



Bruxismo: etiologia e tratamento

Bruxism: etiology and treatment

Natália Raposo da Silva
Graduanda da UVA/RJ

Márcia Heffer Cantisano
Mestre em Diagnóstico Oral pela USP/Bauru
Doutora em Estomatologia pela Unesp/Araçatuba

Resumo

O trabalho tem por objetivo revisar a literatura sobre a etiologia e formas de tratamento para o bruxismo. Pôde-se observar que, após a revisão, a etiologia é multifatorial e o tratamento ainda é discutível. O profissional, cirurgião-dentista, deve conhecer os sinais e sintomas desta parafunção para elaborar um diagnóstico e medidas terapêuticas corretas.

Palavras-chave: bruxismo do sono; traumatismo dentário; bruxismo; transtorno do sono; articulação têmporo-mandibular.

Abstract

The work aims to review the literature on the etiology and forms of treatment for bruxism. It was noted that after the revision, etiology is multifactorial and treatment is still debatable. The professional, surgeon-dentist, should know the signs and symptoms of this to produce a correct diagnosis and therapeutic measures.

Keywords: sleep bruxism; tooth injuries; bruxism; sleep disorders; temporomandibular joint.

Introdução

O bruxismo é um assunto de grande interesse para o cirurgião-dentista, por ser um hábito parafuncional cada vez mais presente nos pacientes, pois apresenta sinais e sintomas clínicos que comprometem as estruturas de suporte do sistema estomatognático. É um fenômeno que ocorre durante o sono inconscientemente, podendo ser classificado como bruxismo noturno, sendo o mais frequente, e bruxismo diurno (3, 6, 9).

Além dos movimentos funcionais, como a mastigação e a deglutição, pode-se encontrar comportamentos parafuncionais representados algumas vezes pelo hábito de apertar e/ou ranger os dentes (5, 10).

Ao longo do tempo, este hábito já foi denominado como: neurose do hábito oclusal, neuralgia traumática, ranger de dentes, efeito de Karolyi e mais recentemente parafunção (10, 19).

Historicamente não é um fenômeno contemporâneo, tendo sido citado nos tempos bíblicos, nos Salmos de Davi e Evangelho de Mateus em, aproximadamente, 600 a 200 a. C. e 75 a 90 d. C., respectivamente (9, 10, 14, 15).

A severidade e a frequência do bruxismo podem ser variadas a cada noite, tendo uma correlação forte com o estresse emocional e físico (5, 15).

Mesmo com os avanços das pesquisas, ele ainda apresenta uma etiologia multifatorial e um tratamento não totalmente eficaz, fazendo com que muitos autores entrem em controvérsias. A melhor medida terapêutica encontrada até hoje é a conscientização do paciente sobre seu problema informando-lhe as principais causas, pois assim buscará uma maneira de controlar o hábito fazendo com que os sinais e sintomas resultantes desta parafunção sejam amenizados.

Este artigo objetiva realizar uma breve revisão dos fatores que envolvem o aparecimento do bruxismo e com isso apontar as medidas terapêuticas possíveis, que amenizam os sintomas, uma vez que o tratamento definitivo ainda não foi totalmente elucidado.

Revisão da Literatura

O termo bruxismo vem do grego “bruchein”, que significa apertamento, fricção ou atrito dos dentes sem finalidades funcionais. Foi utilizado pela primeira vez, em 1907, na literatura odontológica, como “Bruxomania”, sendo

substituído posteriormente, em 1931, por “Bruxismo” (15, 19).

Esta parafunção apresenta etiologia multicausal e complexa, possuindo uma diversidade de fatores responsáveis pelo aparecimento que podem ser classificados em: dentais, psicoemocionais, sistêmicos, ocupacionais, idiopáticos e nutricionais (10, 15, 19).

Os fatores dentais como: tipo de oclusão, posição dental, mobilidade, padrão de movimento mandibular, morfologia e restaurações iatrogênicas têm função predominante em sua etiologia, entretanto as interferências oclusais não estão sendo consideradas fator etiológico principal (10, 19).

Pesquisas atuais têm mostrando que os fatores psicoemocionais não são os principais fatores, mas apenas agravantes ou perpetuadores. Os pacientes bruxômanos submetidos à tensão, estresse, medo, raiva, ansiedade tendem a descarregar toda agressividade no sistema estomatognático (1, 17, 19).

Condições sistêmicas como alteração do trato digestivo, alterações nutricionais, desequilíbrio endócrino, distúrbios do sono, alergias, fatores hereditários também estão envolvidos. E os fatores ocupacionais estão relacionados com as atividades físicas, profissionais e mentais (19).

O consumo de bebidas xânticas (café, chá, chocolate, refrigerante tipo cola), anfetaminas, álcool e tabaco podem estar envolvidos, uma vez que, estimulando o sistema nervoso central (SNC), aumentam a ansiedade e o estresse (1, 14). Sabe-se que mais da metade do conteúdo de catecolaminas do SNC é composta por dopamina e esta apresenta a função de inibir os mo-

vimentos espontâneos. Sendo assim, se houver uma alteração de dopamina no trato mesocortical, tanto no estado hiperdopaminérgico quanto no hipodopaminérgico, podem ser observados movimentos repetitivos não coordenados característico dos músculos (16, 17).

Segundo a classificação internacional de distúrbios do sono, esta parafunção pode ser encontrada na forma leve, moderada e severa quando ocorrem danos às estruturas do sistema estomatognático (8).

Existe uma subdivisão, quando primária, não há causa médica evidente, sistêmica ou psiquiátrica. Quando secundária, é decorrente de transtornos clínicos, neurológicos ou psiquiátricos relacionados a fatores iatrogênicos (uso ou retirada de substâncias ou medicamentos) ou a outros transtornos do sono (1).

Além disso, pode ser classificado como centrado quando acontece movimento isométrico (apertamento) maxilo-mandibular, que ocorre geralmente durante o sono, em relação centrada ou em máxima intercuspidação habitual, sem que ocorra deslizamento. E excêntrico, caracterizado pelo movimento isotônico (rangimento), onde há apertamento e deslizamento dos dentes nas posições protrusivas e latero-protrusivas ocorrendo desgastes tanto nos dentes anteriores como em posteriores (13, 14, 19).

O bruxismo pode ser classificado ainda em crônico, onde há uma adequação biológica e funcional do organismo e agudo quando por alguma razão o processo se torna agressivo e ultrapassa a capacidade biológica de adaptação e defesa do sistema, originando os sinais clínicos (9, 14).

Para Downson, a atual classificação é baseada de acordo com o hábito, passando a ser bruxismo diurno e noturno.

O primeiro consiste em apertar os dentes, não deixando sequelas de desgaste dental nem danos ao periodonto, podendo ser decorrente de um hábito vicioso como morder objetos, chupar dedos, morder língua e bochechas. O bruxismo noturno é composto de episódios únicos e contrações rítmicas, sempre há apertamento no sentido lateral ou transversal, podendo ser prejudicial ao sistema de suporte do periodonto, desgastes dos dentes entre outros sinais característicos da parafunção. Com isso, foi observado que os ruídos oclusais só ocorrem em pacientes com atividade parafuncional noturna (1, 3, 8, 9, 14).

Acredita-se que os eventos do bruxismo ocorrem durante o estágio 1 e 2 do sono não REM (movimento rápido dos olhos) e raramente em sono profundo. E podem ocorrer mais frequentemente ou exclusivamente durante o sono REM, como no bruxismo destrutivo, já que nos estágios 3 e 4 do sono ele é inexistente. Sendo assim, os autores concluíram que quanto mais severo e crônico o bruxismo do sono, menor a chance de se ter um sono reparador (1, 4, 13, 14).

O diagnóstico e a avaliação clínica não são tão simples quanto parece, pois qualquer indivíduo normal pode apresentar um tipo de parafunção noturna. O que diferenciará é a duração, frequência e intensidade das contrações musculares envolvidas (13, 18).

Anamnese detalhada revelará sinais e sintomas como fadiga e dor muscular limitando a abertura bucal, crepitação na articu-

laça têmporo-mandibular (ATM), presença de ruídos de dentes (relatados por familiares), aspereza das superfícies dentárias, hipersensibilidade térmica, despertares súbitos com taquicardia, palpitações e dor de cabeça frequente (1, 4, 5, 13).

O bruxismo é a principal causa de lesão traumática do periodonto e de hiper mobilidade dentária. Os pacientes portadores deste hábito podem ser sintomáticos, como é o caso da grande maioria. Alguns achados clínicos característicos do bruxismo são facetas polidas ou exposição de dentina, trincas e fraturas em dentes restaurados classe III ou IV tornando-se antiestético e dificultando as restaurações dos mesmos, dor articular, estalos e crepitações se resumem à disfunção da ATM, restringindo os movimentos mandibulares excursivos, redução do fluxo salivar, cortes na língua e doenças periodontais (1, 4, 5, 12, 19).

Em casos severos, os músculos hipertrofiados podem causar contração facial, alterações oclusais, mudando o padrão de abertura e fechamento da mandíbula, ocasionando problemas na fala e mastigação (6, 11, 19).

Radiograficamente, pode ser observado o desaparecimento da lâmina dura, alteração do espaço periodontal, reabsorção radicular, fraturas radiculares e cálculos pulpares (2, 14, 19).

Não existe ainda um tratamento capaz de eliminá-lo definitivamente.

O profissional deve estar ciente da causa específica para o desencadeamento do bruxismo e, sendo assim, orientar o paciente para o tratamento correto e efetivo. Entretanto, a conduta terapêutica deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar,

com participação da Odontologia, Psicologia, Fisioterapia e Fonoaudiologia, abrangendo aspectos dentários, médicos e psicológicos do paciente (1, 4, 13, 14, 15, 18).

O plano de tratamento deve incluir objetivos principais como redução ao mínimo da tensão emocional do indivíduo, tratamento dos sinais e sintomas, minimização de interferências oclusais, melhorar o padrão de contração, estiramento e repouso alterado da musculatura (9, 15). O ponto de partida é diminuir o estresse psicológico do indivíduo através de exercícios de relaxamento, a higiene do sono, que tem por finalidade a correção de hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono, associado a fisioterapias (1, 13, 18).

A fisioterapia é um importante aliado na restauração normal do aparelho estomatognático, reversão de quadros dolorosos contribuindo para a homeostase orgânica dos bruxômanos. Para tal há os tratamentos com termoterapia, que facilitam a oxigenação das áreas afetadas, reduzindo os sintomas musculares e aumentando efeito sedativo sobre as alterações motoras (13, 14).

A terapia de relaxamento, que consta da eliminação dos resultantes metabólicos, sensibiliza os nociceptores ocorrendo uma diminuição da dor. Há também o TENS (estimulação eletroneural transcutânea), tendo por finalidade diminuir os espasmos e aumentar a circulação dos músculos afetados. E por fim, a acupuntura, cuja efetividade já é comprovada por sua ação analgésica local e central, ação anti-inflamatória, ansiolítica e melhora da defesa imunológica (1, 11).

A terapia oclusal, além de realizar o ajuste oclusal, também é indicada para minimizar danos gerados pelo apertamento e ranger de dentes e não para o tratamento do bruxismo. Deve ser realizada somente quando o desgaste dental não tenha alterado a dimensão vertical (1, 11, 14).

Os controles do comportamento muscular e oclusal podem ser obtidos pelo uso de placa ou dispositivo interoclusal ou miorelaxante total. Sugere-se que esta placa deva ser feita com um material rígido e superfície oclusal plana, ajustada em relação cêntrica. Para o hábito de apertamento, pode ser confeccionada sem guias, já para o rangimento noturno são indicados aparelhos com guias pelos caninos devido à existência das excursões laterais. A placa recobre todos os dentes, previne os desgastes e mobilidade dental, reduzindo a parafunção noturna, alterando o padrão neuromuscular e o relacionamento articular. Após a suspensão, mesmo com uso a longo prazo ocorre recidiva (4, 13, 14, 19).

O tratamento restaurador é realizado quando uma oclusão harmoniosa não pode ser alcançada por ajuste oclusal, devido à severidade do desgaste que causou perda da estrutura dental (1, 5, 14).

Os relaxantes musculares, analgésicos e anti-inflamatórios têm sido prescritos para controle ou tratamento do bruxismo, contudo esse tipo de tratamento não é seguro, pois pode levar à dependência química e recidivar após suspensão. Deve ser feito somente em caso de sintomas intensos. Respostas favoráveis, no controle da parafunção, têm sido obtidas após o uso do propranolol, benzodiazepínicos e bromocriptina (1, 4, 8, 14).

A toxina botulínica é produzida por um bacilo anaeróbio gram positivo, conhecido como *Clostridium botulinum*. O tratamento com esta toxina foi utilizado em diversas desordens neurológicas. Esta bactéria exerce um efeito paralítico, inibindo o lançamento de acetilcolina na junção neuromuscular. Existem oito tipos sorológicos diferentes, sendo que o do tipo A é o mais potente e mais utilizado clinicamente. Sua aplicação clínica é feita por uma injeção intramuscular cujo efeito dura de 3 a 6 meses, com retorno gradual da função muscular. A dose máxima recomendada é de 300 a 400 unidades nos músculos mastigatórios, em cada lado, por sessão. Não deve ser administrado mais de uma vez num período de três meses. A dose varia de acordo com o tamanho do músculo, da intensidade de contração e outros fatores como resposta ao tratamento inicial. Até o momento não houve relatos de morte anafilática ou atribuídos ao TBX-A (6, 10, 13, 16, 18).

As reações adversas encontradas foram irritabilidade no local da injeção, disfagia, adormecimento do lábio, dificuldade de abrir a boca e alteração salivar temporária (15).

O uso da toxina botulínica se contraindica em pacientes alérgicos ao medicamento, lactantes, inflamação ou infecção no ponto da injeção, pacientes com transtornos generalizados da função muscular como, por exemplo, *miastenia gravis* e pacientes que fazem uso de elevadas doses de aminoglicosídeos (17, 18).

Do ponto de vista anatômico, se tem demonstrado que a toxina pode ser injetada nos músculos da mastigação em menor ou

maior grau de dificuldade, podendo ser aplicada, intra ou extraoralmente. Este tratamento requer do profissional um conhecimento amplo de anatomia e farmacologia e, além disso, apresenta um custo alto para a maioria dos pacientes necessitados (11, 15, 17, 18).

Discussão

Este hábito parafuncional está presente na grande parte da população, sendo esta, na maioria das vezes, inconsciente da existência da patologia. A prevalência de bruxismo na população varia de 15 a 90% em adultos e 7 a 88% em crianças e em ambos os sexos. Também pode ser encontrado maior predisposição ao bruxismo de acordo com algumas etnias (14, 15). Os episódios de bruxismo podem ser variados segundo alguns autores, não somente de pessoa para pessoa como na mesma pessoa. O tempo de apertamento e ranger dos dentes podem variar de 5 a 40 minutos por noite e durante a atividade parafuncional a força de contato chega ser superior a três vezes àquela da atividade funcional dos músculos mastigatórios, essas alterações são agravadas pelo estresse emocional e físico (3, 6, 15).

Através da anamnese, exame físico e complementar, o correto diagnóstico será importante para um planejamento adequado.

Segundo certos autores (1, 3, 5, 9, 15, 17), os procedimentos que visam uma medida terapêutica segura são terapias não invasivas e reversíveis. Estas devem ser sempre a primeira opção sendo o suficiente para alívio de causas primárias (estresse e ansiedade), dos efeitos principais (mialgia e atrição dentária) e fatores con-

jugados como apertamento dental. Os ajustes oclusais devem ser ponderados, já que são irreversíveis (10, 17, 19).

Uma Abordagem Multidisciplinar Deve Ser Adotada

A utilização das placas interoclusais rígidas diminui a atividade eletromiográfica e a sintomatologia aguda. Não há evidências de que a diminuição da atividade muscular se mantenha a longo prazo (4, 13, 14, 19). Alguns estudos mostraram um aumento da atividade muscular em 20% dos usuários de placa rígida e 50% de placas flexíveis, além de terem obtido uma redução considerável da atividade eletromiográfica com o uso a curto prazo da placa macia (4).


A terapia farmacológica não é muito preconizada, por ter risco de dependência, contudo é aceita apenas em caso de dor (4, 8, 12, 13). Entretanto, há relatos de que prescrição de relaxantes musculares, antidepressivos podem melhorar ou agravar o quadro clínico (4, 7, 13, 17).

A toxina botulínica ainda não é o meio seguro para o tratamento do bruxismo, contraindicando seu uso no momento, no entanto, tem esperança de que a terapia se torne cada vez mais segura e com bom êxito (12).

Finalizando, não há uma medida terapêutica incisiva para ser adotada, sendo assim, a inter-relação profissional x paciente deve ser completa, juntamente com outros profissionais da área de saúde para garantir ausência da sintomatologia e do desconforto.

Conclusão

O bruxismo apresenta etiologia ampla, onde a gravidade do dano tende a variar em cada indivíduo. É necessário um acompanhamento multidisciplinar, a conscientização do paciente em relação ao hábito, juntamente com um tratamento odontológico conservador. Não há um tratamento específico, cada indivíduo deve ser avaliado e tratado individualmente.

Devido aos avanços das pesquisas, é bem provável que em um futuro próximo conheceremos uma abordagem terapêutica mais precisa no alcance de todos os bruxômanos, devolvendo-lhe o conforto que é preciso para se ter uma vida saudável. 

Referências Bibliográficas

1. ALÓE, F., GONÇALVES, L. R., AZEVEDO, A. et al. Bruxismo durante o sono. *Rev. Neurociência*, v. 11, n. 1, p. 4-17, 2003.
2. BONACIN FILHO, V. Bruxism: a bibliographic review. *Dens*, v. 4, n. 1-2, p. 13-21, jan. 1998.
3. DAWSON, P. E. Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais. 2ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 1993.
4. DURSO, B. C., AZEVEDO, L. R., ZUBEN, J. A. V. et al. Bruxismo do sono: nova visão para um antigo problema. *Jornal Multidisciplinar da Dor Craniofacial*, v. 3, n. 11, p. 340-9, 2003.
5. DURSO, B. C., BEAUCLAIR, B. S. Bruxismo noturno: Aspectos clínicos e tratamento. *Revista do CMORG*, v. 4, n. 2, p. 90-3, jul./dez., 1998.
6. ENG-KING TAN, M. D., JOSEPH JANKOVIC, M. D. Trating severe bruxism with botulinum toxin. *JADA*, v. 131, p. 211-6, Feb., 2000.
7. GIMENES, M. C. M. Bruxismo: aspectos clínicos e tratamento. Artigo publicado em jan. 2004. disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=99>. Acesso em 11/06/2008.
8. MOLINA, O. F., GAIO, D. C., GURY, M. D. N. et al. Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, v. 2, n. 5, p. 61-9, jan./mar., 2002.
9. MONTE, M. N., SOARES, M. G. M. Bruxismo: etiologia e epidemiologia. *Revista do CROMG*, v. 8, n. 1, jan./fev./mar., 2002.
10. MONROY, P. G., FONSECA, M. A. The use of Botulinum Toxin-A in the treatment of severe bruxism in a patient with Autism: a case report. *Spec Care Dentist*, v. 26, n. 1, p. 37-9, 2006.
11. PALTIN, P. P., DALLANORA, L. J., INOUE, R. T. et al. Avaliação do uso de acupuntura no tratamento de pacientes com bruxismo. *RGO*, v. 52, n. 5, p. 333-9, nov./dez., 2004.
12. PEREIRA, C. R., Entrevista. *R. Dental Press. Ortodon. Ortop. Facial*, v. 11, n. 2, p. 18-28, mar./abril, 2006.
13. PEREIRA, R. P. A., NEGREIROS, W. A., SCARPARO, H. C. et al. Bruxismo e qualidade de vida. *Revista Odonto Ciência - Fac. Odonto/PUCRS*, v. 21, n. 52, p. 185-90, 2006.
14. RODRIGUES, C. K., DITTERICH, R. G. SHINTCOVSK, R. L. et al. Bruxismo: Uma revisão da literatura. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, v. 12, n. 3, p. 13-21, set., 2006.
15. ROMERO, E. M. Análisis de las técnicas de aplicación de la toxina botulínica (Botox) em los músculos de la masticación relacionados com el bruxismo. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales. Espana: MASSON-Salvat, 1995.
16. SERAIDARIAN, P., SERAIDARIAN, P. I., JACOB, M. F. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial*, v. 2, n. 7, p. 240-6, 2002.
17. SERAIDARIAN, P., SERAIDARIAN, P. I., CAVALCABTI, B. N. O papel da dopamina na etiologia do bruxismo. *Jornal Multidisciplinar da dor craniofacial*, v. 3, n. 12, p. 335-8, 2003.
18. SCHWARTZ, M., FREUND, B. Treatment of temporomandibular disorders with Botulinum Toxin. *The clinical Journal of Pain*, v. 18, p. 198-203, 2002.
19. TEIXEIRA, M., RIBEIRO, C. P., QUEIROZ, A. et al. Bruxismo: o desgaste em resposta à interferência oclusal. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 4, n. 13, p. 8-11, 1994.

Recebido em: 25/03/2009

Aprovado em: 10/06/2009

Natália Raposo da Silva

Rua Dois de Dezembro, 124/902 - Flamengo

Rio de Janeiro/RJ, Brasil - CEP: 22220-040

E-mail: nataliaraposo@yahoo.com.br