

**FACULDADES SÃO JOSÉ  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ALINE FEITOZA FRAGA  
RODRIGO DA SILVA PELLEGRINI**

**BRUXISMO : Etiologia e Tratamento**

Rio de Janeiro  
2018

## **BRUXISMO: ETIOLOGIA E TRATAMENTO**

## **BRUXISM: ETIOLOGY AND TREATMENT**

**Mauro d'oliveira**

Graduado

### **RESUMO**

O trabalho tem por objetivo revisar a literatura sobre a etiologia e formas de tratamento para o bruxismo. Pode-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.

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

## INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende mostrar uma forma de Hábito parafuncional denominado bruxismo, onde a odontologia busca identificar e muitas vezes tratar essa atividade complexa.

O bruxismo não apresenta apenas um desafio para odontologia, mas também a áreas correlatas com a medicina e a psicologia, pois está associada ao sistema nervoso central e a fatores emocionais.

Não se define exatamente como tratá-lo, mas sabe-se bem seus efeitos danosos principalmente no que se refere a fracassos odontológicos.

O Hábito aparentemente simples de ranger ou apertar os dentes produz efeitos em todo sistema estomatognático; pois envolve questões musculares, ósseas e dentais, como desencadeante deste hábito e observando questões emocionais, como ansiedade e estresse, interferências oclusais, distúrbios neuronais, porém não existe uma regra para sua etiologia.

O bruxismo ocorre de forma inconsciente tanto a noite quanto de dia, sendo que seu diagnóstico é possível através de observações dos desgastes dentais, fraturas dentais, problemas periodontais, disfunção temporomandibular (DTM)

Como não se define sua causa, o tratamento também não é específico, não havendo fórmulas ou protocolos adotados para cessar este problema, porém a utilização de tratamento reversível e o uso de materiais menos resistentes, como a resina composta, são meios mais indicados para tratar os efeitos. Saber identificar a presença desta atividade e reconhecer seus efeitos talvez seja o fator determinante na conduta deste hábito parafuncional, que necessita ainda de muitos estudos para ser elucidado e conseqüentemente tratado .

Mas como amenizar as conseqüências clínicas do bruxismo, Já que sua etiologia é desconhecida, assim dificultando o real tratamento para essa disfunção?

Portanto, este estudo tem como objetivo geral buscar compreender o bruxismo e suas consequências clínica e formas de tratamento que amenizem essa disfunção.

Enquanto os objetivos específicos são descrever o conceito do bruxismo visando entender sobre o assunto, analisar as características clínicas que essa disfunção acarreta ao paciente, e em entender soluções para tratar desta disfunção.

Observando os paciente atendidos na clínica da faculdade são José, as principais características desta disfunção: apertamento ou ranger dos dentes, que estão associados aos outros fatores, como estresse, ansiedade, desgastes dentários, hábitos de roer as unhas, disfunção temporomandibular (DTM), fraturas dentárias e problemas periodontais .

Além disso, durante o Congresso Internacional de Odontologia, realizado em São Paulo no ano de 2011, foi feita uma pesquisa onde se constatou que 30% dos brasileiros sofrem com bruxismo. Buscar informações de tratamentos de forma a compreender cada vez melhor sobre o assunto para ajudar pacientes com os sintomas que esta disfunção causa.

A importância de se conhecer a fundo sobre este tema é que essa disfunção pode resultar em danos nos dentes categorizados como trauma oclusal. O bruxismo é a principal causa de trauma oclusal e importante fator para perda de dentes e recessão gengival.

Para a realização do presente estudo foi elaborada uma pesquisa bibliográfica, buscando através dos autores que tratam do bruxismo alcançar os objetivos do trabalho.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1 – Conceito**

O palavra bruxismo vem do grego “bruchein” com o significado apertamento, fricção ou atrito dos dentes. No ano de 1907, foi utilizado o termo “Bruxomania”, na literatura e em 1931, foi substituído por “Bruxismo”( SILVA & CANTISANO – 2009). O bruxismo pode ser definido por ser uma atividade involuntária e hábito parafuncional, sendo observado

como características o ato de ranger ou apertar os dentes, sendo essas manifestação no período diurno (bruxismo cêntrico) ou noturno (bruxismo excêntrico) (GONÇALVES & TOLEDO – 2010). O bruxismo é considerado a atividade parafuncional mais danosa, que pode ocorrer de forma consciente, quando se mordem lápis, caneta, cachimbo, lábios, bochechas ou dedos, ou inconscientemente. Este ato de ranger os dentes ocorre com mais frequência durante o sono, apresenta-se em contrações musculares rítmicas com uma força maior do que a natural, provocando atritos e ruídos fortes ao ranger os dentes, e que não podem ser reproduzidos nos períodos de consciência (GONÇALVES & TOLEDO – 2010), além de fatores como preocupação, problemas emocionais, agressão reprimida, raiva, medo, estresse e excitação, são acompanhados por ruídos notáveis (DINIZ & SILVA – 2009). O bruxismo é um fenômeno que vem se tornando cada vez mais freqüente dentro do consultório odontológico e durante muito tempo foi considerado como uma manifestação oral normal, de implicações estritamente locais. Diversos estudos se justificam pela vasta prevalência de pacientes, como crianças e adultos de ambos os sexos e vários fatores etiológicos predis põem uma pessoa ao desenvolvimento do bruxismo, através de fatores psicológicos, ansiedade, estresse e situações emocionais (DINIZ & SILVA – 2009 ; GIMENES – 2008)

De acordo com Okenson (1992, p.135), o bruxismo é definido como ranger ou apertamento dos dentes durante movimentos não funcionais da mandíbula, pode ser noturno ou diurno.

## **2- Etiologia**

Alguns achados vêm relacionando vários fatores que podem estar ligados e atuando em conjunto, oferecendo suporte a uma hipótese multifatorial para a gênese do bruxismo. Um fator que parece influenciar a atividade de bruxismo é o estresse emocional (SCHIFFMAN, FRICTON, 1992; SCHNEIDER et al. 2007). À medida que o indivíduo se depara com um evento estressante, a atividade noturna do masseter aumenta, aumentando também a dor. Além disso, indivíduos com quadros de depressão, estresse, ansiedade e aqueles incapazes de exprimir sentimentos, estão mais propensos ao bruxismo (MANFREDINI, LOBBEZOO, 2009).

É comum, durante o dia, o indivíduo manter os dentes em contato e aplicar uma grande força. Este tipo de atividade diurna pode ser vista em pessoas que estão concentradas em alguma tarefa ou desempenhando algum trabalho que exija muito esforço físico. Algumas estão intimamente relacionadas com a atividade profissional que o indivíduo desenvolve, como o mergulhador que morde o suporte de borracha para respirar ou o músico que toca determinado instrumento (TADDY, 1992)

Indivíduos bruxistas são mais predispostos à ansiedade, mais vulneráveis a desordens psicossomáticas e menos socializados. Deprimidos, emocionalmente estressados e aliados ao medo e à baixa auto-estima, tais indivíduos têm maior predisposição para desenvolver o bruxismo Vanderas et al.<sup>29</sup> (1999). Assim, esta parafunção reflete de forma comportamental um hábito disfuncional que conduz o indivíduo a descarregar suas tensões, mesmo que lhe cause auto-agressão Oliveira<sup>19</sup> (2002).

Os médicos ainda não entendem completamente as causas que levam ao bruxismo. As possíveis razões físicas ou psicológicas para esse distúrbio podem incluir:

- Sensações de ansiedade, estresse, raiva, frustração ou tensão
- Alinhamento anormal dos dentes superiores e/ou inferiores (má oclusão)
- Outros problemas do sono, como a apneia do sono
- Resposta à dor de ouvido ou dor de dente (principalmente em crianças)
- Refluxo do ácido estomacal para o esôfago e para a boca
- Efeito colateral incomum de alguns medicamentos psiquiátricos, tais como certos antidepressivos
- Complicação de uma doença, tal como a doença de Huntington ou doença de Parkinson (Escrito por Redação Minha Vida)

O bruxismo pode ser cêntrico (ato de apertar) e/ou excêntrico (ato de ranger); diurno e/ou noturno; consciente ou inconsciente. Considera-se como bruxismo primário aquele que é idiopático, e secundário, ao que ocorre na presença de desordem neurológica ou psiquiátrica (doença de Parkinson, depressão, esquizofrenia), ou seguido do uso crônico de certas drogas Lavigne et al.<sup>13</sup>(2000). Frequentemente se manifesta de

forma inconsciente durante o sono, embora a parafunção diurna esteja relacionada à concentração mental ou às atividades de extremo esforço físico Rosenstiel et al.22 (2002).

A predisposição genética pode ter algum papel na origem do bruxismo, mas os mecanismos exatos e o modo de transmissão não são conhecidos até hoje. Sugere-se um efeito genético na variação fenotípica de cinco parassonias (caminhar e falar durante o sono, pesadelos, bruxismo e enurese), tão bem como efeitos genéticos compartilhados especialmente entre falar e caminhar durante o sono, bruxismo e falar durante o sono, pesadelos e falar durante o sono Hublin et al.8 (2003). Contudo o que mais prevalece atualmente nas pesquisas sobre bruxismo são os fatores de ordem central, pelos mecanismos neurofisiológicos e neuroquímicos dos movimentos rítmicos mandibulares relacionados à mastigação, Lavigne et al.12 (2003). Existe evidência de que o bruxismo aparece de maneira episódica (contração muscular rítmica espontânea transitória) durante o sono Kato et al.11 (2003). Foi relatado que estas contrações, que ocorrem em 60% da população não-bruxista, é três vezes maior em pacientes bruxistas Lavigne et al.14

Seus efeitos no sistema estomatognático podem variar desde a ocorrência de facetas de desgastes localizados ou generalizados, perda da dimensão vertical, problemas estéticos, hipersensibilidade térmica, mobilidade dental, necrose pulpar dor muscular, dentre outros traumas, isso depende da capacidade de adaptação de cada indivíduo, da frequência e intensidade dos surtos de bruxismo.

O sistema estomatognático do qual é constituído por um conjunto de estruturas ósseas, musculares e dentais que se encontram prontas para executar funções específicas como falar e mastigar, sendo que, pode-se realizar atividades não típicas, para as quais este sistema não está adaptado e que chamamos de hábitos parafuncionais.

A obscuridade deste fenômeno se inicia em sua etiologia. A literatura não sugere uma causa precisa, sendo as alternativas, e não as certezas de sua origem, as teorias mais citadas.

Attanasio (1991) citou a etiologia do bruxismo como sendo multifatorial e sugere que este decorra de uma desordem do sono. A grande maioria dos autores concorda com a etiologia multifatorial, onde fatores emocionais, como estresse e ansiedade, fatores

sistêmicos, como alergias, rinites e dor, e origem no sistema nervoso central, são citados como desencadeadores deste hábito.

O fator emocional na etiologia do bruxismo talvez seja um dos mais simplifcantes e de mais difícil compreensão e tratamento por parte do cirurgião dentista. A falta de formação voltada para este aspecto por parte do profissional, a dificuldade de aceitação do paciente em relação A existência de um problema dental com origem emocional são fatores limitantes quando se trata deste assunto. O Cirurgião Dentista, geralmente, recebe o paciente bruximano que o procurou "ansioso" por um tratamento devido a dores ou desgastes ou fraturas dentais e espera ter seu problema solucionado e não complementado com um diagnóstico de problemas emocionais. Aceitar esta condição de portador de distúrbios emocionais e buscar tratamento específico é uma das grandes limitações no tratamento de pacientes bruximanos. (MAZZETO; CARNIEL; FIGUEIREDO, 2001).

### **Bruxismo e sua relação com o sono**

Dados varias fontes sugeriram que a atividade para funcional durante o sono é muito comum e parece compor-se por episódios únicos. Se esta atividade resulta de diferentes fatores etiológicos ou do mesmo fenômeno manifestado de maneiras diferentes, não se sabe. Por isso apartamento dos dentes são referidos como bruxismo (Okeson,2000).

Para Nunes (2003), o bruxismo noturno é definido pela Associação Americana de desordem do sono, como uma atividade parafuncional,que inclui apertamento (bruxismo centrico) ou ranger dos dentes (bruxismo excêntrico ). É o período de ocorrência do bruxismo, será usado para denotar o período do dia em que o individuo encontra-se acordado, para o período do dia em que o indivíduo estivesse dormindo.

Quando relacionado ao sono, o bruxismo envolve movimentos rítmicos semelhantes ao da mastigação e longos períodos de contração dos músculos mandibulares ,essas contrações comumente bilaterais, envolvem forças máximas de contração, as quais, em determinados momentos, podem superar aquelas realizadas durante o esforço consciente ,com duração suficiente para produzir fadiga e dor muscular.



Toda via, quantidade e duração do bruxismo necessárias para desencadear sintomatologia muscular ainda não foram estabelecidas .

É possível que a propriocepção e o reflexo de abertura mandibular que ocorrem para prevenir a ocorrência de danos aos dentes durante a mastigação seja suprimido durante o sono. Isto permitiria o aumento eventual da atividade parafuncional, o que possibilitaria o colapso das estruturas envolvidas.

### **3- Diagnóstico**

As principais intervenções clínicas relacionadas ao bruxismo são dirigidas para a proteção do dente, a redução do ranger, e o alívio da dor facial ou temporal, e a melhora da qualidade do sono, considerando a avaliação individual de cada paciente. São empregados três tipos de estratégias de gerenciamento: dental, farmacológico e comportamental. Tais estratégias visam aliviar os sintomas, ou seja, constituem técnica paliativa de tratamento, uma vez que ainda não existe uma cura para o bruxismo (BADER, LAVIGNE, 2000). O mais importante, antes de lançar mão de ferramentas para um tratamento odontológico, é a conscientização do paciente do próprio bruxismo. Essa conscientização da atividade parafuncional é um pré-requisito indispensável ao início do tratamento e influencia amplamente o prognóstico. Para isso, deve-se auxiliar o paciente a observar qual tipo de parafunção está presente (apertamento ou ato de ranger os dentes), em qual momento (diurno ou noturno) e com qual periodicidade. Trata-se de uma etapa muito importante que permite dar os primeiros conselhos a fim de limitar as tensões, sobretudo se elas estiverem presentes durante a vigília. Utilizar computador, dirigir automóvel e ler de forma atenta são alguns exemplos de situações cotidianas ao longo das quais o bruxismo se manifesta de forma privilegiada sem que o paciente tenha consciência dele. Apenas com a percepção desse comportamento adquirido é que se pode avançar nos caminhos terapêuticos mais adequados para tratar o paciente. Para isso, é frequentemente necessária a colaboração de outros especialistas da área da saúde (MCNIELL, 2000)

A prática em diagnosticar e buscar tratamento em pacientes portadores desse fenômeno nos leva a crer que a condição psicossomática desta parafunção é a sua maior autolimitação na obtenção de seu controle. Na prática clínica é possível observar a ocorrência de bruxismo em indivíduos de mesmo grupo familiar e que apresentam personalidades semelhantes, onde a expressão "meu pai/mãe tem os dentes iguais aos meus" representa bem este quesito. Em grupos profissionais onde a carga emocional é alta, como professores, observa-se a presença desta parafunção, principalmente do bruxismo por apertamento.

Os sinais e sintomas de bruxismo costumam incluir o ranger ou apertar dos dentes, às vezes tão alto que pode despertar uma pessoa que estiver dormindo ao lado, Dentes achatados, fraturados, esmalte desgastado, expondo camadas mais profundas do dente, aumento da sensibilidade dentária, dor na face, dor na mandíbula, dor que se sente como se fosse uma dor de ouvido.

Segundo Okeson (1992), estudos epidemiológicos revelam que a maior parte dos sintomas de DTM é relatada pela faixa etária de 20 a 40 anos e sua etiologia é complexa e multifatorial. Acredita-se que 85% a 90% da população rangem os dentes em algum grau durante a vida e somente cerca de 5% desses pacientes, apresenta o bruxismo como condição clínica.

O clínico deve atentar que esta atividade ocorre de maneira subconsciente. Portanto, meramente questionar o paciente não é um modo confiável de determinar a presença destas atividades. Em muitos casos, uma vez que o clínico conscientiza o paciente da possibilidade destas atividades, ele passa a reconhecê-las e poderá, então, diminuí-las (MARBACH et al.,1990)

#### **4 - Formas de tratamento**

O tratamento para este fenômeno parafuncional é ainda discutível, sendo de responsabilidade do cirurgião dentista proceder a um bom exame clínico e intervir para que não haja danos severos oclusais, uns dos grandes problemas nos casos de pacientes "bruxômanos" que são informados e conscientizados do seu estado, quando o quadro clínico já tomou proporções avançadas. Este tratamento consiste em um trabalho

multidisciplinar que abrange a odontologia, a medicina e a psicologia. A odontologia normalmente atua em procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico e placa miorelaxante. Em algumas situações, pode haver a necessidade de um tratamento sistêmico com uso de medicação parafuncional e tratamento médico, além de aconselhamento psicológico (GONÇALVES & TOLEDO, 2010; DINIZ & SILVA, 2009).

No tratamento odontológico para o bruxismo, a principal intervenção clínica deve ser voltada para a proteção do dente, reduzindo o ranger, aliviando dores faciais e temporais e promovendo melhorias na qualidade do sono, incluído ajuste oclusal e restauração da superfície dentária, devido à severidade do desgaste. Quando iniciado o tratamento com o uso da placa de mordida, essa placa oclusal é um dispositivo interoclusal removível, que abrange todos os dentes de um dos arcos, geralmente o superior, que se ajusta nas incisais e oclusais dos dentes, criando contato oclusal prévio com os dentes do arco oposto. É também conhecido como protetor noturno, aparelho interoclusal ou até mesmo aparelho ortopédico. Este dispositivo é comumente usado nos hábitos parafuncionais como o bruxismo e as DTMs. A sua função é a obtenção de um diagnóstico diferencial, para problemas de atividade muscular anormal, para o alívio da dor nas fases agudas nos casos de hábitos parafuncionais e como proteção para os dentes do atrito de cargas traumáticas nos casos de bruxismo. É portanto, um aparelho não invasivo, de efeito reversível, o que é sempre desejável em casos de problemas com origens complexas (GIMENES, 2008; OLIVEIRA & CARMO, 2000).

Os principais requisitos para inserir uma placa interoclusal, em criança é que ela seja bem ajustada e estável. Ela deve assentar totalmente sem inclinação ou báscula produzida quando os dentes opostos se contatam com ela, visa a reduzir a atividade parafuncional, desprogramar e induzir ao relaxamento muscular, obter uma proteção dos dentes contra a atrição e desgaste, balanceio dos contatos oclusais, bem como reposicionar a mandíbula, colocando-a em uma relação normal com a maxila para alcançar um equilíbrio neuromuscular, a placa de mordida tem como vantagem não interferir no processo de crescimento das arcadas dentárias infantis ou alterar as suas características físicas, além de ser um tratamento reversível, de boa aceitação pelas crianças e eficaz, tem a finalidade reduzir a atividade muscular, proporcionando maior conforto ao paciente. O material de escolha para a confecção da placa deve ser à base

de silicone, com espessura de aproximadamente três milímetros, estendendo-se da região vestibular à lingual, com superfície plana, suficiente para prevenir a perfuração e aumentar a resistência ao impacto (SILVA & CANTISANO, 2009 ; DINIZ, 2009 ; OLIVEIRA & CARMO, 2000).

Considerando ainda o tratamento dentário, deve-se avaliar a necessidade de ajustar a oclusão do paciente e restaurar as superfícies dentárias e contornos com materiais adequados e indicados para cada caso. Levando à necessidade de reconstrução oclusal. Para tal procedimento, é preciso analisar bem o antagonista antes da escolha do material restaurador, devido à diferença da resistência. Ao desgaste por abrasão entre os materiais empregados, para que não ocorra o insucesso do tratamento. Em alguns pacientes, o tratamento ortodôntico se faz necessário (DINIZ, 2009; PRIMO et al., 2009).

O profissional pode fazer uso de vários medicamentos, muitas vezes, apenas paliativos no tratamento do bruxismo. Em ocorrência de dor, são prescritos analgésicos, anti-inflamatórios, miorelaxantes e também são utilizados fármacos para casos agudos e graves do tipo benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, betas bloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos, e relaxantes musculares são os mais usados, estes quando fatores emocionais estiverem envolvidos. Porém, não há nenhuma droga de primeira eleição, os fármacos são utilizados por um período curto de tempo, contudo esse tipo de tratamento não é seguro, pois pode levar a dependência química e recidiva após suspensão (SILVA & CANTISANO, 2009 ; MACEDO, 2008 ; PRIMO et al., 2009).

A teoria psicológica apontava o estresse e a ansiedade como fatores iniciadores ou perpetuadores do bruxismo. As pesquisas atuais têm mostrado que fatores psicológicos não são os principais fatores, mas apenas os agravamentos ou perpetuadores. Um estudo de variabilidade em pacientes com bruxismo para identificar a correlação entre o distúrbio e a ansiedade. O que foi verificado é que, em 48% dos casos de bruxismo estudados, a ansiedade tinha relação com o distúrbio (GIMENES, 2008).

O tratamento psicológico consiste em diminuir e controlar o estresse psicológico do paciente, através de técnicas de relaxamento e terapia comportamental baseada na higiene do sono, que tem por finalidade a correção de hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono, contudo nenhum desses tratamentos é

baseado em fortes evidências. A fisioterapia tem uma importância substancial no tratamento das disfunções temporomandibulares e do bruxismo. As diversas técnicas de terapia manual e modalidades de eletroterapia são fortes aliados capazes de restabelecer as funções normais do aparelho mastigatório e eliminar os sintomas. A hiperatividade dos músculos mastigatórios nos “bruxômanos” ocasiona freqüentes isquemias musculares que levam a desperdícios metabólicos e, conseqüentemente, à fadiga e dor muscular.

A termoterapia usa calor como mecanismo principal, provocando vaso dilatação, o que facilita a oxigenação das áreas afetadas, reduz os sintomas musculares e efeito sedativo sobre os nervos motores. Terapias de relaxamento podem resultar na eliminação dos resultantes metabólicos que sensibilizam os nociceptores e, em decorrência disto, ocorre uma diminuição da dor.

O TEES (estimulação eletroneuraltranscutânea) gera impulsos elétricos rítmicos criando contrações involuntárias repetidas e relaxamento. Dessa forma, os espasmos vão sendo eliminados e a circulação nos músculos afetados é aumentada. A acupuntura já tem sua efetividade comprovada por sua ação analgésica local (somatostatina) e central (encefalinas, dinorfinas, endorfinas); ação antiinflamatória (cortisol); ação ansiolítica, e melhora da defesa imunológica.

Dessa maneira, a Fisioterapia constitui-se em um importante aliado na restauração normal do aparelho estomatognático, reversão de quadros dolorosos e contribui para homeostase orgânica dos bruxômanos. Cabe ao cirurgião-dentista e ao fisioterapeuta escolherem a terapêutica mais adequada para cada situação. Os profissionais da área neurológica têm grande responsabilidade no atendimento clínico, onde além dos relaxantes musculares, analgésicos e anti-inflamatórios, têm sido utilizados medicamentos para o controle ou tratamento do bruxismo.

Atualmente, o que ainda é mais seguro fazer é apenas a prescrição sintomática do bruxismo, já que uma infinidade de drogas (benzodiazepínicos, antidepressivos, catecolaminas, toxina botulínica dentre outras) tem sido pesquisada sem sucesso, contudo, há um consenso sobre a melhor indicação e protocolo de prescrição. Após o sistema dopaminérgico e a neurotransmissão central serem apontados como moduladores dos episódios de bruxismo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As manifestações clínicas mais comumente associadas ao bruxismo (BAHLIS, RODRIGUES, FERRARI et al., 1999) são: os padrões não funcionais do desgaste dentário; as fraturas dos dentes e restaurações; os sons oclusais audíveis de ranger não funcional; o tônus aumentado e hipertrofia dos músculos mastigatórios; a dor de cabeça; os sintomas na ATM (dor e desconforto na ATM; dificuldades mastigatórias; luxação; subluxação; crepitação; ruído articular uni e bilateral; limitação de abertura e desvio na trajetória de abertura bucal); a dor dentária; o tórus maxilar e mandibular e as implicações periodontais e endodônticas (mobilidade, recessão gengival, absorções ósseas.) O esmalte dentário é a primeira estrutura que recebe a carga parafuncional do bruxismo, sendo o desgaste anormal dos dentes o sinal mais frequente da presença deste distúrbio. O padrão de desgaste dental do bruxismo prolongado é, frequentemente, não muito uniforme e comumente mais severo nos dentes anteriores do que nos posteriores, na dentição natural. Em pacientes portadores de prótese total monomaxilar pode ocorrer o inverso, pois a estabilidade da dentadura permite pressões maiores nas regiões posteriores (BRESOLIN, 2004). A perda de tecido dentário provocada pelo bruxismo está associada a vários problemas dentários tais como sensibilidade dentária, redução excessiva de altura da coroa clínica, e mudanças possíveis da relação oclusal (OKESON, 1992; ZUANON et al., 1999; YIP, CHOW, CHU, 2003). O desgaste dental acentuado leva a diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO)

Concluimos assim que o bruxismo é o ato de atritar um dente contra o seu antagonista, descarregando muitas vezes fatores emocionais e psicológicos na arcada dentária. O estado emocional do paciente está diretamente relacionado com a hiperatividade muscular. O estresse, depressão, uso de drogas, ansiedade, medo e expectativas incertas sobre o futuro podem desencadear esta atividade parafuncional.

Quando relacionado ao sono, o bruxismo envolve movimentos rítmicos semelhantes ao da mastigação e longos períodos de contração dos músculos mandibulares. Essas contrações, comumente bilaterais, envolvem forças máximas de contrações as quais, em determinados momentos, podem superar aquelas realizadas durante o esforço consciente, apresentando duração suficiente para produzir fadiga e dor muscular.

Como o bruxismo não possui uma causa exata, o tratamento é um grande desafio na odontologia.

A forma de terapia mais empregada para o alívio dos sinais e sintomas de disfunção da articulação temporomandibular associados ao bruxismo é a utilização de placas interoclusais. Estas placas são de acrílico a qual o paciente utiliza para dormir e protegem os dentes do desgaste provocado pelo bruxismo. As placas interoclusais reduzem a atividade noturna dos músculos logo após sua colocação.

Na maioria das vezes, o uso da placa pode estar associado às terapias psicológicas e sessões de fisioterapias.

O tratamento deve ser baseado na redução de tensão psicológica, tratamento dos sinais e sintomas, como o desgaste da estrutura dentária e algias musculares, diminuição da "irritação" oclusal e modificação do padrão neuromuscular habitual.

O bruxismo é uma doença comum que atinge todos os sexos e idades. Sua ocorrência pode ter fundo psicológico e/ou físico. Seu tratamento, se necessário, deve ser multidisciplinar participando fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas e psicólogos, porém a terapia mais empregada são as placas interoclusaismiorreloxantes.

A importância de se conhecer a fundo sobre este tema é que essa disfunção pode resultar em danos nos dentes categorizados como trauma oclusal.

O bruxismo é a principal causa de trauma oclusal e importante fator para perda de dentes e recessão gengival.

Com o avanço dos estudos, profissionais têm buscado melhores opções de tratamento para reduzir os sintomas dessa disfunção, para assim dar aos pacientes bruxomanos melhores condições de vida.

## REFERÊNCIAS

BHASKAR , S. **Diagnóstico bucal** .São Paulo: Artes Médicas , 1976 .

KUMAR,V; ABRAS,A.K; FAUSTO, N ; MITCHEL , R . N .Robbis .**Patologia básica** .8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier , 2008 .

OKENSON, J .P .**Etiologia dos disúrbios funcionais do sistema**

OKENSON, J .P .**Etiologia dos distúrbios funcionais do sistema mastigatório** .2 ed. São Paulo ; Artes Médicas 1992 .

ROBBINS , S . L .; KUMAR , V . (ed); ANRAS , A.K (ed) ; FAUSTO , N . (ed) . **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 7 ed . Rio de Janeiro: Elsevier , 2005 .

STEVENS , A .; LOWE J .**Patologia** .2 ed. Barueri : Manole ,2002 .