

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Odontologia
Extensão Universitária

- ADITEME -

**“Atendimento Especial de Pacientes com Disfunção da
Articulação Temporomandibular”**

**- *Temas de Oclusão/DTM:*
*Bruxismo***

Coordenador Prof. Dr. Guilherme Camacho

Rev. 2014

BRUXISMO

Prof. Dr. Guilherme B. Camacho
C.D. Sabrina Kohlrausch

Introdução

O termo bruxismo é originado “ brichein ” que significa ranger os dentes foi denominado “La bruxomanie “, em 1907 por **MARIEL PIETKIEWK**,. O bruxismo é descrito como uma atividade muscular mastigatória exercida fora dos períodos de mastigação, causado por algum fator, caracteriza-se como movimentos laterais que podem ser acompanhados de um barulho extremamente desagradável . O bruxismo ocorre com menor intensidade durante o dia, sendo que à noite esse hábito manifesta-se com força total.

Diagnóstico (sinais e sintomas)

Para o diagnóstico do bruxismo, um fator de grande importância é a história do paciente, como, história médica , familiar, dental, além da detecção de sinais e sintomas, seguidos de uma confirmação feita pelo paciente ou de seus companheiros de quarto (bruxismo noturno) ou de convivência social (bruxismo diurno).

A etiologia do bruxismo, assim como a avaliação clínica e o diagnóstico, é multicausal, complexa e freqüentemente de difícil tratamento. Tanto os pacientes que apresentam bruxismo quanto indivíduos normais podem apresentar algum tipo de atividade parafuncional noturna, porém em pacientes bruxômanos a intensidade e a duração das contrações musculares são consideravelmente elevadas.

O diagnóstico de bruxismo pode ser obtido através de sinais e sintomas mais característicos para esta parafunção. Para melhor entendimento, as manifestações dessa condição podem ser divididas em relação à área de abrangência: manifestações dentárias, periodontais, na musculatura mastigatória, na ATM.

Manifestações Dentárias

Um dos sinais clínicos mais evidentes é o desgaste anormal dos dentes por consequência do freqüente rangimento e apertamento dos dentes, sendo o rangimento mais destrutivo porque as pressões são intermitentes e menos toleradas. Porém, nem sempre ocorre correspondência direta entre o nível de atrição dentária com a sintomatologia clínica.

A intensidade que ocorre o desgaste é bastante destrutiva devido às forças se darem de forma lateral e não vertical e assim produzindo uma sobrecarga contínua principalmente horizontal. O esmalte dentário é a primeira estrutura a receber os prejuízos do bruxismo, a carga parafuncional, com o padrão de desgaste dental prolongado, é na maioria dos casos não uniforme e mais severo nos dentes anteriores do que nos posteriores, sendo o canino o dente mais acometido. O desgaste ocorre, freqüentemente, nas bordas incisais dos dentes anteriores e nas facetas das cúspides posteriores. Os desgastes podem ocorrer nas restaurações feitas nestes locais. A quantidade de material restaurador ou tecido dentário perdido irá depender da direção, intensidade, duração, freqüência, tipo (rangimento ou apertamento) e evolução do hábito de bruxismo, assim como depende da idade e da resistência individual de cada paciente. Estes desgastes conseqüentemente vão ocasionar em má oclusão.

Outros sinais clínicos que podemos evidenciar nas estruturas dentárias são as fraturas de dentes e/ou restauração, fraturas radiculares, mobilidade dental, migração dos dentes, odontalgias, alterações pulpares como pulpite e calcificações, posição e morfologia dental. Padrão de movimento mandibular e restaurações têm função predominante na etiologia do bruxismo. Existe a

hipótese de que a perda de estrutura dentária no limite amelocementário poderá ocasionar erosão como lesão ao nível do colo. Estes sinais podem se manifestar em um único elemento dentário, numa certa região ou por toda a cavidade oral.

Quando o bruxismo se dá de forma severa, pode ocasionar desgaste abaixo das áreas de contato. A abrasão poderá até mesmo provocar diastemas em região anterior e alargamento das faces oclusais em região posterior.

A atrição não é por si só um sinal de diagnóstico definitivo para o bruxismo, pois o desgaste anormal pode ser conseqüência de outras causas como a ingestão de alimentos duros, granuloso ou ácidos; hábito de fumar cigarro ou cachimbo; escovação dental imprópria e/ou excessiva. Porém, o hábito parafuncional é caracterizado por ocorrer em dentes antagônicos.

A cavidade bucal, assim como outro órgão, pode ser o local para a manifestação de certas enfermidades, sob diferentes formas. Assim, o bruxismo poderá se manifestar como uma conseqüência de outras doenças.

Manifestações Periodontais

Freqüentes traumas oclusais devido ao bruxismo podem causar alterações no periodonto, assim como reabsorção radicular, deposição ou reabsorção de cimento.

Na literatura, vários estudos demonstraram que devido aos hábitos parafuncionais, as forças oclusais anormais eram capazes de resultar em, aumento da mobilidade dentária, sinais radiográficos mais encontrados, espessamento da lâmina dura, reabsorção do osso alveolar, e da crista alveolar, no caso de pacientes que usavam prótese totais. Aumento do sulco gengival e também, osteosclerose e hipercementose, podendo também ocorrer necrose dos tecidos periodontais nos casos mais severos. Porém,

poderá ocorrer encerramento dessas manifestações ou até mesmo a regeneração dos tecidos, com a remoção do trauma oclusal.

Manifestações na Musculatura Mastigatória

Os bruxômanos apresentam dor, muscular, limitação na abertura de boca e cefaléia devido à hipertrofia muscular com maior freqüência do que indivíduos saudáveis.

A dor na musculatura mastigatória principalmente à palpação é um sintoma freqüentemente relatado pelo paciente. Esta dor pode alterar os movimentos de abertura e fechamento da boca pela mandíbula e conseqüentemente causando efeitos na fala e na mastigação. Estas alterações se dão principalmente pela manhã em pacientes com bruxismo noturno. O bruxismo noturno caracteriza-se por padrões rítmicos da atividade eletromiográfica do músculo masseter, com isso são percebidos sons audíveis que são observados por outra pessoa enquanto o bruxômano dorme, não sendo reproduzidos em estado consciente. Porém hábitos de onicofagia, apertamento dos dentes, mordiscamento da bochecha e posicionamento oclusal inadequado pode se dar também durante atividades rotineiras.

A sintomatologia miofascial que resulta do estresse e da ansiedade é caracterizada pela dor muscular regional e também pela presença de “*Trigger points*” que são pontos sensíveis localizados que são evidenciados quando palpados produzindo, então, características de dor referida e efeitos autônomos. Com o passar do tempo, em longo prazo, os pontos de desencadeamento da dor não se recuperam espontaneamente, eles apenas podem se tornar latentes.

Devido ao apertamento, consciente ou não, ocorrem contrações prolongadas (isométricas) e os músculos ficam hipertônicos, com isso diminui o fluxo sanguíneo para os tecidos musculares, logo produzem uma isquemia crescente com queda da oxigenação diminuindo a concentração de substâncias nutricionais necessárias a função normal, além disso, ocorre

acúmulo de produtos metabólicos, conseqüentemente quando as terminações nervosas são estimuladas (pela função ou palpação), causam dor. A sintomatologia é uma leve pressão em região frontal, através dos olhos, no arco zigomático onde se origina o masseter e por vezes na linha occipital no qual se insere o trapézio. Esta dor de cabeça pode ser confundida com enxaqueca, porém esta última apresenta alterações neurológicas.

O bruxismo pode resultar em hipertrofia do músculo masseter e, com isso, interfere gravemente na manutenção da posição de repouso da mandíbula e, até mesmo, causar contração espontânea da musculatura, trismo e mudança na oclusão, quando esta hipertrofia ocorre severamente.

Manifestações na ATM

Os pacientes que apresentam bruxismo relatam como sintomatologia, o travamento da articulação, a restrição dos movimentos mandibulares e conseqüente dificuldade na fala e na mastigação, relatam também estalidos e crepitação na ATM. O sinal mais importante do estalido articular é a palpação a dor nos músculos pterigóideo lateral e temporal. Os distúrbios na articulação estão quase sempre associados às alterações musculares.

Quando ocorre excessivo desgaste nos dentes posteriores devido a uma habilidade funcional conciliatória das estruturas da ATM, poderá ocorrer um significativo achatamento das superfícies articulares do côndilo e, até mesmo, diminuição da espessura da cartilagem da articulação e do menisco.

O bruxismo pode resultar em Disfunção Temporomandibular e em dor, porém esta pode se dar devido à própria articulação em si ou por qualquer outra estrutura adjacente. O paciente relata dor quase sempre unilateral no ouvido ou na região pré-auricular, a qual pode se irradiar para o ângulo da mandíbula, para o pescoço e região temporal.

A maioria dos sintomas da ATM resultam do espasmo muscular e não da própria ATM. Estas dores podem ser distintas, se ao colocarmos o dedo no

interior do conduto auditivo externo houver dor, então indica que a causa da dor é na própria ATM e manifestações psicológicas e comportamentais.

ETIOLOGIAS

O bruxismo sendo uma manifestação de caráter multifatorial apresenta como principais etiologias:

Fatores locais

Maloclusão, restaurações incorretas, relação oclusal traumática, oclusão funcionalmente incorreta, interferências oclusais, contatos oclusais defeituosos.

Manifestações Psicológicas e Comportamentais

Estudos relatam que indivíduos ansiosos, estressados e/ou com personalidade inconstante são mais freqüentemente acometidos pelo bruxismo. Devemos analisar fatores como: nível social, habitat, hábitos alimentares, etc., pois associados às manifestações descritas anteriormente, pode levar-nos a um correto diagnóstico.

As sintomatologias podem ser relatadas pelo próprio paciente consciente desse hábito, ou relatadas por pessoas que convivem com esse paciente bruxômano, pois pelo bruxismo ser um reflexo subconsciente não controlado, muitas vezes ele é desconhecido pelo paciente, por isso é necessário estabelecer diagnóstico preciso e precoce antes que o ciclo vicioso resulte em um dano permanente.

O bruxismo pode se manifestar como uma forma simbólica de responder as demandas e ao estresse psicossociais do cotidiano sendo, para muitas pessoas, a maneira de descarregar as tensões e conseqüentemente produz aumento na atividade muscular e contratura.

Para alguns autores, a questão da frustração como sendo causa principal da tensão emocional.

Manifestações Sistêmicas

Determinadas patologias, como as do SNC (autismo, eplepsia, paralisia cerebral), problemas alérgicos, disfunções hormonais, (hipertireodismo), deficiências nutricionais (hipocalcemias, avitaminose), disfunções urológicas recorrentes, uso de medicamentos, desordem do sono, são algumas das etiologias responsáveis pela manifestação do bruxismo.

Herança familiar

Outro fator que deve ser considerado durante a anamnese é a casuística familiar, para muitos autores o bruxismo é hereditário.

SEXO E FAIXA-ETÁRIA

A faixa-etária predominante de pessoas com bruxismo é em média de 20 a 40 anos de idade. Já no que diz respeito ao sexo, o feminino é cerca de três vezes maior que o sexo masculino, isso se deve a alguns fatores como: a constituição física da mulher ser mais frágil, a anatomia da articulação, sendo que há menor quantidade de células com potencial de diferenciação, condições hormonais, e ao baixo limiar para os mesmos sintomas.

No entanto, há um consenso de que síndromes ligadas ao estresse, que resultam em estados emocionais negativos, sejam os responsáveis pelo predomínio da incidência do gênero feminino associado ao maior interesse delas pela sua saúde.

TRATAMENTO

Não existe tratamento definitivo para o bruxismo devido a grande variedade de fatores etiológicos, o que também dificulta a obtenção do diagnóstico. Devemos evidenciar os fatores causais da disfunção e com isso estabelecer o tratamento com o objetivo principal de eliminar as causas do bruxismo.

Pra que o tratamento se torne mais eficaz, é importante que o profissional explique ao paciente sobre a disfunção, os hábitos parafuncionais e o porquê que estes ocorrem. Com a conscientização do paciente acerca dos sinais, sintomas, etiologia e formas de tratamento, de forma compreensível, contribui para a diminuição da tensão psíquica em que o paciente se encontra e com isso vamos obter melhores resultados terapêuticos através da ruptura do padrão neuromuscular habitual.

A psicoterapia, auto-sugestão para pacientes conscientes do hábito e a hipnose são tratamentos possíveis, porém seus efeitos não são muito significativos ou poderá, até mesmo, aumentar a tensão psíquica vivenciada pelo paciente.

Pode-se realizar fisioterapias através de sete sessões com o mioestimulador transcutâneo (TENS-14), de trinta minutos cada, sendo dez minutos em alta freqüência e o tempo restante associado com a baixa freqüência, para eliminar dores musculares e tensões em ombros e pescoço. Indicar ao paciente, aplicações de compressas quentes e úmidas no rosto, três vezes ao dia, por 15 minutos. Estes tratamentos fisioterápicos diminuem temporariamente o desconforto da tensão muscular ocasionado pelo bruxismo, mas não elimina a causa podendo o hábito retornar quando a tensão psíquica do paciente diminuir o nível de tolerância para com a desarmonia oclusal.

Orientar o paciente para não dormir em posição que aplicasse pressões à mandíbula, cabeça e/ou pescoço e para manter posturas adequadas em

estado consciente, alertando ao paciente para perceber e interromper os hábitos orais viciosos.

O uso de terapia alopática visa diminuir a tensão psíquica, porém assim que a terapêutica é interrompida, o bruxismo retorna. Além disso, é perigoso causar dependência pelo paciente quando há uso prolongado dos medicamentos.

A eliminação de dores e desconfortos bucais através de patologias dentárias, deve ser realizada, pois terá efeito favorável sobre o bruxismo. A terapia por ajuste oclusal através da eliminação das interferências oclusais não é indicada por muitos autores por ser um procedimento invasivo, não conservador e sem efetividade terapêutica comprovada. Porém outros autores indicam o ajuste oclusal se o desgaste causado pelo hábito parafuncional não tenha alterado a dimensão vertical o que poderá interromper o bruxismo ou então reduzem-no para não prejudicar o sistema mastigatório.

Quando o grau de desgaste é muito severo no qual a perda de estrutura dentária comprometeu a anatomia, o tratamento restaurador através de coroas totais ou parciais é indicado para restabelecer a morfologia perdida e assim propiciar uma oclusão estável e balanceada. Além disso, aplicando os princípios oclusais e utilizando material restaurador apropriado, se proporciona estética, assim como o restabelecimento das guias de oclusão do paciente.

O uso da placa oclusal (também chamada de férula oclusal, Placa Interoclusal ou Placa Miorrelaxante), é a terapêutica inicial de eleição, pois irá alterar todos os contatos prematuros eliminando os contatos desencadeantes. Utilizar a placa oclusal modelo de "Michigan" que é uma placa estabilizadora, confeccionada com resina acrílica e com guias específicas (protrusivas e caninas) com um mínimo aumento possível da dimensão vertical, adaptada ao arco superior devendo os contatos oclusais em oclusão cêntrica, lateralidades e protusão serem ajustadas periodicamente. A função da placa é de proteger os dentes e demais componentes do sistema mastigatório durante as crises de bruxismo e reduzir a atividade eletromiográfica dos músculos logo após a sua

inserção, controle do trauma de oclusão, eliminação da dor e do desconforto, associado ou não a DTM. Embora as placas possam desgastar com o tempo de uso, a sua reabilitação é menos problemática do que a da estrutura dentária afetada. A placa atua eliminando a informação proprioceptiva e rompendo o ciclo vicioso de contração muscular sustentada, de forma que os músculos recuperam seu tônus fisiológico e eliminam temporária ou definitivamente o reflexo de apertamento. Também, os côndilos ficam numa posição musculoesquelética mais estável e ao mesmo tempo os dentes ficam em contato bilateral simultâneo e sem contatos prematuros em cêntrica. Portanto, o uso da Placa Miorrelaxante seria um tratamento sintomático, porém o ideal seria o tratamento dos estados tensionais, estressantes ou ansiosos que produzem o bruxismo.

O tratamento proposto deve se basear no contexto biopsíquicosocial do paciente melhorando a qualidade dos atendimentos a fim de adquirir mais informações sobre o paciente em si e não apenas realizar o tratamento do sistema estomatognático. Diante disso, o cirurgião dentista obterá mais subsídios e segurança para realizar um diagnóstico e tratamento. Se for necessário, solicitamos opinião e intervenção de um psicólogo.

Existem ainda alguns tratamentos alternativos que vem sendo utilizados, como a acupuntura, homeopatia e “ Florais de Bach “ .

CONCLUSÃO

Então o bruxismo vem a ser um hábito parafuncional, que pode ocorrer tanto durante o dia (consciente) quanto durante à noite (inconsciente) acompanhado ou não de outros hábitos parafuncionais, podendo este trazer inúmeros danos ao sistema estomatognático, ocorrendo mais em adultos jovens e principalmente em mulheres. Embora tenha sido estudada extensivamente uma possível relação causa e efeito , existem ainda espaços vazios no conhecimento atual. Mas é sabido que o bruxismo vem a ser uma síndrome de etiologia multifatorial, nos quais o nível de estresse juntamente com problemas relacionados a oclusão vem a ser os maiores fatores

causadores desta manifestação. Portanto, o bruxismo deve ser tratado de forma multidisciplinar em que o cirurgião dentista deve trabalhar juntamente com o psicólogo e o médico. Assim, quanto maior a conscientização do paciente sobre o hábito, melhor o prognóstico e mais motivação terá para prosseguir o tratamento.

UNITERMOS: Bruxismo, Desgaste Dentário, Hábito Parafuncional, ...

UNITERMS: Bruxism, Tooth Wearing, Parafunctional Habit, ...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 01- ASH, M.M.; RAMFJORD, S.P.; SCHMIDSEDER, J. *Oclusão*. São Paulo: Santos, 2ª ed., 2001.
- 02- BARRA, V.S.O . Desordem Temporomandibular e Estresse: Uma Estreita e Significativa Relação. *Revista de Serviço ATM*, v. 02, n. 02, p.55-58, jul/dez, 2002.
- 03- BONACIN FILHO, V. Bruxismo (Revisão Bibliográfica). *Dens - Fase II*, 04 (1-2): 13-21, jan/dez, 1988.
- 04- GARCIA, P.P.N.S.; CORONA, S.A .M.; PINTO,A .S.; SAKIMA,T. Verificação da incidência de bruxismo em pré escolares. *Odontologia Clínica- apcd*. v. 05 a. 02, p. 119-122, jul/dez, 1995.
- 05- HENRIQUES, S.E. F. Efeitos de Placas Oclusais Totais Rígidas e Resilientes sobre a Atividade Muscular Noturna de Pacientes com Diagnóstico Confirmado de Parafunção. *Arq. Cent. Estud. Curso Odontol.*, B. Horizonte , 29 (1),p. 35-40, jan/jun, 1992.
- 06- HOTTA, T.H.; MAZZETTO, M.O.; FELÍCIO, C.M.; SILVA, F.T.L.; OKINO, M.C.N.H. Bruxismo: Terapêutica Multidisciplinar. *Robrac*, a . III, n. 07, p.14-17, jun, 1993.
- 07- LELES, C.R.; MELO, M. Bruxismo e Apertamento Dental- Uma Conduta Clínica Racional. *ROBRAC*, a . V, n .15, p. 22-26, ago, 1995.

- 08- MATSUMOTO, W.; CURY, A.P.S.T.G. Uso de Placas de Mordida Totais e parciais no Tratamento das Desordens Temporomandibulares. *OM*, v. XXI, n.01, p. 11-16, jan/fev, 1994.
- 09- SIGARONDI, K.; KNAP,F.J. Análise dos movimentos mandibulares em pacientes com estalido temporomandibular. *J. Prost. Dent.* 50: 02, August, 1983.
- 10-CAMACHO, G .B.;CORREA, A .S. Estudo inicial sobre a demanda de pacientes com Disfunção da Articulação Temporomandibular. *E. Extensão.* v. 07 a. 01, p. 71-74, Jul, 2002.
- 11- SILVESTRE, S.R.P.; SALLES, B.W.; CARDOSO, A.C.; ASCKAR,E.M. Oclusão na Odontologia Estética e Restauradora: Reconstrução Estética de Pacientes Bruxômanos com Resina Composta. *RBO*, p.26-28, v.LI, n.04, jul/ago, 1994.
- 12- TEIXEIRA, M.; RIBEIRO, C.P.; QUEIROZ, A.; PERDOMO, G.W. Bruxismo: O Desgaste Dental em Resposta à Interferência Oclusal e ao Stress. *ROBRAC*, p. 08-13, v. 04, n. 13, 1994.
- 13- KURT, JR.F . A tragédia da vida privada. *Rev ABO*, p. 354-356, v. 05, n.06, dez/jan 1998.
- 14- RUELLA, A, C, et al. Prevalência de bruxismo em 277 pacientes portadores de Desordens Temporomandibulares. *Rev Pós- grad*, p. 70-75, v. 08, n. 01, jan/mar 2001.
- 15- GUMIEIRO,E ,H, et al. Desordens Temporomandibulares estresse e gênero. *Rev Paulista de Odont*, p. 19-22 , n. 06, Nov/Dez 2002.
- 16- LISBOA, M, C, M, S,; LUZ, J, G, C. A placa interoclusal no tratamento do briqueísmo. *Rev Odont da UNICID*, p. 121-126, v. 14, n. 02, Maio/Ago 2002.
- 17- OLIVEIRA, M, E,; CARMO, M, R, C, *Rev CROMG*, p. 183-186, v. 07, n. 03, set/dez 2001.
- 18- RODRIGUES, L,; et al. Frequência dos hábitos parafuncionais e suas manifestações clínicas em pacientes com disfunções da articulação temporomandibular. *Rev Odontol. UNICID*, p. 113-123, v. 02, maio/ago 2001.
- 19- ZIELINSKY, L. Bruxismo y dolor crónico orofacial. *Rev Ateneo Argent Odontol*, p. 6-15, v. 41, n. 01, ene/dic 2002.

20- GONZALES, M. C.; et al. Estudio clínico de la hipertrofia maseterina. Acta Odontol. Venez, p. 18-24, v. 36, n. 02, 1998.

#####