales para un control más efectivo y sostenido del dolor. Por lo tanto, el manejo del bruxismo requiere un enfoque multimodal, interdisciplinario y centrado en el paciente.

Palabras Claves: Bruxismo. Férulas oclusales. Terapia cognitivo-conductual. Biofeedback

ABSTRACT

Bruxism is a highly prevalent clinical problem that causes persistent orofacial pain and functional alterations, significantly affecting the quality of life of adult patients. The central problem of this research focuses on the absence of a comprehensive and clearly defined therapeutic approach that effectively combines pharmacological, dental, and psychological therapies for pain management in bruxism patients. Objective: to analyze the different therapies available for the management of pain associated with bruxism, determining the main dental alterations, describing the pharmacological alternatives, identifying the dental treatments, and detailing the psychological therapies applied. Materials and Methods: A qualitative, non-experimental, exploratory, and documentary research was developed, based on the review and analysis of 84 scientific documents published between 2020 and 2025. Results: Dental wear due to attrition, dentin sensitivity, and fissures are the main dental alterations, with no direct relationship between the severity of wear and the intensity of pain. Conclusion: Occlusal splints are the first line of treatment at the dental level, pharmacological treatment plays a complementary role, and psychological therapies, especially cognitive-behavioral therapy and biofeedback, are essential for more effective and sustained pain control. Therefore, the management of bruxism requires a multimodal, interdisciplinary, and patient-centered approach.

Keywords: Bruxism. Occlusal splints. Cognitive behavioral therapy. Biofeedback.

INTRODUCCIÓN

El bruxismo constituye un trastorno funcional del sistema estomatognático caracterizado por el apretamiento o rechinar de los dientes, manifestándose tanto en vigilia como durante el sueño, por ende, presenta una etiología multifactorial ⁽¹⁾. Además, su alta prevalencia y diversas repercusiones han incidido en un mayor interés científico debido a su impacto directo en la salud bucodental y

general. De tal manera, este trastorno no solo es un hábito parafuncional, sino una condición compleja en la que interactúan aspectos neuromusculares, psicológicos y oclusales, lo que ha impulsado la búsqueda de abordajes terapéuticos integrales, especialmente orientados al control del dolor asociado ⁽²⁾.

En un informe de la Organización Mundial de la Salud ⁽³⁾ destacó que casi el 50% de la población mundial padece algún tipo de enfermedad bucodental, en su mayoría asociadas a condiciones crónicas no tratadas oportunamente, incluyéndose a los trastornos funcionales como el bruxismo. De tal manera que no solo afecta la calidad de vida del individuo, sino que también incrementa la carga económica y social de los sistemas de salud, especialmente en entornos donde el acceso a tratamientos especializados es limitado. En efecto, la importancia de esta problemática se centra en la identificación y reconocimiento de que el dolor orofacial, las cefaleas tensionales, la hipersensibilidad dental y los trastornos temporomandibulares son consecuencias frecuentes en pacientes bruxistas.

Por su parte, Arias et al. ⁽⁴⁾ han identificado que el estrés, la ansiedad, los trastornos del sueño y ciertos hábitos de vida son los principales desencadenantes o perpetuadores del bruxismo, considerándose a su vez como factores de riesgo relevantes en adultos. En este sentido, Fuentes y Blásquez ⁽⁵⁾ destacan una relación directa entre ansiedad y bruxismo, evidenciando que el tratamiento y seguimiento exclusivo desde un punto de vista odontológico no es suficiente para abordar el dolor persistente, lo que ha motivado la incorporación de terapias complementarias, como la terapia manual.

Ante lo expuesto, la problemática trasciende en profundizar la efectividad real de las diversas terapias empleadas en el control del dolor en pacientes bruxistas, destacándose a las férulas oclusales, farmacoterapia, fisioterapia y técnicas manuales. A razón de que aún persisten discrepancias respecto a su eficacia individual y combinada, así como a los criterios clínicos para su selección se promueve un análisis multidisciplinario, como en el caso de bruxismo de sueño, se presencia aspectos neurológicos y musculares que dilatan el dolor ⁽⁶⁾.

En ese sentido, el presente estudio tiene como propósito desarrollar un análisis profundo sobre las terapias empleadas en el manejo del dolor en pacientes bruxistas mediante la identificación de fundamentos, alcances y limitaciones permitiendo así una óptima atención clínica. Asimismo, se plantea el desarrollo de una propuesta de solución basada en un abordaje integral, que considere no solo el alivio sintomático del dolor, sino también los factores psicológicos y funcionales asociados, contribuyendo así a una mejora sostenida en la calidad de vida del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

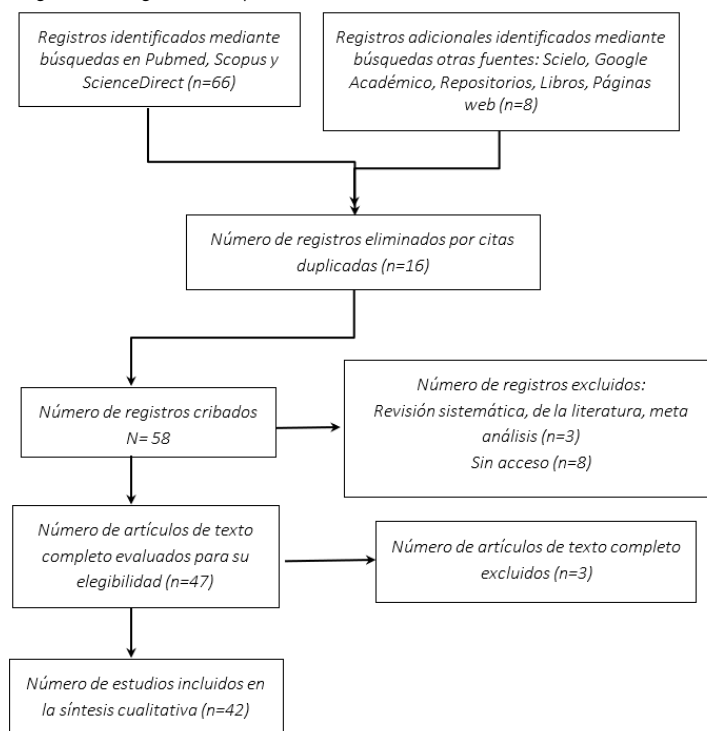
Se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, orientado a la comprensión profunda e interpretativa del fenómeno estudiado. Este enfoque permitió analizar cómo las terapias farmacológicas, psicológicas y odontológicas han sido abordadas en la literatura científica para el manejo del dolor asociado al bruxismo en adultos, considerando los contextos clínicos, las experiencias reportadas y los criterios terapéuticos descritos por distintos autores.

El estudio correspondió a una investigación no experimental, de carácter exploratorio y documental. El diseño no experimental se fundamentó en la ausencia de manipulación directa de variables, dado que el análisis se realizó a partir de información previamente publicada. El carácter exploratorio permitió aproximarse a un tema que, aunque estudiado, presenta diversidad de enfoques y resultados en relación con las terapias dirigidas específicamente al alivio del dolor por bruxismo. De manera complementaria, la investigación documental se sustentó en la revisión sistemática de artículos científicos, tesis académicas y revisiones especializadas, lo que facilitó la organización y contrastación del conocimiento existente.

También fue de tipo descriptiva porque se enfocó en comprender y explicar, con base en la revisión de estudios científicos recientes, cómo se manifiesta el bruxismo y cuáles son las terapias utilizadas para aliviar el dolor bajo un análisis detallado y organizado de la información disponible.

La investigación utilizó el flujograma PRISMA para la búsqueda, revisión, análisis y selección de artículos, del cual estuvo conformada de 74 artículos, correspondientes a manuscritos originales, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, estudios clínicos, metaanálisis y tesis académicas, publicados principalmente entre los años 2020 y 2025. Estas fuentes fueron obtenidas de revistas científicas indexadas, bases de datos especializadas, repositorios universitarios y organismos internacionales, garantizando la validez, actualidad y pertinencia de la información analizada, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión se utilizaron 42 artículos con un aporte significativo a la investigación. Figura 1.

Figura 1. Diagrama del proceso de selección de artículos. Análisis Prisma



RESULTADOS

Principales alteraciones del bruxismo a nivel dentario

El bruxismo constituye una de las parafunciones orales con mayor impacto clínico sobre las estructuras dentarias, especialmente cuando su presencia es persistente y no es abordada de manera oportuna. En el presente trabajo, el análisis de las alteraciones dentarias permitió comprender cómo la actividad repetitiva e involuntaria de los músculos masticatorios genera cambios progresivos en la integridad dental, afectando no solo la estructura del esmalte y la dentina, sino también la estabilidad oclusal y la funcionalidad del sistema estomatognático.

Evidenciándose que las alteraciones dentarias más frecuentes en los pacientes con bruxismo se relacionaron principalmente con desgaste dental patológico, sensibilidad dentinaria, fisuras y microfracturas, así como modificaciones en la relación oclusal. Estas alteraciones se presentaron con mayor intensidad en sectores posteriores, particularmente en premolares y molares, coincidiendo con las zonas de mayor carga funcional. Asimismo, se observó que el desgaste no se manifestó de forma uniforme, sino que adoptó patrones compatibles con atrición, caracterizados por superficies planas y pulidas, lo que sugiere un contacto dental prolongado y repetitivo. En varios casos, este desgaste estuvo acompañado de exposición dentinaria, lo que explica la presencia de sensibilidad reportada por los pacientes durante la anamnesis clínica.

Tabla 1. Principales alteraciones dentarias derivadas del bruxismo

Alteración	Características clínicas observadas	Repercusión funcional
Desgaste dental (atrición)	Superficies oclusales planas, pérdida de anatomía cuspídea	Alteración de la eficiencia masticatoria
Sensibilidad dentinaria	Dolor ante estímulos térmicos o mecánicos	Limitación funcional y malestar persistente
Fisuras y microfracturas	Líneas de fractura en esmalte, principalmente en dientes posteriores	Riesgo de fracturas mayores
Alteraciones oclusales	Cambios en contactos oclusales y guía anterior	Sobrecarga muscular y articular

Los hallazgos obtenidos permiten comprender que el bruxismo genera un impacto progresivo sobre la integridad dentaria, manifestándose a través de cambios estructurales que comprometen tanto la superficie como la funcionalidad de las piezas dentales. Estas alteraciones reflejan la acción constante de fuerzas no fisiológicas que superan los mecanismos naturales de protección del diente, favoreciendo procesos de deterioro acumulativo. La localización preferente del daño en piezas posteriores sugiere una relación directa con la magnitud de la carga masticatoria ejercida en estas zonas, mientras que la presencia de sensibilidad evidencia una afectación que trasciende lo estructural e incide directamente en la experiencia de dolor del paciente.

Principales terapias farmacológicas utilizadas en el manejo del dolor en pacientes bruxistas.

El análisis de los estudios sobre toxina botulínica tipo A evidencia que su aplicación en músculos maseteros y temporales produce una disminución significativa del dolor, de la fuerza de mordida y de la frecuencia de episodios de bruxismo, con mejoras percibidas en la calidad del sueño y en la satisfacción del paciente. No obstante, su efecto es temporal y no actúa sobre el origen etiológico del trastorno, lo que obliga a considerar su uso como una alternativa sintomática complementaria y no como tratamiento definitivo.

En relación con los antidepresivos tricíclicos en dosis bajas, los ensayos clínicos y revisiones muestran una reducción progresiva del dolor crónico orofacial y una mejoría en la calidad de vida, especialmente con amitriptilina. Sin embargo, los ISRS puede n inducir o agravar el bruxismo como efecto adverso, lo que exige vigilancia clínica. Por su parte, el clonazepam demuestra eficacia a corto plazo en la reducción de episodios nocturnos, aunque su uso prolongado implica riesgos de dependencia y efectos secundarios.

Tabla 2. Tratamientos a nivel farmacológico

Tratamiento	Método, material y grupo de estudio	Resultados clave
Toxina Botulínica tipo A	Ensayos clínicos en adultos con bruxismo del sueño. Aplicación en maseteros/temporales. Seguimiento 3–6 meses. Evaluación con polisomnografía y EMG ⁽⁷⁾ .	Disminuye dolor y fuerza de mordida. Mejora del sueño. Efecto temporal (3–4 meses).
	Estudio prospectivo en 25 mujeres (24–67 años). Dosis 30–95 US. Evaluación a 2 semanas y 4 meses con ecografía y valoración clínica ⁽⁸⁾ .	24% libres de bruxismo; 76% con mejoría significativa. Reducción del grosor masetero y dolor. Efectos leves.
	Revisión sistemática (2015–2020) de ensayos clínicos en adultos ⁽⁹⁾ .	Reduce dolor e intensidad de episodios. Evidencia limitada por muestras pequeñas y seguimientos cortos.
Antidepresivos tricíclicos en dosis muy bajas	Revisión 2019–2024 en dolor orofacial y TTM. Dosis 10–25 mg/día (amitriptilina/nortriptilina) ⁽¹⁰⁾ .	Disminuye dolor crónico y mejora sueño. Requiere control por efectos adversos.
	Estudio experimental en 64 pacientes. Comparación: férula, citalopram 10 mg y amitriptilina 25 mg. Seguimiento 9 semanas ⁽¹¹⁾ .	Todos mejoraron; amitriptilina mostró mayor reducción progresiva del dolor.
Antidepresivos derivados de fluoxetina (ISRS)	Revisión 2014–2024 en pacientes tratados con fluoxetina, sertralina, paroxetina y otros ISRS ⁽¹²⁾ .	Asociados a aparición o agravamiento del bruxismo como efecto adverso. Evidencia no concluyente.
	Caso clínico: mujer 22 años con sertralina 50 mg/día. Bruxismo a las 4 semanas. Cambio a bupropión XL ⁽¹³⁾ .	Resolución completa en 3 semanas tras cambio de fármaco. Confirma posible relación ISRS–bruxismo.
Benzodiazepinas (Clonazepam)	Ensayo clínico en 21 adultos con bruxismo del sueño. 1 mg/día. Evaluación con polisomnografía ⁽¹⁴⁾ .	Reducción significativa de episodios nocturnos. Eficaz a corto plazo.
	Revisión clínica en bruxismo y TTM asociados a ansiedad. Uso nocturno progresivo progresivas ⁽¹⁵⁾ .	Disminuye tensión muscular y dolor. Riesgo de dependencia en uso prolongado.

Principales terapias a nivel dentario aplicadas en pacientes con bruxismo.

El análisis de los estudios relacionados con el uso de férulas oclusales evidencia que este tratamiento constituye una alternativa terapéutica conservadora eficaz para el manejo del bruxismo y sus manifestaciones musculares y articulares asociadas. Los resultados obtenidos en diferentes diseños metodológicos, tanto clínicos como experimentales, demuestran una disminución significativa de la hiperactividad muscular, el dolor en la articulación temporomandibular y los hábitos parafuncionales, además de una mejora progresiva en la función masticatoria y la calidad de vida oral. No obstante, la necesidad de seguimiento clínico periódico y abordaje interdisciplinario sugiere que sus beneficios dependen en gran medida de la adherencia del paciente y del control de factores psicoemocionales implicados.

En relación con el ajuste oclusal y el tratamiento ortodóntico, los hallazgos permiten interpretar que la corrección de contactos prematuros y discrepancias entre la relación céntrica y la oclusión habitual favorece la estabilidad mandibular, reduce interferencias funcionales y contribuye a la disminución del dolor muscular y articular. Asimismo, los tratamientos ortodónticos muestran una tendencia a la reducción de síntomas asociados al bruxismo, aunque con posibles incrementos transitorios durante las fases iniciales de adaptación. Esta variabilidad indica que, si bien la intervención estructural mejora la distribución de cargas oclusales, su impacto sobre conductas parafuncionales puede depender del tiempo de evolución terapéutica y de características individuales del paciente. A continuación, se resumen en la tabla 11, aspectos relevantes de los tipos de tratamientos dentarios revisados:

Tabla 3. Tratamientos a nivel dentario

Tratamiento	Materiales, métodos y características del grupo de estudio	Resultados
Férulas oclusales	Caso clínico. Hombre 62 años con bruxismo, dolor facial y TTM. Evaluación clínica integral y férula desprogramadora con seguimiento y apoyo psicológico ⁽¹⁶⁾ .	Disminución de hiperactividad muscular y dolor ATM. Mejora funcional y mayor confort. Requirió manejo interdisciplinario.
	Estudio experimental en 120 adultos con bruxismo. 60 con férula vs 60 sin tratamiento. Evaluación clínica y seguimiento ⁽¹⁷⁾	Influencia significativa (p=0.010). Reducción de dolor muscular (75%), dolor articular (78.9%) y signos clínicos. Mejoría funcional en grupo tratado.
Ajuste oclusal	Caso clínico. Hombre 23 años con bruxismo y TTM unilateral. Desgaste selectivo y restauración anterior. Evaluación con EVA ⁽¹⁸⁾	Dolor ↓ de EVA 7 a 1. Corrección de discrepancia céntrica y mejora funcional mandibular.
	Caso clínico. Hombre 52 años con contacto prematuro y desplazamiento mandibular (1 mm frontal, 3 mm sagital). Ajuste selectivo ⁽¹⁹⁾ .	Eliminación de interferencias. Corrección del desplazamiento (3 mm sagital, 1 mm frontal). Disminución de dolor muscular.
	Caso clínico. Hombre 56 años con bruxismo nocturno. Rehabilitación oral por fases + placa nocturna ⁽²⁰⁾	Restablecimiento de estabilidad oclusal y guías funcionales. Disminución de hiperactividad muscular. Supervivencia restauradora reportada: 97,7%.
Tratamiento ortodóntico	Estudio longitudinal (2021–2022). 100 pacientes (18–45 años). Evaluación a 0, 3 y 6 meses ⁽²¹⁾	Bruxismo inicial 64%. Apretamiento ↓ 34% a 9%. Dolor muscular ↓ 31% a 6%. Dolor ATM ↓ 22% a 0%. Reducción significativa (p=0.0001).
	Estudio prospectivo en 32 adultos con alineadores. Monitoreo conductual en tres fases. ⁽²²⁾	No diferencias significativas en bruxismo despierto. Uso de alineadores no modifica frecuencia a corto plazo.

Principales terapias psicológicas aplicadas en el manejo de dolor en pacientes bruxistas.

El análisis de los estudios centrados en la terapia cognitivo-conductual permite observar que su incorporación dentro del abordaje de los trastornos temporomandibulares no solo incide en la disminución de la percepción del dolor, sino que también contribuye a mejorar la funcionalidad mandibular y la manera en que los pacientes afrontan su condición en la vida cotidiana. La evidencia reportada muestra que, cuando esta intervención se integra con tratamientos convencionales, se potencian los resultados clínicos, alcanzando reducciones importantes tanto en la intensidad del dolor como en la discapacidad funcional, lo que sugiere un impacto sostenido más allá del corto plazo.

En contraste, los resultados asociados al uso del biofeedback reflejan un efecto más focalizado sobre la modificación de patrones conductuales vinculados al bruxismo despierto, especialmente en la reducción de la actividad muscular registrada mediante electromiografía. No obstante, dicha mejoría no se traduce necesariamente en cambios significativos en variables clínicas como el dolor facial, la limitación funcional o el estado emocional. Esta situación permite interpretar que, aunque el biofeedback puede ser útil como estrategia complementaria, su alcance terapéutico podría ser limitado si no se combina con intervenciones dirigidas a los componentes psicológicos del trastorno.

Tabla 4. Tratamientos a nivel psicológico

Tratamiento	Materiales, métodos y características del grupo de estudio	Resultados
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Revisión sistemática (9 ECA, adultos con TTM). Programas 4–8 sesiones, sola o combinada. Seguimiento hasta 12 meses ⁽²³⁾	↓ dolor ≈45% (similar a férula 48%). Con amitriptilina ↓ ≈55%. Apertura bucal ↑ 35→43 mm (p<0,05). Efectos sostenidos.estables a mediano y largo plazo.
	ECA (n=41). CBT + app vs tratamiento convencional (~6 semanas) ⁽²⁴⁾	↓ dolor EVA -3,3 vs -1,5 (p≈0,008). ↓ puntos dolorosos -5,8 vs -1,8 (p=0,008). Apertura ↑ +3,5 mm (p=0,042). Sin cambios en estrés.
Biofeedback	Revisión sistemática (69 adultos). EMG portátil con señal auditiva/visual. ⁽²⁵⁾	↓ eventos tónicos y fásicos diurnos y nocturnos (p≤0,04). Sin evidencia clara en dolor o calidad de vida.
	ECA simple ciego (60 adultos; seguimiento 6 meses). 4 sesiones semanales de 10 min con EMG sobre masetero + monitoreo móvil ⁽²⁶⁾	↓ contacto dental sostenido (p=0,004) y ↓ conducta global de bruxismo despierto (p=0,008). Sin cambios significativos en dolor, ansiedad o discapacidad (p>0,05). Mayor efecto conductual que clínico.

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en esta investigación confirman que el bruxismo representa una condición multifactorial con repercusiones estructurales, funcionales y psicoemocionales que coinciden ampliamente con lo descrito en la literatura reciente. En relación con las alteraciones dentarias, el predominio del desgaste por atrición, la sensibilidad dentinaria y las fisuras en sectores posteriores guarda concordancia con lo señalado por Sánchez et al. ⁽¹⁾ y Aliberas et al. ⁽⁷⁾, quienes describen al bruxismo como una de las principales causas de deterioro progresivo del esmalte y pérdida de la anatomía cuspídea. La localización preferente en molares y premolares también coincide con lo planteado por Oyarzoa et al. ⁽⁶⁾, al destacar que las mayores cargas funcionales recaen sobre estas piezas, favoreciendo la aparición de contactos traumáticos repetitivos.

Asimismo, los resultados se alinean con los datos epidemiológicos reportados por Alcolea & Mkhitarian ⁽⁸⁾ y Stanisic et al. ⁽²⁷⁾, quienes evidencian una prevalencia significativa tanto en bruxismo del sueño como en bruxismo despierto, lo que permite comprender la magnitud del impacto clínico observado. En este sentido, la presencia de sensibilidad asociada a exposición dentinaria refuerza lo expuesto por Moreno et al. ⁽²⁸⁾, quienes vinculan el desgaste progresivo con dolor muscular y trastornos temporomandibulares concomitantes. De igual manera, la actualización conceptual propuesta por Verhoeff et al. ⁽²⁹⁾ respalda la interpretación actual del bruxismo como un comportamiento masticatorio que no siempre es patológico en sí mismo, pero que puede volverse perjudicial cuando supera la capacidad adaptativa del sistema estomatognático, situación que se evidenció en los casos analizados.

En cuanto a las terapias farmacológicas, los resultados sobre la toxina botulínica tipo A muestran coincidencias claras con los estudios de Balanta et al. ⁽³⁰⁾ y Marcos et al. ⁽⁹⁾, quienes reportan disminución significativa del dolor y de la fuerza de mordida tras su aplicación en músculos maseteros y temporales. El carácter temporal del efecto terapéutico, aproximadamente de tres a cuatro meses, también coincide con lo descrito por Tomás et al. ⁽⁷⁾ y con los ensayos comparativos que señalan su utilidad como alternativa sintomática, mas no curativa. En contraste, aunque los beneficios en la reducción del dolor son consistentes, algunos autores como Minakuchi et al. ⁽³¹⁾ advierten que la evidencia aún presenta heterogeneidad metodológica, aspecto que también se observó en los estudios revisados.

Respecto a los antidepresivos tricíclicos en dosis bajas, particularmente la amitriptilina, los resultados concuerdan con lo planteado por Brakus et al. ⁽¹¹⁾ y de Sousa et al. ⁽¹²⁾, quienes evidencian una reducción significativa del dolor crónico asociado a trastornos temporomandibulares. La mejoría en calidad de vida y funcionalidad reportada en estos ensayos respalda la utilidad analgésica de estos fármacos en el contexto del dolor orofacial persistente. No obstante, las recomendaciones para un uso racional descritas por Romero et al. ⁽¹⁰⁾ y los lineamientos farmacológicos señalados por Zumba et al. ⁽³²⁾ coinciden en la necesidad de vigilancia por posibles efectos adversos, especialmente de tipo anticolinérgico y cardiovascular.

En contraste, los hallazgos relacionados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina evidencian una postura diferente. Fernandes et al. ⁽³³⁾ y Cliatt et al. ⁽¹³⁾ describen la asociación entre ISRS y la aparición o exacerbación del bruxismo como efecto secundario, lo cual coincide plenamente con los resultados analizados. Esta evidencia plantea un contraste importante frente al uso de tricíclicos, ya que mientras estos últimos muestran efecto analgésico favorable, los ISRS pueden agravar la parafunción, posiblemente por alteraciones en la modulación dopaminérgica. Este aspecto refuerza la necesidad de un enfoque farmacológico individualizado. En relación con el clonazepam, los resultados muestran coherencia con De Baat et al. ⁽¹⁴⁾, quienes reportan reducción de episodios de bruxismo nocturno a corto plazo. Sin embargo, al igual que lo señalado por Dal Fabbro et al. ⁽¹⁵⁾, su eficacia se limita al control sintomático, con riesgo potencial de dependencia en tratamientos prolongados. Esta coincidencia entre estudios respalda la interpretación de que las benzodiazepinas deben considerarse como alternativa temporal bajo supervisión estricta.

A nivel dentario, el uso de férulas oclusales demostró una reducción significativa del dolor muscular y mejora funcional, resultados que coinciden con las revisiones de Freire et al. ⁽³⁴⁾ y con los análisis clínicos de Góra et al. ⁽³⁵⁾. La mejoría en signos y síntomas musculares observada también se relaciona con lo descrito por Ponce ⁽¹⁷⁾ y Santamaría ⁽³⁶⁾, quienes destacan su carácter conservador y su efectividad cuando existe adecuada adherencia. Además, el ensayo comparativo de Chisini et al. ⁽³⁷⁾ respalda que tanto la férula como la toxina botulínica pueden reducir el dolor muscular, aunque mediante mecanismos distintos.

En cuanto al ajuste oclusal, los hallazgos clínicos coinciden con Morales ⁽¹⁸⁾ y Garcia et al. ⁽¹⁹⁾, quienes describen la importancia de restablecer una relación céntrica estable y eliminar interferencias funcionales. Sin embargo, Gallardo y Ascanio ⁽³⁸⁾ advierten que el abordaje oclusal debe basarse en evidencia y no en conceptos mecanicistas tradicionales, lo que coincide con la necesidad de individualizar cada caso. De igual manera, Aldowish et al. ⁽³⁹⁾ resaltan la relevancia de la oclusión en la longevidad restauradora, lo que refuerza el valor preventivo del ajuste cuando está correctamente indicado. En el tratamiento ortodóntico, los resultados mostraron una reducción progresiva de síntomas, aunque con incrementos transitorios durante fases iniciales, hallazgo que coincide con la variabilidad descrita en estudios longitudinales recientes. Esto sugiere que la redistribución de cargas puede mejorar la estabilidad funcional, pero no actúa directamente sobre el componente conductual del bruxismo.

En el ámbito psicológico, los resultados evidencian una coincidencia sólida con Nagi et al. ⁽⁴⁰⁾ y Hasani et al. ⁽⁴¹⁾, quienes demuestran que la terapia cognitivo-conductual reduce significativamente el dolor y la discapacidad funcional. La magnitud de reducción reportada en algunos estudios, cercana al 50% o más, respalda el valor de integrar intervenciones psicológicas en el manejo integral. En contraste, aunque el biofeedback mostró disminución de actividad electromiográfica, tal como reportan Viera et al. ⁽⁴²⁾ y Foscaldo et al. ⁽²⁶⁾, su impacto en dolor y variables emocionales fue limitado, lo que coincide con la calificación de evidencia baja a moderada.

Entre las principales limitaciones del estudio se reconoce la dependencia de evidencia secundaria y la heterogeneidad metodológica de los trabajos analizados, lo que dificulta establecer conclusiones definitivas sobre la eficacia comparativa de las terapias. Asimismo, no se evaluó de manera conjunta la interacción clínica entre los distintos abordajes terapéuticos. Se recomienda que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales, muestras clínicas controladas y evaluaciones integrales que incluyan variables psicológicas, dentarias y funcionales, con el fin de fortalecer la toma de decisiones clínicas y optimizar el manejo del dolor en pacientes bruxistas.

CONCLUSIONES

El bruxismo se confirma como una parafunción oral de impacto clínico multifactorial, cuyos efectos trascienden el ámbito dentario e involucran componentes musculares, funcionales y psicoemocionales. Los resultados evidencian que su presencia sostenida genera alteraciones estructurales progresivas, principalmente desgaste dental por atrición, sensibilidad dentinaria y fisuras, con mayor afectación en piezas posteriores, comprometiendo la eficiencia masticatoria y la funcionalidad del sistema estomatognático.

Se determinó que la severidad del desgaste dentario no mantiene una relación proporcional con la intensidad del dolor, lo que demuestra que el dolor asociado al bruxismo responde a mecanismos más complejos que la sola pérdida estructural, incluyendo la hiperactividad muscular y la modulación central del dolor. El abordaje farmacológico mostró utilidad clínica principalmente como terapia complementaria, destacándose la toxina botulínica tipo A en casos severos por su eficacia en la reducción de la hiperactividad muscular y el dolor, aunque con efecto temporal. Otros fármacos evidenciaron beneficios variables y limitaciones asociadas a efectos adversos, lo que restringe su uso prolongado.

Las terapias dentarias, especialmente las férulas oclusales, se consolidan como la primera línea para la protección de las estructuras dentarias y el alivio sintomático del dolor. No obstante, sus resultados son mayores cuando se integran con estrategias educativas y de autorregulación, confirmando su rol funcional y no curativo.

Las terapias psicológicas, particularmente la terapia cognitivo-conductual y el biofeedback, aportan de manera significativa al manejo del dolor en pacientes bruxistas al intervenir sobre los factores conductuales y neurofisiológicos que perpetúan la parafunción, fortaleciendo un enfoque terapéutico integral. En ese sentido, los resultados conducen a la necesidad de un abordaje multimodal e interdisciplinario del bruxismo, con implicaciones directas en la práctica clínica y en la promoción de estrategias preventivas orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente y reducir la progresión del daño dentario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Salcedo, Andrea; Dau Villafuerte Rolando; Peñafiel Bowen, Jaime; Mazzini Torres, Fátima. Bruxismo y sus afectaciones en el sistema estomatognático. Revista Científica Universidad Odontológica Dominicana. 2024;12(1). <https://doi.org/10.5281/zenodo.11192114>
2. Pinos Robalino, Patricia.; Bravo Gonzabay, Efigenia; Cedeño Delgado, Jacqueline. El bruxismo conocimientos actuales. Una revisión de la literatura. Reciamuc, 2020;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)
3. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization, 2022.
4. Arias Leyva, Danai; Suárez González, Mayelin; Lora Martínez, Rayza. Factores de riesgo de bruxismo en pacientes adultos. Didasc@lia: didáctica y educación. 2023;14(1):365-377. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8985675>
5. Fuentes Flores, Hugo; Blásquez-Sánchez, Sergio. Ansiedad y bruxismo: Aplicación de terapia manual como manejo complementario. UvSera. 2023(15):114-126. <https://doi.org/10.25009/uvs.vi15.2884>
6. Oyarzo, Juan Fernando; Valdés, Constanza; Bravo, Rodrigo. Etiología, diagnóstico y manejo de bruxismo de sueño. Revista médica clínica las condes. 2021;32(5): 603-610. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.07.007>
7. Alibera, J. Villarroel, G., Murillo, L. Sotorra, D. Felipe, N. Manejo clínico del bruxismo del sueño utilizando férula de descarga oclusal y toxina botulínica A. Rev. Ateneo Argent. Odontol. 2023;68(1):8-12. <https://www.ateneo-odontologia.org.ar/sitiov30/wp-content/uploads/2024/07/n-2-2023.pdf>
8. Alcolea, J. M., Mkhitarayan, L., Alcolea, J. M., & Erazo, P. Tratamiento del bruxismo con toxina botulínica tipo A. Estudio clínico prospectivo. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. 2019;45(4):435-448. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922019000400013>

9. Marcos-Navarro, A. B., Romero-de Ávila, M., Tarraga-Marcos, L., Madrona-Marcos, F., & Tarraga-López, P. J. Assessment of the Treatment of Bruxism by botulinum toxin. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2022;7(1):4-17. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4064>
10. Romero, J., y otros. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental: Antidepresivos: selección y deprescripción. Sevilla-España: Junta de Andalucía, 2022.
11. Brakus, RB, Brakus, I., Carek, A. et al. Evaluación del papel de la amitriptilina en el tratamiento crónico de los TTM: un ensayo controlado con placebo. *BMC Oral Health*. 2025;25:334. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-05670-7>
12. De Sousa BM, López-Valverde A, Caramelo F, Rodrigues MJ, López-Valverde N. Use of antidepressants in the treatment of chronic orofacial pain caused by temporomandibular disorders: A randomized controlled clinical trial. *Med Clin (Barc)*. 2024;163(2):74-77. English, Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.02.002>.
13. Cliatt H, Williams AM, Koch J. Management of antidepressant-induced bruxism. *Ment Health Clin*. 2025;15(3):147-149. <https://doi.org/10.9740/mhc.2025.06.147>
14. De Baat C, Verhoeff MC, Ahlberg J, Manfredini D, Winocur E, Zweers P, Rozema F, Vissink A, Lobbezoo F. Medications and addictive substances potentially inducing or attenuating sleep bruxism and/or awake bruxism. *J Oral Rehabil*. 2021;48(3):343-354. <https://doi.org/10.1111/joor.13061>
15. Dal Fabbro C, Bornhardt-Suazo T, Landry Schönbeck A, de Meyer M, Lavigne GJ. Understanding the clinical management of co-occurring sleep-related bruxism and obstructive sleep apnea in adults: A narrative and critical review. *J Prosthodont*. 2025 (S1):46-61. <https://doi.org/10.1111/jopr.13966>
16. Cadar M, Almășan O. Dental occlusion characteristics in subjects with bruxism. *Med Pharm Rep*. 2024;97(1):70-75. <https://doi.org/10.15386/mpr-2548>
17. Ponce Gastelo, Marlo. Tratamiento de bruxismo con ferula oclusal. [Tesis de grado. Universidad Peruana Los Andes]. 2021. Perú. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2996>
18. Morales Ruggiero, María. Abordaje clínico de las lesiones no cariosas y su relación con el bruxismo: a propósito de dos casos. [Tesis de grado. Universidad de Zaragoza]. 2022. <https://zaguan.unizar.es/record/120626?ln=es>
19. García-Cahuana LN, Martínez-Aparcana JH, Figueroa Pastrana DJ, Atoche-Socola KJ. El valor de un ajuste oclusal: ¿por qué?, ¿cómo? y ¿cuándo? reporte de caso [The value of an occlusal adjustment: why?, how?, and when? case report]. *Rev Cient Odontol (Lima)*. 2022;10(3):e122. Spanish. <https://doi.org/10.21142/2523-2754-1003-2022-122>
20. Velásquez-Ron, B, Flores-Araque, M, Arias-García, G, Balarezo-Lasluisa, G, & Mena-Serrano, A. Protocolo DATO para la rehabilitación oral de paciente bruxista: reporte de caso clínico. *Avances en Odontostomatología*. 2022;38(2), 64-70. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852022000200004>
21. Heleiwa-Feroli T, de la Cruz Vigo S. Association between bruxism and the use of aligners in orthodontics. *J Clin Exp Dent*. 2024;16(10):e1247-e1255. <https://doi.org/10.4317/jced.61951>
22. Colonna A, Lobbezoo F, Capelli E, Bracci A, Lombardo L, Pollis M, Manfredini D. Effects of orthodontic aligners on the ecological report of awake bruxism. *J Oral Rehabil*. 2024;51(10):2133-2139. <https://doi.org/10.1111/joor.13810>
23. Penlington C, Bowes C, Taylor G, Otemade AA, Waterhouse P, Durham J, Ohrbach R. Psychological therapies for temporomandibular disorders (TMDs). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Aug 11;8(8):CD013515. <https://doi.org/10.1002/14651858>
24. Torres Zúñiga, P. A. (2021). Evaluation of the effectiveness of cognitive behavioral therapy in the treatment of anxiety in young adults. *Revista Veritas De Difusão Científica*, 2(1), 83–100. <https://orcid.org/0000-0002-1587-1787>
25. Vieira MA, Oliveira-Souza AIS, Hahn G, Bähr L, Armijo-Olivo S, Ferreira APL. Effectiveness of Biofeedback in Individuals with Awake Bruxism Compared to Other Types of Treatment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 14;20(2):1558. <https://orcid.org/10.3390/ijerph20021558>
26. Foscaldo TF, Dos Santos Belo Junior PH, Ribeiro GR, de Proença LS, De la Torre Canales G, Senna PM. Comparing botulinum toxin and biofeedback therapies for awake bruxism: a randomized clinical trial. *BMC Oral Health*. 2025 Nov 11;25(1):1772. <https://orcid.org/10.1186/s12903-025-07133-5>
27. Stanisic N, Saracutu OI, Colonna A, Wu W, Manfredini D, Häggman-Henrikson B. Awake bruxism prevalence across populations: a systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract*. 2025;25(3):102171. <https://orcid.org/10.1016/j.jebdp.2025.102171>
28. Moreno CY, Ros SM, Sánchez SMN, et al. Trastornos temporomandibulares y dolor muscular en pacientes mayores de 18 años. *Mul Med*. 2021;25(5):e1956. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2021/mul215a.pdf>
29. Verhoeff MC, Lobbezoo F, Ahlberg J, Bender S, Bracci A, Colonna A, Dal Fabbro C, Durham J, Glaros AG, Häggman-Henrikson B, Kato T, Koutris M, Lavigne GJ, Nykänen L, Raphael KG, Svensson P, Wieckiewicz M, Manfredini D. Updating the Bruxism Definitions: Report of an International Consensus Meeting. *J Oral Rehabil*. 2025;52(9):1335-1342. <https://doi.org/10.1111/joor.13985>
30. Balanta-Melo, Julián, Vargas, Juan Pablo, Bendersky, Josefina, & Villanueva, Julio. Toxina Botulínica tipo A para el bruxismo del sueño en adultos. *International journal of interdisciplinary dentistry*. 2022;15(1):101-107. <https://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882022000100101>

31. Minakuchi H, Fujisawa M, Abe Y, Iida T, Oki K, Okura K, Tanabe N, Nishiyama A. Managements of sleep bruxism in adult: A systematic review. *Jpn Dent Sci Rev.* 2022;58:124-136. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2022.02.004>
32. Zumba Macay, J. R., Escudero Doltz, W. S., Ávila Granizo, Y. V., & Mena Intriago, R. M. Farmacología en el dolor orofacial. *RECIMUNDO.* 2024;8(2):307-317. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(2\).abril.2024.307-317](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(2).abril.2024.307-317)
33. Fernández Rey, Luis Ignacio, Charquero Conti, María Eugenia, Bareño Lemos, Mayte, Caetano Costa, Lucía, & Kreiner, Marcelo. Bruxismo de la vigilia. *Odontostomatología.* 2023;25(41):e323. <https://doi.org/10.22592/ode2023n41e323>
34. Freire-Nieto, Patricia, Felipe-Spada, Natalia, Giner-Sopena, Álvaro, Villarroel-Montaña, Gabriela, & Tomàs-Aliberas, Jordi. Efectividad de Férulas de Descarga Oclusivas como Tratamiento para la Disfunción Temporomandibular. Revisión Sistemática. *International Journal of Odontostomatology,* 2022;16(4):572-577. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2022000400572>
35. Góra, Agnieszka. Laskowski, Gustaw. Węgrzyn, Piotr. Węgrzyn, Konstancja. Salińska, Anna. Wasilewski, Marcin. Nowicki, Maciej. Skwara, Julia. Barański, Dawid. Dąbrowska, Natalia. Diagnosis and management of bruxism. A literature review. *Quality in Sport.* 2024;22:54807. <https://doi.org/10.12775/QS.2024.22.54807>
36. Santamaría Chapoñan, Celia. Influencia de las férulas oclusales en el tratamiento del bruxismo en pacientes de la Clínica Diseño Dental, Chiclayo 2021. [Tesis de grado. Universidad Alas Peruanas]. Perú. 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12990/11208>
37. Chisini LA, Pires ALC, Poletto-Neto V, Damian MF, Luz MS, Loomans B, Pereira-Cenci T. Occlusal splint or botulinum toxin-a for jaw muscle pain treatment in probable sleep bruxism: A randomized controlled trial. *J Dent.* 2024 Dec;151:105439. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.105439>
38. Gallardo LCA, Ascanio CA. Oclusión basada en evidencia. Rompiendo paradigmas. *Rev ADM.* 2023; 80(1):41-48. <https://dx.doi.org/10.35366/109727>
39. Aldowish AF, Alsubaie MN, Alabdulrazzaq SS, Alsaykhan DB, Alamri AK, Alhatem LM, Algoufi JF, Alayed SS, Aljadani SS, Alashjai AM, Alamari AS. Occlusion and Its Role in the Long-Term Success of Dental Restorations: A Literature Review. *Cureus.* 2024;16(11):e73195. <https://doi.org/10.7759/cureus.73195>
40. Nagi, R., Ravipati, V., Thakkar, R., Altuhafy, M., Hashmi, SF y Khan, J. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el manejo de trastornos dolorosos de la articulación temporomandibular: una revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados. *Revista de la Asociación Dental de California.* 2025;53(1). <https://doi.org/10.1080/19424396.2025.2474834>
41. Hasani, M., Zenoorian, S., Ahmadi, R. et al. Evaluación de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en la rumiación para aliviar la depresión, el afecto negativo y la rumiación en pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente: un ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. *BMC Psychiatry.* 2025;25(626). <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07065-y>
42. Vieira MA, Oliveira-Souza AIS, Hahn G, Bähr L, Armijo-Olivo S, Ferreira APL. Effectiveness of Biofeedback in Individuals with Awake Bruxism Compared to Other Types of Treatment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(2):1558. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021558>

DECLARACIÓN DE CONTRIBUCIÓN

«Conceptualización y diseño: Medina, Melania y Ubilla William; Revisión bibliográfica: Medina, Melania y Moreira, Tanya; Metodología y validación: Ubilla, William; Análisis formal: Ubilla, William y Moreira, Tanya; Investigación y recopilación de datos: Medina, Melania; Recursos: No aplica; Análisis e interpretación de datos: Ubilla, William y Moreira, Tanya; Redacción: preparación del borrador original: Medina, Melania; Redacción: revisión y edición: Ubilla William; Supervisión: Moreira Tanya; Administración del proyecto: No aplica; Obtención de financiación: No aplica».

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores señalan que no existe conflicto de intereses durante la realización del trabajo de investigación, además solo fue sometido a la Revista Científica "Especialidades Odontológicas UG" para su revisión y publicación.

FINANCIAMIENTO

Los autores indican la utilización de fondos propios para la elaboración del trabajo de investigación.

COPYRIGHT



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución No Comercial Sin Derivadas (CC BY-NC-ND). Se permite su uso, distribución o reproducción en otros medios, siempre que se otorgue el crédito correspondiente al autor o autores originales y al titular de los derechos de autor, y que se cite la publicación original en esta revista, de acuerdo con las prácticas académicas aceptadas. No se permite ningún uso, distribución o reproducción que no cumpla con estos términos.

COMO CITAR:

Medina Moreno M, Ubilla Mazzini W, Moreira Campuzano T. Terapias en el manejo del dolor en pacientes bruxistas. *Revista Científica Especialidades Odontológicas UG.* 2026:9(1):29-37