

# Bruxismo: uma visão multidisciplinar

## Bruxism: a multidisciplinary vision

CARDOSO, Lucienne de Carvalho\*  
MORALES, Vanessa Pires\*\*  
OLIVEIRA, Alline Jesuino de\*\*

### INTRODUÇÃO

A palavra bruxismo tem origem no grego – brychein<sup>9,10</sup> - e significa ranger ou apertar e travar os dentes<sup>1,19</sup>. Em odontologia, o termo é usado para definir o contato estático ou dinâmico da oclusão dentária, desencadeado por uma série de fatores não relacionados às funções normais da mastigação, da deglutição ou da oclusão funcional de repouso<sup>9,20</sup>.

Face a este aspecto, considera-se o bruxismo um hábito parafuncional, observado tanto na criança como no adulto<sup>1</sup>, de forma inconsciente e espontânea, repercutindo, assim, sobre ambas as dentaduras<sup>20</sup>.

O estudo de seus fatores etiológicos tem sido um grande desafio, uma vez que parecem depender não somente das causas dentais, mas também sistêmicas, psicoemocionais, hereditárias e idiopáticas<sup>1,17,20</sup>.

O diagnóstico deste hábito é baseado na observação de sinais e sintomas clínicos e radiográficos<sup>2</sup> manifestados principalmente nos dentes, periodonto, múscu-

los mastigatórios, articulação temporomandibular e estado emocional do paciente<sup>8,20</sup>, o qual pode participar das causas e efeitos.

Em função da multicausalidade deste hábito deletério, todas as tentativas de terapêutica devem ser baseadas em um planejamento que envolva uma equipe multidisciplinar, constituída de psicólogo, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, entre outros; todos trabalhando em função de reestabelecer a forma e função alteradas pelo hábito. Esta é a abordagem sob a qual desenvolver-se-á o presente artigo.

### REVISÃO DE LITERATURA

TEIXEIRA<sup>20</sup> et al (1994), citando REDING<sup>18</sup> et al (1966), diz que o bruxismo ou ranger de dentes noturno pode ser definido como uma interrupção da posição fisiológica de repouso mandibular, que ocorre durante o sono e resulta de contrações rítmicas exacerbadas dos músculos: masseter, temporal e pterigóideo medial. Uma das principais

### RESUMO

O bruxismo, por ser um hábito de etiologia multifatorial, exige um tratamento interdisciplinar envolvendo o cirurgião-dentista, o psicólogo, o fonoaudiólogo e o otorrinolaringologista. A atuação de cada um desses profissionais é descrita, discutida e ilustrada neste ensaio, tendo por base uma revisão de literatura.

### UNITERMOS

Bruxismo; Placas interoclusais; Ranger; Hábito parafuncional.

\*Cirurgiã-dentista. Especialista em Odontopediatria. Prof. da disciplina de Odontopediatria da FOA. Coordenadora do S.O.S. Odonto da FOA.

\*\*Acadêmicas do 10º período de Odontologia da FOA.

causas desse hábito parafuncional é o fator psicogênico, que em investigações prévias tem demonstrado que as variações de personalidade são responsáveis pela iniciação do bruxismo.

O bruxismo também pode ser classificado, segundo ORTEGA<sup>15</sup>, (1988), como cêntrico (apertamento maxilo-mandibular) e excêntrico (rangimento). Ambas as modalidades se referem a uma dualidade etiológica: desarmonia oclusal e o fator psicoemocional, geralmente. Por isso, deve-se deduzir que seu tratamento deverá ter, necessariamente, finalidade de eliminar o "stress" psíquico e a desarmonia oclusal, sendo esta última considerada de grande relevância.

## 1. Fatores etiológicos

Quanto aos fatores etiológicos, vários são apontados por diversos autores como sendo os responsáveis pela instalação do bruxismo, mas ainda são muito complexas e indefinidas as causas deste hábito bucal deletério.

MULLER<sup>12</sup>, et al (1982), em seus estudos, ressaltaram que, ao se provocar um estado de frustração em macacos, observou-se um aumento considerável na atividade de mordida. No entanto, CABRE<sup>6</sup> (1985) sugeriu que os bruxistas não seriam mais agressivos que os não bruxistas, mas que tendem a usar seu sistema estomatognático para descarregar seus sentimentos de agressividade.

Porém segundo PAVONE<sup>17</sup> (1985), os fatores etiológicos vão além dos psicogênicos e classificam-se em: 1) dentais; 2) psicoemocionais; 3) sistêmicos; 4) ocupacionais; 5) idiopáticos e 6) hereditários.

Por outro lado, BONACIN<sup>5</sup> (1988) relatou que o ranger dos dentes também foi observado em pacientes com algumas alterações sistêmicas, como deficiências nutricionais e vitamínicas, alergias, parasitoses, onde a taxa de imunoglobulina está aumentada e a eosinofilia presente.

Em relação ao fator etiológico "dental", OLIVEIRA<sup>14</sup> et al (1988) afirma que qualquer tipo de interferência oclusal pode ser a causa de iniciação do bruxismo. Mas, na realidade, o que ocorre é uma

somatória de fatores intra e extra-bucais. Inicia-se com uma pequena interferência em pessoas com grande tensão, enquanto que, em pessoas com tensão e interferências pequenas, não se instala da mesma forma.

A posição de dormir também interfere na instalação do bruxismo, como asseguram PAIVA<sup>16</sup> et al (1992) sobre as posições laterais ou ventrais; pois a mandíbula é forçada para que os dentes, as articulações temporomandibulares e estruturas associadas suportem a cabeça.

SHINKAI<sup>19</sup> et al (1998), citando ARNOLD<sup>3</sup> (1981), demonstraram as consequências do bruxismo como sendo desgaste da superfície dentária e desconfortos articulares e musculares, além de, no caso da forma excêntrica, devido às forças não axiais geradas nos dentes, poder atuar como um coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva em crianças. Pode, também, contribuir para o desenvolvimento de falsa classe III, acelerar a rizólise de dentes decíduos e provocar alterações na cronologia de erupção dos permanentes, bem como favorecer os apinhamentos dentais.

## 2. Tratamento

Várias são as formas de tratamento para um paciente bruxista, mas deve-se sempre considerar cada caso individualmente para alcançar melhores resultados perante os profissionais envolvidos.

Resultados obtidos por MOSS<sup>11</sup> et al (1982) demonstraram claramente a eficácia do biofeedback na redução do comportamento bruxista durante o tratamento.

Portanto, TEIXEIRA<sup>20</sup> et al (1994), referenciando DURSO & BEAUCLAIR<sup>7</sup> (1998), apontam quatro objetivos gerais no tratamento do bruxismo: 1) redução da tensão física; 2) tratamento dos sinais e sintomas; 3) minimização de irritações oclusais; 4) rompimento do padrão neuromuscular habitual (baseado em Mikami).

ARITA<sup>2</sup> et al (1990) afirmam, em sua literatura, que é aconselhável observar o comportamento do paciente diante do cirurgião-dentista durante a anamnese. Idêntica e cuidadosa atenção deve ser dada na busca de sinais e sintomas do

bruxismo para definir a área a ser abrangida no tratamento.

Segundo NOR<sup>13</sup> et al (1991), em odontopediatria, as constantes modificações decorrentes do desenvolvimento e crescimento dos arcos dentários e seu relacionamento tornam particularmente complexo o diagnóstico e planificação de tratamento destas entidades clínicas.

Nunca deve-se esquecer o bom relacionamento entre o profissional e o paciente durante o tratamento, como afirmam HOTTA<sup>9</sup> et al (1993), complementando também com a eletroestimulação transcutânea para eliminar dores musculares e tensão em ombros e pescoço; a placa interoclusal e a integração entre os diversos profissionais: psicólogo, fonoaudiólogo, odontólogo.

Os tratamentos propostos para o bruxismo, segundo ALVES<sup>1</sup> et al (1993) abrangem vários aspectos: o dentário, o médico e o psicológico, sendo que o ajuste oclusal deve ser o primeiro passo, sendo considerado de difícil realização.

TEIXEIRA<sup>20</sup> et al (1994), fazendo referência a ATTANASIO<sup>4</sup> (1991), assinalam que faz-se necessária a conscientização do paciente, pelo profissional, quanto à relação entre os hábitos parafuncionais e os fatores desencadeantes, o que possibilitará uma maior eficiência no tratamento.

Entretanto, as propostas de tratamento segundo THOMPSON<sup>21</sup> et al (1994) devem ser variadas, pois existem múltiplos casos de bruxismo, exigindo, apesar disso, a união entre o paciente, o odontólogo e o médico para cuidar do mesmo.

### 2.1. Atuação do cirurgião-dentista

1. Anamnese<sup>13</sup>. (Vide a ficha em anexo)

2. Exame clínico<sup>13</sup>.

a) observação do caminhar, da postura, presença de assimetrias ou de edema facial, hábitos viciosos de deglutição, onicofagia e características de sua respiração<sup>13</sup>.

b) palpação dos músculos mastigatórios, supra-hióideos, cervicais e da cabeça, ATM, afim de diagnosticar nódulos, áreas hipertônicas, áreas espásticas e pontos-gatilhos<sup>13</sup>.

c) auscultação da oclusão dentária (para a detecção de prematuridades) e ATM (para detecção de *click* e crepitação)<sup>13</sup>.

d) observação dos movimentos mandibulares em abertura, fechamento, lateralidade, protrusão e retrusão<sup>13</sup>. (Figura 1)

e) avaliação dos tecidos moles por meio de inspeção visual e tátil, para a verificação da presença de marcas de mordidas, ulcerações ou sulcos e presença de marcas de apertamento nas bochechas e lábios<sup>13</sup>.

f) detecção de alterações na forma, nas funções sensoriais e motoras da língua<sup>13</sup>.

g) análise imediata da oclusão por meio das avaliações morfológica e funcional<sup>13</sup>.

h) análise mediata da oclusão por meio do uso de articuladores<sup>13</sup>.

i) avaliação da função neuromuscular através da observação clínica de posição postural e movimentação orientada<sup>13</sup>.

3. Indicação de exames radiográficos quando há suspeitas de alterações degenerativas, estruturais ou neoplásicas<sup>13</sup>.

4. Orientação quanto à posição de dormir<sup>16</sup>, à necessidade de percepção e interrupção dos hábitos bucais<sup>20</sup>, quanto ao uso de drogas<sup>20</sup>, compressas quentes.

5. Confecção da placa interoclusal<sup>20</sup>.

6. Ajuste oclusal visando a eliminação de interferências oclusais<sup>20</sup>. (Figura 2)

7. Indicação de tratamento restaurador quando uma oclusão estável e equilibrada não pôde ser estabelecida apenas por meio de ajuste oclusal<sup>20</sup>.

8. Encaminhamento, quando necessário, ao psicólogo, fonoaudiólogo e/ou otorrinolaringologista.

## 2.2. Atuação do psicólogo

1. Reconhecimento do estado emocional. (Figura 3)

- Estados de ansiedade e depressão<sup>13</sup>.
- Situação de "stress" emocional<sup>13</sup>.
- Expressão de medo<sup>13</sup>.
- Timidez e agressão reprimida.
- Crianças em fase de auto-afirmação<sup>13</sup>.
- Crianças que participam de atividades e campeonatos esportivos<sup>13</sup>.
- Crianças que são cobradas em demasia nas atividades escolares<sup>13</sup>.
- Crianças que atuam em atividades meticolosas e precisas<sup>13</sup>.

2. Redução da tensão psicológica<sup>7</sup>. (Figura 4)

## 2.3. Atuação do fonoaudiólogo

1. Detecção de alterações das funções reflexo-vegetativas (sucção, respi-



FIGURA 01. Observação dos movimentos mandibulares em abertura e fechamento.



FIGURA 02. Ajuste oclusal visando a eliminação de interferências oclusais.



FIGURA 03. Condicionamento da criança.



FIGURA 04. Treinamento autôgeno onde a criança inspira levantando a cabeça e expira abaixando a mesma.



FIGURA 05. Detecção das funções musculares (lábio, língua).



FIGURA 06. Exercícios mastigatórios com o garrote médio.



FIGURA 07. Detecção de obstrução das vias aéreas superiores.

ração, mastigação e deglutição)<sup>9</sup>. (Figura 5)

2. Exercícios de relaxamento<sup>9,20</sup>.
3. Massagem<sup>20</sup>.
4. Fisioterapia<sup>20</sup>. (Figura 6)

#### 2.4. Atuação do otorrinolaringologista.

1. Detecção de obstrução das vias aéreas superiores. (Figura 7)
  - Alergia.
  - Hipertrofia de amígdalas palatinas.
  - Hipertrofia de adenóides.
  - Desvio de septo nasal.
  - Tumoração nasal.
  - Causas infecciosas, tais como sinu-

sites, rinites virais/bacterianas e adenóides virais/bacterianas

2. Identificação das causas da respiração bucal.
3. Tratamento medicamentoso e/ou cirúrgico.\*

#### CONCLUSÃO

O bruxismo como estado patológico dependente de uma série de fatores causais, continua sendo um desafio para o tratamento com sucesso, ou seja, a obtenção de resultados permanentes e definitivos não pode ser garantida. A atuação do psicólogo, do fonoaudiólogo e do otorrinolaringologista, somada aos esfor-

ços da terapêutica odontológica, deve, sempre que possível, ser indicada, a fim de se obter melhores resultados.

#### SUMMARY

The bruxism, for being a habit of multifactorial etiology, demands an interdisciplinary treatment involving the dentist, the psychologist, the fonoaudiologist and the otorrinolaringologist. The performance of each one of those professionals is described, discussed and cultured based on a literature review.

#### UNITERMS

Bruxism; Interclusals plates; To sreech; Parafuncional habit .

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, V. C. S. et al. Alguns aspectos do bruxismo de interesse do odontopediatra. **Rev de Odontopediatria**; v. 3, n. 2, p. 157- 162, Jul – ago – set. 1993
2. ARITA, C. A. et al. Alterações provocadas pelo bruxismo. **RGO**; v. 38, n. 4, p. 257-261, Jul – ago. 1990.
3. ARNOLD, M. Bruxism and occlusion. **Dent Clin N Ameri**; v. 25, n. 3, p. 395-407, Jul. 1981.
4. ATTANASIO, R. Noturnal bruxism and its clinical management. **Dent Clin North Am**; v. 35, n. 1, p. 245-252, Jan. 1991.
5. BONACIN, V. Bruxismo (revisão bibliográfica). **Dens Fase II**; v.4, p. 6-9. 1988.
6. CABRE, J. S. Bruxism y su repercusión clinica sobre la oclusion. **Rev Actual Estomatol Esp**; v. 45, n. 343, p. 37-44, Jan-fev. 1985.
7. DURSO, B. C.; BEAUCLAIR, B. S. Bruxismo noturno: aspectos clínicos e tratamento. **Rev do CRO MG**; v. 4, n. 2, p. 90-92, Jul – dez. 1998.
8. GLAROS, A. G. & RAO, S. M. Effects of bruxism: A review of the literature. **J Prosth Dent**; v. 38, p. 149-157. 1977.

\*Informações concedidas pelo Dr. Paulo César dos Reis. (Otorrinolaringologista)

9. HOTTA, T. H. et al. Bruxismo: terapêutica multidisciplinar. **ROBRAC**; v. 3, n. 7, p. 14-17. 1993.
10. MOLINA, O. F. **Fisiopatologia crânio mandibular (oclusão e ATM)**. São Paulo: Pancast editorial, 1989. p. 235-263.
11. MOSS, R. A. et al. A more efficient biofeedback procedure for the treatment of nocturnal bruxism. **J Oral Rehab**; v. 9, p. 125-131. 1982.
12. MULLER, E. et al. Bruxismo: revision bibliografica. **Acta Odont Venez**; v. 20, n. 374, p. 115-142, 1982.
13. NOR, J. E. et al. Bruxismo em crianças. **R Fac Odontol Porto Alegre**; v. 32, n. 1, p. 18-21, Jul. 1991.
14. OLIVEIRA, G. R. et al. Bruxismo. **Rev Actual Estomatol Esp**; v. 48, n. 379, p. 29-36, Dec. 1988.
15. ORTEGA, A. C. Tratamento del bruxismo. **Rev Actual Estomatol Esp**; v. 48, n. 379, p. 29-36, Dec. 1988.
16. PAIVA, H. J. de et al. A síndrome do desgaste durante o sono. **ROBRAC**; v. 2, n. 5, p. 25-30. 1992
17. PAVONE, B. W. Bruxism and its effects on the natural teeth. **J. Prosth Dent**; v. 54, p. 692-696. 1985
18. REDING, G. R. et al. Incidence of bruxism. **J Dent Res**; v. 45, n. 4, p. 1198-1204, Jul-ago. 1966.
19. SHINKAI, R. S. A. et al. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. **Rev Odontol Univ São Paulo**; v. 12, n. 1, p. 29-37, Jan-mar. 1998.
20. TEIXEIRA, M. et al. Bruxismo: o desgaste dental em resposta à interferência oclusal e ao stress. **ROBRAC**; v. 4, n. 13, p. 8-13. 1994.
21. THOMPSON, B. A. et al. Treatment approaches to bruxism. **American Family Physician**; v. 49, n. 7, p. 1617-1622, May. 1994

## ANEXO

### AVALIAÇÃO DO PACIENTE ODONTOPEDIÁTRICO COM BRUXISMO

- I - 01 - Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 02 - Responsável \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 03 - Relacionamento familiar \_\_\_\_\_ Tem irmão? \_\_\_\_\_  
 04 - Aprendizado e comportamento escolar \_\_\_\_\_  
 05 - Como dormir? \_\_\_\_\_ Dorme sozinho? \_\_\_\_\_  
 06 - Sofre ansiedade/ \_\_\_\_\_  
 07 - Temperamento \_\_\_\_\_  
 08 - Estado civil dos pais \_\_\_\_\_

- II - Quando iniciou o hábito de bruxismo? \_\_\_\_\_  
 Relação com fase de maior stress? \_\_\_\_\_  
 Relação com remoção de outro hábito \_\_\_\_\_  
 É temporário ou contínuo? \_\_\_\_\_  
 Frequência? Só de dia [ ] Só à noite [ ] Dia e noite [ ]  
 Mastigação uni ou bilateral? \_\_\_\_\_  
 Acusa dor na ATM? Algum desconforto ao acordar? \_\_\_\_\_  
 Já tomou alguma medida em relação a remoção do hábito? \_\_\_\_\_  
 Outros hábitos? \_\_\_\_\_

- III - Estado de saúde \_\_\_\_\_

- IV - Alimenta-se bem? \_\_\_\_\_  
 Consistência da alimentação \_\_\_\_\_

- V - Relação molar decíduo \_\_\_\_\_  
 Relação molar permanente \_\_\_\_\_  
 Relação anterior \_\_\_\_\_  
 Esfoliação precoce \_\_\_\_\_  
 Perdas prematuras \_\_\_\_\_  
 Contatos prematuros em O.C. \_\_\_\_\_  
 Contatos prematuros em R.C. \_\_\_\_\_  
 Contatos prematuros lado de trabalho \_\_\_\_\_  
 Contatos prematuros lado de balanceio \_\_\_\_\_  
 Contatos prematuros em protrusão \_\_\_\_\_  
 Aumento do espaço periodontal \_\_\_\_\_  
 Rarefação do osso alveolar \_\_\_\_\_  
 Reabsorção radicular \_\_\_\_\_  
 Calcificações pulpareas \_\_\_\_\_  
 Inflamação gengival \_\_\_\_\_  
 Mobilidade dentária \_\_\_\_\_  
 Bolsa periodontal \_\_\_\_\_

- VI - Exames solicitados \_\_\_\_\_

- VII - Tratamento recomendado \_\_\_\_\_

- VIII - Resultado \_\_\_\_\_