



Relación clínica y fisiopatológica entre el reflujo gastroesofágico y el bruxismo: una revisión de la literatura

Clinical and pathophysiological relationship between gastroesophageal reflux disease and bruxism: a literature review

Recibido: 10 de marzo 2026 | **Aceptado:** 12 de junio 2026 | **Publicado:** 23 de julio de 2026

Chamba-León Daniela¹   Sabay-Aldas Juan Diego¹  Durán Urdiales Daniela¹ 
Brito-Chicaiza Christian¹  Bravo Torres Wilson Daniel¹ 

daniela.chamba@ucuenca.edu.ec

¹ Departamento de Rehabilitación Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca, C.P. 010203, Cuenca-Ecuador.

DOI: <https://doi.org/10.31984/oactiva.v11i2.1238>

Resumen

la relación entre el reflujo gastroesofágico y el bruxismo ha despertado un interés creciente en la literatura científica debido a su impacto clínico sobre la salud oral y sistémica. Ambas condiciones se asocian con alteraciones funcionales y estructurales que comprometen la integridad dentaria y reducen la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de esta revisión fue analizar críticamente la evidencia disponible sobre la asociación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el bruxismo, considerando los mecanismos fisiopatológicos descritos y sus implicaciones clínicas. Se realizó una revisión narrativa de la literatura en bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando descriptores MeSH y términos libres relacionados ERGE y bruxismo, combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron estudios en humanos adultos, publicados en inglés durante los últimos 10 años. Tras la eliminación de duplicados y la selección inicial por títulos y resumen, fueron analizados 32 artículos a texto completo, que cumplieron con los criterios de inclusión. Algunos estudios observacionales han reportado un incremento significativo del riesgo de bruxismo en pacientes con ERGE, con una probabilidad más de cinco veces mayor de desarrollar esta condición en comparación con individuos sin reflujo. La combinación de ambas condiciones propicia el desgaste dental por la acción conjunta de ácidos gástricos y fuerzas mecánicas. Esta asociación parece ser más frecuente en pacientes de sexo femenino y en aquellos que presentan ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Aunque la literatura respalda la asociación entre bruxismo y ERGE, no se ha demostrado una relación causal definitiva. Se requieren estudios longitudinales con herramientas diagnósticas objetivas y un abordaje SSclínico interdisciplinario para mejorar los resultados en los pacientes.

Palabras Clave: Reflujo Gastroesofágico, Bruxismo, Desgaste de los Dientes.

Abstract

The relationship between gastroesophageal reflux disease (GERD) and bruxism has attracted increasing attention in the scientific literature because of its clinical impact on both oral and systemic health. Both conditions are associated with functional and structural alterations that compromise dental integrity and negatively affect patients' quality of life. The aim of this review was to critically analyze the available evidence regarding the association between gastroesophageal reflux disease (GERD) and bruxism, focusing on the proposed pathophysiological mechanisms and their clinical implications. A narrative literature review was conducted using PubMed, Scopus, and Google Scholar. Searches were performed using MeSH terms and free-text keywords related to GERD and bruxism, combined with Boolean operators. Studies involving adult human participants, published in English within the last 10 years, were included. After duplicate removal and initial screening of titles and abstracts, 32 full-text articles met the inclusion criteria and were analyzed. Several observational studies have reported a significantly increased risk of bruxism among patients with GERD, with affected individuals being more than five times as likely to develop bruxism compared with those without reflux. The coexistence of both conditions appears to exacerbate tooth wear through the combined effects of gastric acid exposure and mechanical forces. This association seems to be more prevalent among women and in patients with anxiety, depression, and sleep disorders. Although the current evidence supports an association between GERD and bruxism, a definitive causal relationship has not yet been established. Further longitudinal studies using objective diagnostic methods, along with an interdisciplinary clinical approach, are needed to improve patient outcomes.

Key Words: Gastroesophageal Reflux, Bruxism, Tooth Wear.

Introducción

El bruxismo y el reflujo gastroesofágico constituyen entidades clínicas que afectan sustancialmente la salud y la calidad de vida de los individuos. Aunque tradicionalmente se han estudiado de forma independiente, en la literatura científica reciente ha cobrado relevancia el análisis de su interrelación.¹ El reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno digestivo crónico que se caracteriza por el flujo retrógrado del contenido ácido del estómago hacia el esófago y la cavidad oral.² Este fenómeno puede provocar síntomas molestos como la pirosis y la regurgitación ácida, así como complicaciones más graves, incluyendo esofagitis y estenosis esofágica.³ Su prevalencia es de 13.98% en la población general y se ha asociado con factores como la edad y el índice de masa corporal (IMC), siendo más común en personas con obesidad.⁴ Estudios epidemiológicos han mostrado que las mujeres tienden a ser más afectadas que los hombres, probablemente debido a factores hormonales y diferencias en la motilidad esofágica.^{2,5}

Por otro lado, el bruxismo se entiende como una actividad repetitiva de los músculos masticatorios, que incluye el apretamiento o rechinar de los dientes, así como movimientos de la mandíbula. No constituye una enfermedad, sino un patrón motor que puede relacionarse con efectos negativos, beneficiosos o neutros en la salud, dependiendo de la situación clínica. Su prevalencia mundial oscila entre el 20 y el 35%.^{6,7} Este fenómeno ocurre generalmente durante el sueño, aunque también puede ocurrir durante la vigilia.⁸ Uno de los principales desencadenantes propuestos de este trastorno es el estrés.⁹ El bruxismo puede generar consecuencias negativas para la salud general, como dolor de

los músculos faciales, cefaleas tensionales, hipertrofia maseterina y alteraciones en los patrones del sueño.¹⁰

Si bien estos dos trastornos, ERGE y bruxismo, parecen tener orígenes y manifestaciones diferentes, estudios recientes han subrayado una asociación significativa entre ellos.³ Las investigaciones sugieren que estas condiciones pueden interactuar de manera sinérgica; esta teoría sostiene que el ácido gástrico que asciende hacia la cavidad oral podría inducir movimientos de protección.^{11,12} Sin embargo, la relación exacta entre ERGE y bruxismo, sigue siendo objeto de debate en la literatura odontológica.

ca al existir cofactores como el estrés, la apnea obstructiva del sueño, y la dieta, que complican el entendimiento de esta asociación, por lo que algunas investigaciones al explorar esta conexión reportan resultados inconsistentes.^{9,13,14}

Ante este panorama, se ha realizado una revisión de la literatura con el fin de determinar si existe una relación entre el ERGE y el bruxismo, así como revisar los mecanismos fisiopatológicos y destacar sus implicaciones clínicas para el manejo interdisciplinario.

Metodología

Se realizó una revisión de la literatura científica con el objetivo de analizar la relación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el bruxismo en población adulta.

La búsqueda se efectuó en bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando descriptores MeSH y términos libres relacionados con "Gastroesophageal Reflux", "Gastroesophageal Reflux Disease", "Bruxism", "Sleep Bruxism" y "Risk Factors" combinados mediante operadores booleanos.

Se incluyeron estudios en humanos adultos publicados en el idioma inglés durante los últimos 10 años que evaluaron la asociación entre ERGE y bruxismo. Se excluyeron estudios en animales, reportes de caso, opiniones y artículos sin acceso a texto completo.

La búsqueda inicial identificó 967 registros. Tras eliminación de duplicados y el filtrado por título y resumen, se evaluaron 32 artículos a texto completo, los cuales cumplieron con criterios de inclusión.

Metodología

Relación entre el bruxismo y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Diversas investigaciones han demostrado una asociación significativa entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el bruxismo, especialmente en su forma nocturna.^{3,4} La presencia de síntomas de reflujo se ha correlacionado con una mayor prevalencia de actividad parafuncional mandibular, sugiriendo una interacción fisiopatológica bidireccional entre ambas condiciones.^{3,15,16}

Estudios clínicos y revisiones sistemáticas muestran que el ERGE se asocia con un incremento sustancial del riesgo de bruxismo.^{4,9,17} Los estudios observacionales realizados por Li y Castroflorio evidencian una asociación significativa entre la ERGE y el bruxismo, reportando odds ratios de hasta 6,6. Estos hallazgos sugieren que los pacientes con ERGE podrían presentar una probabilidad más de cinco veces mayor de desarrollar bruxismo en comparación con aquellos sin enfermedad por reflujo gastroesofágico.^{2,15} Otro aspecto relevante es la influencia de la duración de los síntomas del ERGE, dado que en pacientes con sintomatología superior a dos años han demostrado una mayor frecuencia de bruxismo que aquellos con un curso más breve, lo que sugiere que la cronicidad del reflujo incrementa la probabilidad de aparición de la parafunción mandibular.^{2,3} Además, la coexistencia de comorbilidad frecuente en el ERGE, como ansiedad, depresión y alteraciones del sueño, potencia aún más esta asociación clínica.³

Esta asociación es particularmente relevante en contextos de bruxismo de vigilia y bruxismo del sueño, en los que los episodios de reflujo gástrico pueden actuar como desencadenantes de la actividad muscular masticatoria rítmica.^{1,18} La coexistencia de ambas condiciones parece potenciar los efectos deletéreos sobre la estructura dentaria, intensificando el desgaste a través de un mecanismo sinérgico entre la atrición mecánica y la biocorrosión.^{2,3,19}

La relación entre ERGE y bruxismo también se ha observado con mayor intensidad en mujeres, pacientes con reflujo de larga evolución y aquellos con trastornos temporomandibulares (TTM), lo cual sugiere un componente multifactorial donde confluyen factores fisiológicos, psicológicos y del sueño.²⁰ Además, las investigaciones poblacionales confirman esta asociación, mostrando que la presencia del ERGE incrementa de manera significativa la probabilidad de bruxismo.^{19,21} En las mujeres se triplica la probabilidad de desarrollar bruxismo en comparación con las que no presentan sintomatología de reflujo, mientras que los hombres esta relación es más moderada.³ Estos hallazgos refuerzan la necesidad de considerar factores individuales en la interpretación de la coexistencia entre ambas condiciones.^{22,23}

Desde la perspectiva terapéutica, algunos estudios de intervención han señalado que el tratamiento de ERGE con inhibidores de la bomba de protones puede disminuir parcialmente la frecuencia de los episodios de bruxismo del sueño.^{23,24} Sin embargo, la magnitud de este efecto ha resultado limitado y variable entre pacientes, por lo que aún no es posible considerar a estos fármacos como opción terapéutica dirigida específicamente al control del bruxismo. Aun así, dichos hallazgos refuerzan la hipótesis de que el manejo adecuado del reflujo ácido podría contribuir de manera indirecta al control de esta actividad parafuncional.²⁴

como una alteración gastrointestinal, sino que debe reconocerse como un factor clínico importante en la aparición y desarrollo del bruxismo.³ Su presencia incrementa la prevalencia de parafunción, modula su severidad y puede influir de manera decisiva en su evolución.³ Este escenario pone de relieve la necesidad de un abordaje interdisciplinario en el que confluyen la gastroenterología, la odontología y la medicina del sueño, orientado no solo a reconocer tempranamente la coexistencia de ambas condiciones, sino también a diseñar estrategias terapéuticas integrales que mejoren la salud oral, el bienestar sistémico y la calidad de vida de los pacientes.^{16,24-27}

En conjunto, los hallazgos científicos respaldan que el ERGE no puede ser comprendido únicamente

Autor / año	Diseño	n	Métodos diagnóstico	Hallazgo principal
Li et al., 2018	Estudio caso-control y transversal	726 participantes en análisis de desgaste dental; subgrupos: sin bruxismo n=363, bruxismo sin ERGE n=295, bruxismo con ERGE ≤5 años n=28 y >5 años n=40	Bruxismo diagnosticado por signos y síntomas según criterios de la American Academy of Sleep Medicine; ERGE por manifestaciones clínicas; desgaste dental mediante índice clínico por superficies	El ERGE se identificó como factor de riesgo para bruxismo. La coexistencia de bruxismo y ERGE de larga duración se asoció con mayor riesgo de desgaste dental severo, especialmente en superficies oclusales/incisales y palatinas/linguales.
Li et al., 2018	Estudio caso-control	No especificado	Bruxismo clínicamente diagnosticado; ERGE sintomático; evaluación de depresión, ansiedad y calidad del sueño	El bruxismo se asoció con ERGE sintomático. La duración del ERGE mayor a 2 años se relacionó con mayor frecuencia de bruxismo; la asociación estuvo parcialmente mediada por depresión, ansiedad y mala calidad del sueño.
Nirwan et al., 2020	Revisión sistemática con metaanálisis	No aplica	Búsqueda en MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Scopus, Cochrane Library y Google Scholar; evaluación de prevalencia y factores de riesgo de ERGE	El ERGE es una condición prevalente a nivel global y se asocia con múltiples factores de riesgo sistémicos y conductuales. Sirve como referencia epidemiológica general del ERGE.
Polmann et al., 2021	Revisión sistemática y metaanálisis	No aplica	Diagnóstico de bruxismo del sueño según los criterios de cada estudio; síntomas de estrés evaluados principalmente mediante cuestionarios	Los adultos con bruxismo del sueño presentaron mayores niveles de algunos síntomas de estrés autorreportados; respalda la participación de factores psicosociales en el bruxismo.
Conti et al., 2024	Revisión narrativa	No aplica	Análisis conceptual de bruxismo primario/secundario y actividad muscular masticatoria asociada a condiciones sistémicas	Cuestiona el uso del término "bruxismo secundario" como diagnóstico independiente y propone interpretar muchas asociaciones como coexistencia de actividad muscular masticatoria adicional.

Castroflorio et al., 2017	Revisión sistemática	No aplica	Revisión de factores de riesgo relacionados con bruxismo del sueño en adultos	El bruxismo del sueño presenta etiología multifactorial; entre los factores asociados se incluyen condiciones del sueño, factores psicológicos y posibles comorbilidades sistémicas.
Thomas, Colonna & Manfredini, 2024	Revisión de literatura	No aplica	Revisión narrativa sobre apnea obstructiva del sueño, bruxismo del sueño y ERGE	Plantea que apnea obstructiva del sueño, bruxismo del sueño y ERGE pueden interactuar como condiciones relacionadas con el sueño, aunque la evidencia aún es heterogénea.
Dallavilla et al., 2024	Revisión sistemática	148 estudios incluidos	Evaluación de prevalencia de desgaste dental erosivo en grupos de riesgo, incluyendo pacientes con ERGE	Los grupos de riesgo, incluidos pacientes con ERGE, presentaron mayor prevalencia de desgaste dental erosivo, lo que respalda la importancia del componente ácido en el daño dental.
Picos et al., 2020	Estudio transversal	No especificado	Pacientes con pirosis/ERGE; evaluación clínica de erosiones dentales y factores asociados	En pacientes con síntomas de ERGE se identificaron factores asociados a erosiones dentales, reforzando el vínculo entre reflujo ácido y daño de tejidos dentarios.
Li et al., 2019	Estudio caso-control	1522 pacientes con TTM crónico y 1522 controles	TTM crónico diagnosticado por odontólogos entrenados; ERGE diagnosticado por gastroenterólogos según definición de Montreal; cuestionarios de salud mental y sueño	El ERGE sintomático fue factor de riesgo para TTM crónico doloroso. La somatización, ansiedad y alteraciones del sueño mediaron parcialmente esta asociación.
Sujatha et al., 2016	Estudio clínico observacional	No especificado	Evaluación de pH oral en pacientes con ERGE	Los pacientes con ERGE pueden presentar alteraciones del pH oral, lo que favorece un ambiente ácido relacionado con erosión y desgaste dental.
Fluerașu et al., 2021	Estudio observacional	No especificado	Evaluación de bruxismo del sueño, cortisol salival y estado psicológico en adultos jóvenes	Sugiere relación entre bruxismo del sueño, estrés biológico/psicológico y variables emocionales, apoyando la influencia de factores psicosociales.
Nota et al., 2022	Revisión sistemática	5 estudios incluidos	Búsqueda en PubMed, Embase, Scopus y Cochrane; inclusión de estudios en humanos sobre bruxismo, ERGE y desgaste dental	Concluyó que bruxismo y ERGE pueden actuar en sinergia sobre el desgaste dental: el bruxismo por mecanismo mecánico y el ERGE por mecanismo químico erosivo.
Ohmure et al., 2016	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, cruzado y controlado con placebo	No especificado	Pacientes con bruxismo del sueño; evaluación de síntomas gastrointestinales/endoscopia y respuesta a inhibidor de bomba de protones	El tratamiento con inhibidor de bomba de protones mostró reducción parcial de episodios de bruxismo del sueño en algunos pacientes, apoyando una posible relación fisiopatológica con el reflujo ácido.
Thomas et al., 2024	Revisión narrativa	No aplica	Revisión histórica y conceptual sobre definición, fisiopatología y manejo del bruxismo del sueño	Señala que el concepto de bruxismo del sueño ha evolucionado; ya no se entiende solo como un problema oclusal, sino como una actividad muscular relacionada con sueño, regulación central y comorbilidades.
Warsi et al., 2019	Estudio multicéntrico transversal	No especificado	Pacientes con ERGE; evaluación de manifestaciones orales, erosión dental e impacto en salud oral	Los pacientes con ERGE y erosión dental presentaron manifestaciones orales más severas; el estudio recomienda derivación odontológica temprana en pacientes con ERGE.

Kellerman & Kintanar, 2017	Revisión clínica	No aplica	Revisión diagnóstica y terapéutica de ERGE en atención primaria	Describe el ERGE como una enfermedad frecuente con manifestaciones digestivas y extradigestivas, relevante para comprender su impacto sistémico y posible relación con salud oral.
Strausz et al., 2023	Estudio genético poblacional	No especificado	Análisis genético de bruxismo probable y asociación con rasgos clínicos/conductuales	El bruxismo probable mostró asociaciones con rasgos clínicos y conductuales, lo que respalda que el bruxismo tiene una base multifactorial y no exclusivamente dental.
Maeda-lino et al., 2020	Estudio experimental	No especificado	Infusión ácida intraesofágica y tarea de estrés; medición de actividad del masetero y actividad autonómica durante vigilia	La estimulación ácida intraesofágica y el estrés se asociaron con cambios en la actividad del masetero y del sistema nervioso autónomo, apoyando un mecanismo fisiológico entre reflujo y actividad muscular masticatoria.

Mecanismos fisiopatológicos propuestos.

Los mecanismos que explican la interacción entre la ERGE y el bruxismo son complejos y multifactoriales, e incluyen componentes neuromusculares, neuroendocrinos y autonómicos que han sido descritos en la literatura.^{3,28} Estos mecanismos muestran que la interacción entre ambas condiciones es compleja, multifactorial y dependiente de respuestas reflejas locales, desequilibrios sistémicos y comorbilidades del sueño.³

En el ámbito neuromuscular, la exposición del esófago a contenido ácido gástrico puede generar un reflejo nociceptivo que induce la actividad rítmica de los músculos masticatorios (ARM) durante el sueño y contracciones involuntarias del músculo masetero durante la vigilia.^{3,15,24,29} Sugiriendo que el bruxismo podría funcionar como un reflejo protector frente a la exposición ácida.³⁰

Se ha demostrado que la acidificación esofágica experimental durante la vigilia incrementa la actividad de los músculos maseteros.^{3,29} A su vez, la estimulación mecánica de los receptores gástricos inhibe la amplitud de la contracción maseterina a través de aferencias vagales.^{3,29} En conjunto, la exposición ácida del esófago provoca contracciones involuntarias de los músculos masticatorios al activar vías viscerales vagales que convergen en el núcleo trigeminal mesencefálico.^{3,29}

Desde el punto de vista neuroendocrino, los niveles elevados de cortisol salival observados en pacientes

con bruxismo del sueño, especialmente en mujeres, sugieren que el estrés psicológico podría actuar como un factor mediador entre la ERGE y la parafunción mandibular.²² De forma complementaria, el ERGE crónico se asocia con la liberación de citocinas proinflamatorias que actúan sobre el sistema nervioso central, alteran la regulación del sueño y favorecen la aparición de episodios de bruxismo.³

Este hallazgo se refuerza con la evidencia de que trastornos como la ansiedad, la somatización y la alteración del sueño median significativamente en la asociación entre el bruxismo, la ERGE y los trastornos temporomandibulares.²⁰

En el ámbito del sistema nervioso autónomo, se ha descrito que durante los episodios de reflujo y estrés, la exposición ácida del esófago induce un aumento de la actividad simpática y una disminución de la actividad parasimpática, lo que evidencia un desequilibrio autonómico subyacente que, junto con los microdespertares y la actividad muscular mandibular, podría explicar en parte la concurrencia entre el bruxismo y los episodios de reflujo ácido.^{16,29}

Más allá de los efectos negativos, se ha planteado la posibilidad de que el bruxismo cumpla con un rol protector o compensatorio frente al reflujo gastroesofágico.^{16,17} La actividad mandibular durante el sueño favorece la secreción y deglución de saliva, contribuyendo al aclaramiento del ácido esofágico y reduciendo así su potencial erosivo sobre dientes y mucosa.³⁰ No obstante, la hipótesis de un posible rol protector del bruxismo frente al ERGE debe interpretarse con cautela, ya que coexiste con abundan-

te evidencia sobre efectos nocivos en la estructura dentaria.^{31,32}

Finalmente, la literatura ha destacado la influencia de trastornos concomitantes del sueño como apnea obstructiva del sueño (AOS), en esta interacción.^{16,27}

Los micro despertares y las alteraciones respiratorias propias de la AOS no solo incrementan la incidencia de episodios de reflujo ácido, sino también la frecuencia de bruxismo, configurando un escenario clínico de interacción multifactorial.²⁷

Bruxismo Y reflujo gastroesofágico: bases fisiopatológicas de su relación

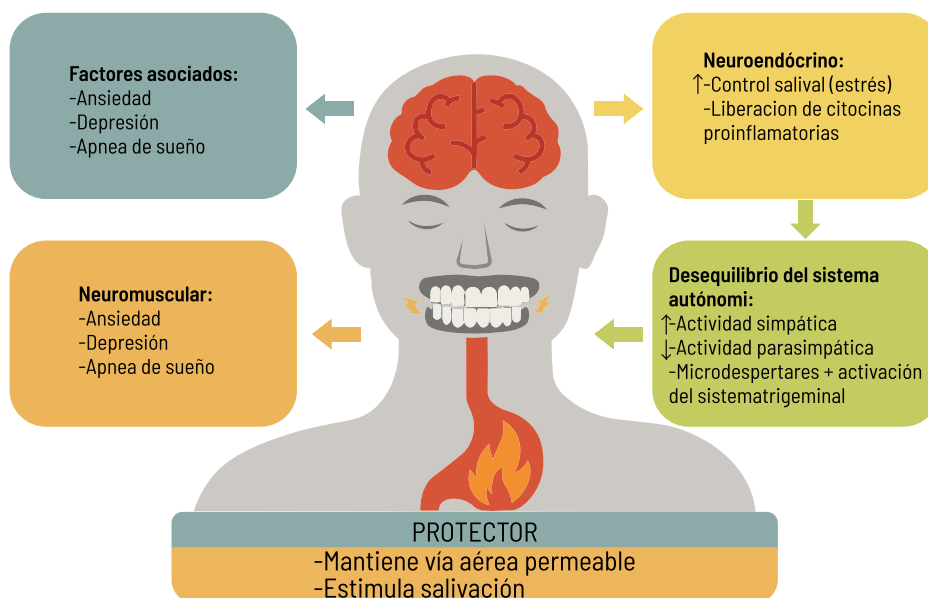


Figura 2. Bases fisiopatológicas propuestas en la relación entre el bruxismo y el reflujo gastroesofágico. ARM: Actividad Rítmica De Los Músculos Masticatorios. Los factores psicológicos (ansiedad, depresión), apnea del sueño y los mecanismos neuromusculares, neuroendocrinos y autonómicos interactúan, favoreciendo la activación del sistema trigeminal y desencadenando una respuesta protectora frente al reflujo ácido, caracterizada por mantenimiento de la vía aérea permeable y la estimulación salival.

Implicaciones Clínicas.

La asociación entre el bruxismo y el ERGE plantea consideraciones clínicas relevantes, que requiere un enfoque integral e interdisciplinario en la atención al paciente.²³ Diversas investigaciones han evidenciado una relación significativa entre ambas condiciones, reportando una mayor prevalencia de bruxismo en individuos que presentan síntomas de reflujo gastroesofágico.^{3,12,23,28,31} Esta asociación puede conllevar a un incremento de incidencia de biocorrosión, xerostomía, úlceras, queilitis angular, fractura de restauraciones, sensibilidad dentinaria e incluso, dolor orofacial en ciertos casos.^{17,18,23}

Su manifestación simultánea sugiere que la presencia de un desgaste dental inusual o disminución del pH oral, debe alertar al profesional sobre la posible

existencia de una ERGE subyacente.^{19,21} Inversamente, en pacientes con diagnóstico confirmado de reflujo gastroesofágico se recomienda una evaluación odontológica para identificación temprana de consecuencias funcionales o estéticas.^{18,30}

Así mismo, se ha observado que la prolongación de los síntomas de ERGE se correlaciona con un aumento en la frecuencia y severidad del bruxismo, especialmente en pacientes con comorbilidades como trastornos del sueño, ansiedad, depresión, lo que refuerza la necesidad de una evaluación clínica integral y coordinada entre las diferentes disciplinas implicadas.^{3,12}

La interdependencia funcional entre los sistemas digestivo, neuromuscular, emocional y del sueño refuerza la importancia de una gestión verdadera-

mente interdisciplinaria, que integre las competencias de la odontología, la gastroenterología, la medicina del sueño y la salud mental para el tratamiento eficaz y personalizado.²⁰

Desgaste Biocorrosivo

La atrición dental por biocorrosión, resultado de la interacción sinérgica entre agresiones químicas y mecánicas sobre los tejidos duros dentales, constituye una manifestación frecuente en pacientes con bruxismo y ERGE.^{3,23,28,31} Estudios clínicos han identificado que las superficies más afectadas por el desgaste en paciente con ERGE son la palatina de los incisivos superiores y la oclusal de molares, coincidiendo con los patrones típicos de desgaste observados en el bruxismo.²³

ERGE y el bruxismo constituyen un factor de riesgo significativo para el daño dental, afectando el esmalte y la dentina e incrementando la sensibilidad dental, disfunción, alteraciones estéticas y fallas restauradoras.^{17,18} La exposición repetida a ácidos gástricos provoca desmineralización progresiva, especialmente en presencia de un pH salival ácido una producción salival insuficiente.^{19,21} En pacientes con ERGE, se ha reportado una prevalencia de biocorrosión dental del 92,9%, de los cuales el 21,3 % presenta un índice de BEWE (Basic Erosive Wear Examination) indicativo de daño dental severo.³² Paralelamente, el bruxismo potencia este deterioro mediante fuerzas oclusales repetitivas, generando atrición, fractura de restauraciones e incluso dolor orofacial.^{9,18} Hasta un 60 % de los casos de desgaste dental severo presentan antecedentes de ERGE, lo que resalta la necesidad de un abordaje multidisciplinario entre odontología y gastroenterología, orientado a la preservación del tejido dentario, la restauración funcional y la prevención de recurrencias.^{23,30,32}

Al coexistir estas dos condiciones, produce un proceso de desgaste biocorrosivo progresivo y acelerado en el que la acidificación del medio favorece la pérdida de esmalte y aumenta la vulnerabilidad de los tejidos dentales a la fricción mecánica inducida por el bruxismo.^{18,32} Un estudio del pH oral ha corroborado que los pacientes con ERGE presentan niveles significativamente más bajos (media 6.1), y una tasa de flujo salival inferior, lo que reduce la capacidad de remineralización de la saliva, favoreciendo a

la evolución del desgaste dental cuando existe actividad de bruxismo.^{19,21}

Direcciones Futuras.

A pesar del creciente interés de la relación entre ambas entidades, la evidencia aún es limitada y mayormente especulativa, por la falta de estudios longitudinales.^{16,23} La mayoría de los estudios emplea métodos subjetivos como cuestionarios o entrevistas para el diagnóstico de bruxismo, con baja sensibilidad frente a herramientas como la polisomnografía³³, y una alta heterogeneidad en criterios diagnósticos.⁷

Además, la ausencia de control de variables confusoras como apnea obstructiva del sueño, trastornos psicológicos o estilos de vida, restringe la adecuada interpretación de la relación entre ambas condiciones.^{3,23} Se requieren estudios clínicos aleatorizados con polisomnografía y pH-metría esofágica simultánea y enfoques terapéuticos integrados médico-odontológicos que mejoren los resultados clínicos.^{30,34}

Conclusión

la asociación entre ERGE y bruxismo, especialmente del sueño, se considera significativa, y está mediada por mecanismos fisiopatológicos complejos como la estimulación nociceptiva esofágica, el equilibrio autonómico y factores neuroendocrinos y psicológicos.^{3,18} Esta interacción intensifica el desgaste dental por la interrelación sinérgica entre la biocorrosión y la atrición mecánica.^{16,35}

La evidencia actual no permite establecer una relación causal definitiva debido a limitaciones metodológicas.^{3,33} El manejo clínico debe ser multidisciplinario, orientado tanto a prevenir el daño estructural como a mejorar de la calidad de vida del paciente.^{27,30}

Referencias

1. Pollis M, Manfredini D, Colonna A, Saracutu OI, Lobbezoo F. Sleep bruxism and gastroesophageal reflux: a scoping review. *Nat Sci Sleep*. 2026 Apr;18:574762. DOI: <https://doi.org/10.2147/NSS.S574762>.
2. Li Y, Yu F, Niu L, Hu W, Long Y, Tay FR, et al. Associations among bruxism, gastroesophageal reflux disease, and tooth wear. *J Clin Med*. 2018;7(11):417. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm7110417>.
3. Li Y, Yu F, Niu L, Long Y, Tay FR, Chen J. Association between bruxism and symptomatic gastroesophageal reflux disease: a case-control study. *J Dent*. 2018;77:51-58. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2018.07.005>.
4. Nirwan JS, Hasan SS, Babar ZU, Conway BR, Ghori MU. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): systematic review with meta-analysis. *Sci Rep*. 2020;10:5814. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62795-1>.
5. Bornhardt T, Iturriaga V. Sleep bruxism: an integrated clinical view. *Sleep Med Clin*. 2021;16(2):373-80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2021.02.010>.
6. Soares L, Costa I, Júnior J, Cerqueira W, Oliveira E, Oliveira D, et al. Prevalence of bruxism in undergraduate students. *Cranio*. 2017;35(5):298-303. DOI: <https://doi.org/10.1080/08869634.2016.1218671>.
7. Verhoeff MC, Lobbezoo F, Ahlberg J, Bender S, Bracci A, Colonna A, et al. Updating the bruxism definitions: report of an international consensus meeting. *J Oral Rehabil*. 2025;52(9):1335-42. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13985>.
8. Mikami S, Yamaguchi T, Takahashi M, Kudo A, Saito M, Nakajima T, et al. Examination of the relationship between masseter muscle activity during sleep and wakefulness measured by using a wearable electromyographic device. *J Prosthodont Res*. 2024;68(1):92-99. DOI: https://doi.org/10.2186/jpr.JPR_D_22_00231.
9. Polmann H, Réus JC, Massignan C, Serra-Negra JM, Dick BD, Flores-Mir C, et al. Association between sleep bruxism and stress symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2021;48(5):621-31. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13142>.
10. Marpaung C, Kusanadi Y, Pragustine Y. Intra- and extraoral signs of probable bruxism: scoping review. *J Indones Dent Assoc*. 2022;5(1):49. DOI: <https://doi.org/10.32793/jida.v5i1.721>.
11. Conti PCR, Cunha CO, Conti ACCF, Bonjardim LR, Barbosa JS, Costa YM. Secondary bruxism: a valid diagnosis or just a coincidental finding of additional masticatory muscle activity? A narrative review of literature. *J Oral Rehabil*. 2024;51(1):74-86. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13592>.
12. Mahajan R, Kulkarni R, Stoopler ET. Gastroesophageal reflux disease and oral health: a narrative review. *Spec Care Dentist*. 2022;42(6):555-64. DOI: <https://doi.org/10.1111/scd.12726>.
13. Martynowicz H, Poreba R, Wojakowska A, Mazur G, Gac P, Brzecka A, et al. The relationship between sleep bruxism and obstructive sleep apnea based on polysomnographic findings. *J Clin Med*. 2019;8(10):1653. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm8101653>.
14. Takahashi K, Maeda-Iino A, Oga Y, Osako Y, Fukushima M, Harada M, et al. Changes over time in masseter muscle activity, symptoms of discomfort, stress level and salivary flow rate following intra-oesophageal acid infusion. *J Oral Rehabil*. 2025 Mar;52(3):332-42. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13905>.
15. Castrolorio T, Bargellini A, Rossini G, Cugliari G, Deregius A. Sleep bruxism and related risk factors in adults: a systematic literature review. *Arch Oral Biol*. 2017;83:25-32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2017.07.002>.
16. Thomas DC, Colonna A, Manfredini D. Obstructive sleep apnoea, sleep bruxism and gastroesophageal reflux – mutually interacting conditions? A literature review. *Aust Dent J*. 2024;69(Suppl 1):S38-S44. DOI: <https://doi.org/10.1111/adj.13042>.
17. Dallavilla GG, da Silva Martins D, Peralta-Mamani M, Ferreira Santiago Junior J, Rios D, Honório HM. Prevalence of erosive tooth wear in risk group patients: systematic review. *Clin Oral Investig*. 2024;28(11):588. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00784-024-05963-1>.
18. Picos A, Lasserre JF, Chisnoiu AM, Berar AM, d'Incau E, Picos AM, et al. Factors associated with dental erosions in gastroesophageal reflux disease: a cross-sectional study in patients with heartburn. *Med Pharm Rep*. 2020;93(1):23-29. DOI: <https://doi.org/10.15386/mpr-1332>.
19. Li Y, Fang M, Niu L, Fan Y, Liu Y, Long Y, et al. Associations among gastroesophageal reflux disease, mental disorders, sleep and chronic temporomandibular disorder: a case-control study. *CMAJ*. 2019 Aug;191(33):E909-15. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.181535>.

20. Sujatha S, Jaliha U, Devi Y, Rakesh N, Chauhan P, Sharma S. Oral pH in gastroesophageal reflux disease. *Indian J Gastroenterol*. 2016;35(3):186-89. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12664-016-0659-7>.
21. Flueraşu MI, Bocsan IC, Buduru S, Pop RM, Vesa SC, Zaharia A, et al. The correlation between sleep bruxism, salivary cortisol, and psychological status in young, Caucasian healthy adults. *Cranio*. 2021;39(3):218-24. DOI: <https://doi.org/10.1080/08869634.2019.1619250>.
22. Nota A, Pittari L, Paggi M, Abati S, Tecco S. Correlation between bruxism and gastroesophageal reflux disorder and their effects on tooth wear: a systematic review. *J Clin Med*. 2022;11(4):1107. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11041107>.
23. Ohmure H, Kanematsu-Hashimoto K, Nagayama K, Taguchi H, Ido A, Tominaga K, et al. Evaluation of a proton pump inhibitor for sleep bruxism: a randomized clinical trial. *J Dent Res*. 2016;95(13):1479-86. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034516662245>.
24. Thomas DC, Manfredini D, Patel J, George A, Chanamolu B, Pitchumani PK, et al. Sleep bruxism: the past, the present, and the future-evolution of a concept. *J Am Dent Assoc*. 2024 Apr;155(4):329-43. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2023.12.004>.
25. Warsi I, Ahmed J, Younus A, Rasheed A, Akhtar TS, Ul Ain Q, et al. Risk factors associated with oral manifestations and oral health impact of gastro-oesophageal reflux disease: a multicentre, cross-sectional study in Pakistan. *BMJ Open*. 2019;9(3):e021458. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021458>.
26. Kellerman R, Kintanar T. Gastroesophageal reflux disease. *Prim Care*. 2017 Dec;44(4):561-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.001>.
27. Strausz T, Strausz S, FinnGen, Palotie T, Ahlberg J, Ollila HM. Genetic analysis of probable sleep bruxism and its associations with clinical and behavioral traits. *Sleep*. 2023;46(10):zsad107. DOI: <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad107>.
28. Maeda-Iino A, Fukushima M, Sakoguchi Y, Omure H, Oishi A, Oga Y, et al. Effects of intra-oesophageal acid infusion and a stress task on masseter muscle activity and autonomic nervous activity in wakefulness. *J Oral Rehabil*. 2020;47(5):567-76. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.12947>.
29. Carra MC. Sleep-related bruxism. *Curr Sleep Med Rep*. 2018;4(1):28-38. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40675-018-0105-8>.
30. Kuang B, Li D, Lobbezoo F, de Vries R, Hilgevoord A, de Vries N, et al. Associations between sleep bruxism and other sleep-related disorders in adults: a systematic review. *Sleep Med*. 2022;89:31-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.11.008>.
31. Manfredini D, Colonna A, Bracci A, Lobbezoo F. Bruxism: a summary of current knowledge on aetiology, assessment and management. *Oral Surg*. 2020;13(4):358-70. DOI: <https://doi.org/10.1111/ors.12454>.
32. Nafees H, Ahmed W, Irfan F, Khan H, Younus M, Ali S. Associated risk factors with tooth wear in patients attending private dental hospital in Karachi: a cross-sectional study. *J Liaquat Natl Hosp*. 2024;2(1):31-38. DOI: <https://doi.org/10.37184/jlnh.2959-1805.2.3>.
33. Suzuki Y, Okura K, Tajima T, Dalanon J, Oshima M, Hosoki M, et al. Essence of diagnosis and management of sleep bruxism. *J Oral Health Biosci*. 2024;36(2):22-29. DOI: <https://doi.org/10.20738/johb.36.2.22>.
34. Bronkhorst H, Kalaykova S, Huysmans MC, Loomans B, Pereira-Cenci T. Tooth wear and bruxism: a scoping review. *J Dent*. 2024;145:104983. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2024.104983>.
35. Oudkerk J, Grenade C, Davarpanah A, Vanheusden A, Vandenput S, Mainjot AK. Risk factors of tooth wear in permanent dentition: a scoping review. *J Oral Rehabil*. 2023;50(10):1110-65. DOI: <https://doi.org/10.1111/joor.13489>.