
REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES COM BRUXISMO: O PAPEL DA ODONTOLOGIA RESTAURADORA

ORAL REHABILITATION IN BRUXIST PATIENTS: RESTORATIVE DENTISTRY PROFILE

Gabriela Aniceto de Sousa OLIVEIRA¹
Lúcia Carneiro de Souza BEATRICE²
Silvana Freitas Souza LEÃO³

Endereço para correspondência
Pós-graduação em Odontologia
Av. Prof. Moraes Rego 1235,
Cidade Universitária, Recife-PE
e-mail: luciabeatrice@uol.com.br

1 – Especialista em Dentística.
2 – Prof^a Associado 1 do Depto de Prótese e Cirurgia
Bucco Facial - CCS - UFPE
3 – Prof^a do VI Curso de Especialização em Dentística –
CCS - UFPE

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura de modo a guiar o profissional sobre o papel da dentística restauradora no tratamento do bruxismo, que é um hábito parafuncional caracterizado como o apertar ou ranger de dentes, que acontece durante o dia (bruxismo cêntrico) ou à noite (bruxismo excêntrico). Sua etiologia sugerida é multifatorial englobando fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e hereditários. Tendo em vista a alta prevalência do bruxismo e as suas consequências muitas vezes irreversíveis ao sistema mastigatório, cabe ao cirurgião-dentista procurar realizar um diagnóstico precoce deste hábito parafuncional. Sabe-se que o bruxismo é considerado um importante fator etiológico das desordens do sistema estomatognático, assim como pode ser um dos fatores causais preponderantes no fracasso da odontologia restauradora. Embora ainda desconhecido o tratamento para eliminar permanentemente o bruxismo, o cirurgião-dentista deve realizar um correto diagnóstico e optar então por uma terapia de controle conservadora, reversível e não invasiva, controlando e revisando o paciente periodicamente.

UNITERMOS: Bruxismo, Tratamento, Reabilitação.

ABSTRACT

The goal of this work was going to do a current literature revision so as to guide the professional on dentistic role restoring in bruxism treatment, which is a parafunctional habit characterized as to press it or to creak of teeth that happens during the day (centric bruxism) or at night (eccentric bruxism). Your suggested etiology is multi factorial joining local factors, systemics, psychological, occupational and hereditary. Having in mind bruxism high prevalence and her many times irreversible consequences to the masticatory system, it fits to the surgeon-dentist try to accomplish a precocious diagnosis of this habit parafunctional. It knows which bruxism is considered an important ettyologic factor of the system stomatognathic disorders, as well as it can be one of the preponderant causal factors in the restoring odontology failure. However still unknown the treatment to eliminate permanently bruxism, the surgeon-dentist must accomplish a correct diagnosis and to opt then for a therapy of conservative, reversible control and not invade, controlling and proofreading the patient periodically.

UNITERMS: Bruxism, Treatment, Rehabilitation

INTRODUÇÃO

O bruxismo, segundo Okeson³³(1992), é uma atividade para funcional do sistema mastigatório que inclui apertar ou ranger os dentes, em nível subconsciente, onde os mecanismos de proteção neuromuscular estão ausentes, o que pode acarretar danos ao sistema mastigatório e desordens temporomandibulares. A etiologia do bruxismo é atribuída a fatores locais, sistêmicos, psicológicos e hereditários. Em relação aos fatores locais, as interferências oclusais podem ser consideradas como o principal fator desencadeante do bruxismo. Já correlações entre maloclusão e bruxismo não são consistentes. Os distúrbios sistêmicos tais como deficiências nutricionais, alergias, parasitoses intestinais e desordens endócrinas, têm sido implicados como fatores causais do bruxismo. Os distúrbios neurológicos, como autismo e paralisia cerebral, também estão fortemente indicados como fatores de risco, e o aspecto psicológico é considerado um fator importante na psicofisiologia do bruxismo. Os indicadores clínicos que nos levam ao diagnóstico desta parafunção variam individualmente e podem ser apresentados pela atrição e desgaste das facetas dentais, dores faciais atípicas, odontalgia atípica, comprometimento periodontal e da mucosa bucal e interferências oclusais^{7, 10, 20}. Baseado no fato de que o bruxismo produz diversos sinais e sintomas prejudiciais à saúde do paciente, torna-se evidente a necessidade de se instituir algum tipo de tratamento que leve à sua diminuição ou eliminação. O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o papel da dentística restauradora no tratamento do bruxismo de modo a estabelecer um conjunto de critérios que orientem o profissional na condução dessa terapia.

REVISÃO DA LITERATURA

Definição e conceito

O bruxismo é conceituado como atrição rítmica dos dentes em movimentos não-mastigatórios da mandíbula, ocorridos especialmente durante o sono. O termo bruxismo deriva da palavra grega “*bruchein*”, que significa apertamento, fricção ou atrito dos dentes entre si sem finalidades funcionais. As referências mais antigas que temos sobre o bruxismo são aquelas descritas na Bíblia, que apresentam o ranger dos dentes associado ao sofrimento e à punição divina. Ainda que a maioria das pessoas, em alguma época da sua vida, realize atividade de bruxismo, é a repetição periódica e crônica que caracteriza a patologia. Bruxismo é a condição na qual a

contração rítmica dos músculos masseteres provoca contato firme das arcadas dentárias levando geralmente a som de ranger de dentes, sendo que este comportamento pode ocorrer tanto no sono quanto na vigília^{2, 14, 19, 20, 32}

Etiologia

A etiologia do bruxismo é multifatorial, podendo ser classificado em fatores locais (oclusão traumática, trauma dental, contato prematuro, restaurações com excesso, cistos dentígeros, erupção atípica da dentição decídua ou permanente); fatores sistêmicos (deficiências nutricionais, parasitoses, pacientes portadores de Síndrome de Down, distúrbios gastro-intestinais, por reação alérgica a medicamentos, descontrolo enzimático da digestão, danos cerebrais mínimos, efeitos secundários a medicamentos, retardo mental, paralisia cerebral); fatores psicogênicos (tensão emocional, problemas familiares, conflitos no trabalho, crises existenciais); fatores ocupacionais (práticas de esportes de competição); fatores hereditários¹⁶. Serralta; Freitas²⁷ (2002), avaliaram 40 sujeitos: 20 com bruxismo e 20 sem bruxismo e constataram que os bruxômanos apresentam personalidade mais ansiosa e depressiva que os não bruxômanos.

Drummond; Seraidarian¹² (2003) destacaram que em alguns indivíduos portadores de distúrbios neurológicos, usuários de medicamentos neurolépticos e anticonvulsivantes, foi detectada a presença do bruxismo, assim como esta parafunção estaria associada aos indivíduos portadores de alteração cerebral, usuários de levodopa. De acordo com Zuanon, *et al*⁴³. (1999), o bruxismo fora associado ao uso de antidepressivo venlafaxina, sendo, da mesma forma, comumente associado ao uso de antipsicóticos e antidepressivos, anfetaminas, levodopa, agentes bloqueadores de dopamina e da recaptção de serotonina. Deve-se também observar fatores sistêmicos como deficiências nutricionais, infecções e parasitas intestinais. Não há diferença significativa na prevalência de sinais e sintomas do bruxismo entre indivíduos portadores e não-portadores de má oclusão. Nem todos os pacientes que possuem má oclusão ou contatos prematuros, desenvolvem bruxismo^{19, 24}. Vários autores citam, como fatores que levam um paciente a apresentar bruxismo, algumas alterações neurológicas, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), processos alérgicos das vias aéreas superiores, uso de antidepressivos – em especial Paroxitina (Aropax) e Venlafaxina (Efexor) -, além de ansiedade, medo e, principalmente, desordens do sono. O bruxismo está associado ao sono REM (rápido movimento dos olhos) porque os mecano-receptores podem promover alterações

do sono que resultam em irritação central, e levam ao bruxismo^{8,39}. Di Francesco *et al.*¹¹ (2004) objetivando comparar os achados de sonolência diurna, cefaléia, agitação noturna, enurese, problemas escolares e bruxismo em indivíduos com respiração oral concluíram que estes fatores estão relacionados com a apnéia do sono, sendo mais freqüente na hiperplasia adenoamigdaliana.

Incidência

O bruxismo é considerado uma patologia de ocorrência comum, podendo ser observado em todas as faixas etárias, com prevalência semelhante em ambos os sexos. A determinação da prevalência do bruxismo na população geral é difícil, pois este hábito é realizado inconscientemente por muitos indivíduos. A incidência de sinais e sintomas do bruxismo pode acontecer tanto em adultos (15 a 90%) quanto em crianças, que é extremamente variável, (7 a 88%) e somente 5 a 20% de bruxômanos tem conhecimento do ato. Sua prevalência varia de 15 a 90% nos adultos e de 7 a 88% em crianças^{18, 27, 33,43}

Molina²⁶(1994) relata que 48% das crianças com parafunção apresentavam tensão emocional aumentada. Gondo, Façanha e Bussadori¹⁴ (2001) relataram um estudo com 46 crianças alérgicas, de 4 a 14 anos, em que foi encontrado bruxismo em 30 delas. Shinkai *et al.*³⁸ (1998) pesquisando a prevalência de bruxismo excêntrico em crianças de 2 a 11 anos concluíram que a prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade foi de 28,64%; Há maior prevalência de bruxismo excêntrico em crianças de dentadura decídua em relação às de dentição mista, o que evidencia a necessidade do diagnóstico precoce desse hábito para funcional; o tipo de comportamento foi significativo para a prevalência de bruxismo excêntrico, sendo que a maioria das crianças bruxômanas apresentava comportamento do tipo ansioso ou hiperativo; A prevalência de bruxismo excêntrico foi expressiva em todas as faixas etárias (variação de 16,67% a 43,48%), devendo ser considerada no atendimento odontológico de todas as crianças de 2 a 11 anos de idade.

Sinais, sintomas e consequências.

O esmalte dentário é a primeira estrutura que recebe a carga para funcional do bruxismo, sendo o desgaste anormal dos dentes o sinal mais freqüente da presença desta patologia. O padrão de desgaste dental do bruxismo prolongado é, freqüentemente, não muito uniforme e comumente mais severo nos dentes anteriores do que nos posteriores, na dentição natural. Em pacientes portadores de prótese dentária total pode ocorrer o inverso, pois a

estabilidade da dentadura permite pressões maiores nas regiões posteriores⁵. O desgaste localizado em caninos com caráter progressivo pode ser reflexo de uma atividade para funcional como bruxismo, ou posição incorreta de dormir. Além das facetas de desgaste, a mobilidade dentária também está presente em dentes com o periodonto sadio e de altura normal, resultado da sobrecarga oclusal, pois a largura do espaço periodontal aumenta em ambos os lados do dente sem que haja inflamação do ligamento periodontal⁴³. A perda de tecido dentário provocado 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^{33, 42,43}. O desgaste dental acentuado leva a diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). As manifestações clínicas mais comumente associadas ao bruxismo, segundo Bahlis; Rodrigues; Ferrari³(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 Articulação Têmporo-Mandibular (dor e desconforto na ATM, dificuldades mastigatórias, travamento articular, falta de coordenação durante os movimentos mandibulares, luxação, subluxação, crepitação, ruído articular uni e bilateral, alterações degenerativas na articulação, limitação de abertura, restrição dos movimentos e desvio na trajetória de abertura bucal); a dor dentária; o tórus maxilar e mandibular e as implicações periodontais e endodônticas (mobilidade, diastemas, recessão gengival, absorções ósseas).

Gorayeb, Gorayeb¹⁵ (2002) em avaliação de escolares, objetivando averiguar a prevalência de queixas de cefaléia e sua associação com indicadores de transtornos de ansiedade, descobriram que das 374 crianças avaliadas, 45,4% nunca se queixaram de cefaléia; 41,2%, ocasionalmente e 13,5%, freqüentemente. Entre aquelas que se queixam freqüentemente de cefaléia, encontrou-se maior número de meninas, índice de ansiedade mais elevado e maior freqüência de bruxismo e agitação. A alta prevalência de cefaléia na amostra e sua associação com maior freqüência de bruxismo é compatível com dados epidemiológicos norte-americanos e brasileiros. Os resultados apontam para uma associação entre queixas freqüentes de cefaléia e elevado índice de ansiedade. Somente bruxismo e agitação ocorreram em maior freqüência entre as crianças do grupo 'Com Queixa Freqüente de Cefaléia'. O bruxismo pode afetar a dentição, o periodonto, os músculos mastigatórios e a ATM. Durante a fase inicial do evento do bruxismo seu diagnóstico seria mais crítico, sendo que, no caso de bruxismo excêntrico, seria mais decorrente da observação dos parentes, que poderiam relatar sobre o ruído audível e incômodo produzido pelo paciente durante o sono.

Porém, em uma fase mais avançada, as facetas de desgaste já poderiam ser detectadas. Por outro lado, o bruxismo cêntrico ou apertamento seria ainda mais crítico, sendo que a avaliação por imagem se mostraria de grande valia, uma vez que, por meio de radiografias periapicais, seriam possíveis a observação do aumento do espaço pericementário e o espessamento da lâmina dura^{16,36}.

Em nível de exame local, no bruxismo cêntrico, poderiam ser identificados o incremento da linha alba ao longo da mucosa jugal e a edentação nos bordos laterais da língua. Por causa das forças consideráveis que, podem ser aplicadas tanto durante o dia como durante a noite, ocorrem em períodos de não-consciência e não são inibidas pelos mecanismos propriocetivos corticais e subcorticais; sinais e sintomas em vários componentes do aparelho mastigador podem ser observados quando o limiar de resistência dos tecidos é ultrapassado. Associa-se a importância clínica do bruxismo aos danos estruturais decorrentes da atrição dental e, principalmente, ao seu papel na etiologia da dor e disfunção temporomandibular^{19,30}.

Para Nissani³¹ (2001), as conseqüências do bruxismo são sensibilidade, fratura e mobilidade dentária; em longo prazo causa mudanças na aparência; dores mandibulares, fadiga dos músculos faciais, dor de cabeça, dores no pescoço, dor de ouvido e perda da audição; inflamação e bloqueio das glândulas salivares, devido ao desenvolvimento exagerado do masseter que bloqueia a abertura do ducto das glândulas parótidas; pode danificar a articulação temporomandibular; má-oclusão. A faceta de desgaste é o sinal clínico mais encontrado, podendo se restringir a um único dente ou a boca toda. Tais facetas são mais comuns nas faces incisais dos dentes anteriores e ponta de cúspide e restaurações dos dentes posteriores GUSSON¹⁶ 1998. O bruxismo, apertamento dental, desordens internas da ATM, má oclusão e trauma são considerados como possíveis fatores causadores da hipertrofia do masseter, que é uma entidade benigna de etiologia idiopática, com alguns autores considerando como sendo multifatorial. A hipertrofia do masseter pode se tratar de uma deformidade congênita.^{21,22} O reconhecimento da importância do bruxismo como agente precursor ou coadjuvante de sinais e sintomas nas articulações temporomandibulares tem sido reconhecido de forma progressiva na literatura. A teoria do elo fraco (The Weak Link Theory) explica esta correlação²³

Tratamento

A conduta do cirurgião-dentista frente ao paciente portador de bruxismo deve estar voltada para: reduzir a tensão psicológica; tratar os sinais e sintomas, como o desgaste da estrutura dentária e algias musculares;

minimizar a “irritação” oclusal; modificar o padrão neuro muscular habitual⁵. Em um caso clínico realizado por Campos, Campos, Zuanon⁴³ (2002), a terapêutica escolhida foi a utilização de placa de mordida funcionando como anteparo aos movimentos para funcionais e tratamento psicológico através do auto conhecimento e controle da ansiedade, afim de que o paciente desenvolva o autocontrole impedindo o apertamento e ranger de dentes. Este autocontrole é atingido quando o paciente conseguir se conscientizar dos danos causados por sua ansiedade e dominar seus movimentos mastigatórios e a força empregada. Após 6 meses de tratamento, constata-se melhora de todo o quadro clínico e sintomatológico. O tratamento específico para dor muscular é acompanhado de modalidades que interrompem o mecanismo do ciclo da dor, como terapia do ponto de desencadeamento mio facial (*spray* de vapor frio), bloqueio anestésico, associado a modalidades fisioterápicas: exercícios para restaurar a função (isotônicos, isométricos e de coordenação), massagem e calor profundo. O controle da sobrecarga muscular e atrição dental pode ser mais bem atingido com a correta indicação de placas inter-oclusais (aparelhos de acrílico com superfície oclusal plana). Os agentes farmacológicos utilizados no controle dos sintomas são analgésicos, tranqüilizantes, anestésicos locais, antiinflamatórios e relaxantes muscular^{18,19}.

Segundo Andrade¹ (1999), no tratamento medicamentoso coadjuvante da dor mio facial, a dipirona, associada ou não a miorrelaxantes, é a droga de escolha. As doses preconizadas são de 500 a 800mg (dose teto), a cada 4 a 6 horas, durante dois dias, quando o paciente deve ser reavaliado. Em casos severos, pode-se indicar o Magnopiról[®] injetável (800mg/2ml) – 1 ampola a cada 12 horas, via intramuscular. O miorrelaxante seria Tizanidina (Sirdalud[®] 2 mg) – 1 comprimido a cada 8 horas, por dois dias. A utilização de placas interoclusais diminui a sintomatologia mesmo que não tenha interrompido o bruxismo, pois podem atuar na ATM induzindo o côndilo a se posicionar corretamente na fossa condilar. A simples distribuição das forças mastigatórias são responsáveis pelo alívio sintomatológico.

Os cuidados a serem observados na confecção das Placas de Mordida são: 1. Devem ser finas para não alterar a Dimensão Vertical e o Espaço Livre Funcional; (1,5mm de espessura). 2. Devem ser montadas em Relação Central (idealmente); 3. Devem ser lisas (para permitir deslizamento dos dentes oponentes e conforto ao paciente 4. Deve-se remover os contatos prematuros mais grosseiros antes de instalá-las. A placa mio-relaxante total é uma técnica conservadora não invasiva e reversível. Este dispositivo oclusal deve ser rígido e plano, ajustado em relação cêntrica, apresentando as características de uma oclusão mecanicamente normal. Os ajustes finais e refinamento oclusal deverão ser

realizados após a prova do dispositivo em boca. O tempo de uso varia de acordo com a complexidade do caso, recomenda-se uso noturno por 45 dias com manutenções semanais. Após este período indica-se uso descontinuado, com revisões semestrais, para avaliação dos sinais e sintomas^{3,28,43}.

Devido à necessidade de alguns pacientes de usarem a placa de acrílico nas 24 horas do dia, Bassanta e Matos⁴ (1996) propuseram a confecção de uma placa de acrílico mais duradoura reforçada com estrutura metálica e concluíram que tais placas resistem melhor ao desgaste diário. Segundo Oliveira; Carmo³⁴ (2001), o uso de material rígido para confecção da placa tem maiores chances de sucesso do que os aparelhos confeccionados com material resiliente, na abordagem terapêutica para redução da atividade muscular noturna. Além da diminuição do tempo clínico de ajuste e instalação das placas, a utilização de resina termopolimerizável permite menor porosidade do material, quando comparada às placas confeccionadas com resina de polimerização química diretamente na boca do paciente³⁵. A toxina botulínica (BTX) usada nos pacientes com bruxismo é uma neurotoxina produzida pela bactéria anaeróbia *Clostridium botulinum*, que inibe a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular. Isso resulta em fraqueza muscular focal. A injeção de BTX A no masseter é um tratamento seguro e efetivo contra bruxismo, todavia, é um tratamento caro que deve ser considerado como uma terapêutica opcional para bruxismos não tratáveis com outros medicamentos ou com terapia odontológica, e executado somente por clínicos com conhecimento de sua farmacologia e conhecimento anatômico adequado da região a ser injetada⁴¹. Para o bruxismo diurno realizam-se técnicas que visam autocontrole e monitoramento do hábito por parte do paciente, assim como utilização da placa. Em casos graves pode-se indicar a placa por 24 horas. Reabilitar um paciente com bruxismo, associado à perda de tecido dentário, para um padrão aceitável de saúde oral é clinicamente exigente, requer diagnóstico cuidadoso e um bom planejamento. Em uma reabilitação de uma paciente de 43 anos, sexo feminino, acometido pelo bruxismo e com excessivo desgaste dentário, a dimensão vertical de oclusão foi restabelecida com o uso de uma placa oclusal de acrílico, seguida por restauração de resina composta. As completas reabilitações orais envolveram facetas de porcelana múltiplas, onlays adesivas de ouro, coroas metalocerâmicas, e próteses parciais fixas. O uso contínuo da placa é necessário para proteção das restaurações e manutenção da saúde oral. O primeiro passo, em casos de desgaste acentuado na região anterior, consiste na determinação ou restabelecimento da dimensão vertical de oclusal (DVO)^{3,13,42}.

O restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão DVO deve ser realizado por motivos estéticos,

para recuperação da altura do terço inferior da face e da harmonia facial, e funcional, para criar espaço interoclusal que permita a reconstrução oclusal, mantendo as características oclusais ideais e das guias anterior e lateral³⁵. Segundo Busato, Hernandez e Macedo⁶ (2002), o tratamento deve ser de forma multiprofissional e abranger vários aspectos, da terapia odontológica direta, ajuste oclusal (sempre que estiver presentes sinais e sintomas de oclusão traumática) e/ou restauradora (sempre que estiver presente superfície coronária dentária total ou parcialmente destruída); e da indireta, placas interoclusais (pela distribuição das forças mastigatórias, diminui a sintomatologia), calor local, fisioterapia (uso do TENS -Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation - é recomendável no caso de dores locais provocadas pelo hábito), terapia médica, farmacológica, psicológica e o auto condicionamento.

Para Moraes *et al*²⁹ (2004), independente da etiologia do bruxismo, a terapia oclusal pode sempre ser indicada, pois promove conforto funcional, que previne maiores danos aos componentes do sistema mastigatório, evidenciando-se efeitos terapêuticos múltiplos sobre diversos componentes do aparelho mastigador. A oclusão mutuamente protegida – coincidência da Relação Cêntrica com a Máxima Intercuspidação Habitual; contatos bilaterais efetivos somente nos dentes posteriores; relação oclusal do tipo cúspide/fossa; direcionamento axial da carga oclusal; guia incisal capaz de promover desocclusão posterior; guia canino satisfatória – é um referencial básico a ser seguido na reabilitação oral²⁴.

A partir do diagnóstico, é importante restaurar as facetas de desgaste e proteger o sistema com uma placa de mordida. A escolha do material restaurador indicado depende das características do trabalho. Em cavidades pequenas podem-se utilizar materiais restauradores convencionais, mas em uma reabilitação por prótese, a superfície oclusal em cerâmica pode não ser o material de eleição, pois é dura, friável, além de ser mais resistente que o esmalte dentário, o que acarretaria desgaste excessivo quando em oclusão com dentes naturais. O material de escolha nesses casos deve ser o ouro, por sua maleabilidade e capacidade de absorver forças³⁹. A redução de estresse psicológico, assim como a terapia oclusal tem sido sugerida como forma de tratamento. O ajuste oclusal para eliminação das interferências oclusais tem sido indicado para amenizar os possíveis danos irreversíveis (fratura) gerados pelo apertar ou ranger dos dentes, e não para o tratamento propriamente dito. Aos 3 anos de idade, deve ser feito um exame de oclusão dos sistemas articular e mastigatório, assim o estabelecimento do diagnóstico precoce do bruxismo irá prevenir qualquer alteração da dentição permanente e limitar um dano já instalado^{3,18}.

DISCUSSÃO

A teoria psicológica apontava o estresse e a ansiedade como fatores iniciadores ou perpetuadores do bruxismo, no entanto, pesquisas atuais têm mostrado que fatores psicológicos não são os principais fatores causais, mas apenas os agravantes ou perpetuadores da condição. Ainda hoje, a etiologia desse hábito funcional é controversa, alguns citam como multifatorial e diversos autores acreditam que os fatores oclusais são os responsáveis pelo aparecimento do bruxismo, enquanto outros consideram mais relevantes as causas psicossomáticas, havendo ainda quem acredite que é necessária a combinação entre os fatores oclusais e psicológicos^{3,11,12,14,16,17,19,37,39}. Esta última hipótese é defendida com ênfase por alguns autores, pois nem todos os pacientes que possuem maloclusão ou contatos prematuros desenvolvem bruxismo^{31,36,37}. Por muito tempo acreditou-se que o contato prematuro e as interferências oclusais seriam fatores etiológicos para o bruxismo, baseado nisso, acreditava-se que o desgaste seletivo poderia diminuir o risco do problema¹⁷.

Não se pode descartar completamente a oclusão, mas tanto o contato prematuro não causa bruxismo, como também não se resolve o bruxismo com uma oclusão perfeita^{3,19,39}. A função da terapia oclusal é a tentativa de distribuir as forças mastigatórias e diminuir os danos causados ao sistema estomatognático. O tratamento específico para dor muscular é acompanhado de modalidades que interrompem o mecanismo do ciclo da dor, como terapia do ponto de desencadeamento mio facial (*spray* de vapor frio), bloqueio anestésico associado a modalidades fisioterápicas: exercícios para restaurar a função (isotônicos, isométricos e de coordenação), acupuntura, massagem e calor profundo^{1,6,9,29,39}.

O controle da sobrecarga muscular e atrição dental pode ser mais bem atingido com a correta indicação de placas inter oclusais (aparelhos de acrílico com superfície oclusal plana. É unânime a necessidade da placa miorrelaxante rígida^{3,4,6,13,16,18,19,31,35,39,40,43}. Os agentes farmacológicos utilizados no controle dos sintomas são os analgésicos, tranquilizantes, anestésicos locais, antiinflamatórios e relaxantes musculares^{1,18}. Reabilitar um paciente com bruxismo associado à perda de tecido dentário, para um padrão aceitável de saúde oral, exige perícia clínica, requer diagnóstico cuidadoso e um bom planejamento^{6,28,35,42}. O primeiro passo, em casos de desgaste acentuado na região anterior, consiste na determinação ou restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO)^{6,13,35,37}.

CONCLUSÃO

Após a revisão da literatura, pode-se concluir que:

1 – O papel do C.D é primordial nesse tratamento, uma vez que restabelece a Dimensão Vertical de Oclusão,

atenua dores musculares, danos dentais e periodontais, além de ser responsável pela devolução do sorriso harmonioso, funcional e esteticamente agradável, componente tão importante para a auto-estima do paciente.

2 – É de fundamental importância um diagnóstico criterioso e precoce para diminuir as consequências tratáveis do bruxismo o quanto antes, pois danos provenientes desse hábito muitas vezes são irreversíveis, dentre eles, as fraturas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas primeiras situações da prática odontológica. São Paulo: Artes Médicas, cap.12,1999, 188p.
- 2 - Attanasio R. An overview of bruxism and its management. Dental Clinics of North America 1997; 41(2): 229-41.
- 3 - Bahlis A, Rodrigues ML, Ferrari E. Bruxismo. Revista Odonto Ciência 1999; 27(1):7-20.
- 4 - Bassanta AD, Matos OA. Placa de acrílico reforçada. Revista Paulista de Odontologia 1996; XXIII(4).
- 5 - Bresolin D. Bruxismo noturno – Aspectos clínicos e tratamento. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=99&idesp=9&ler=s>. , jan.2004. Acessado em: 11 de maio de 2005.
- 6 - Busato ALS, Hernandez PAG, Macedo RP. Restaurações estéticas indiretas para dentes posteriores. In: _____. Dentística: restaurações estéticas. São Paulo: Artes Médicas, cap. 14, p. 603-647, 2002.
- 7 - Campos JADB, Campos AG, Zuanon ACC. Bruxismo em crianças. Revista Gaúcha de Odontologia 2002; 50(2):74-76.
- 8 - Clarke NG, Townsend GC, Carey SE. Bruxing patterns in man during sleep. J Oral Rehabil 1984; 180(2):1232-1270.
- 9 - Dallanora LJ, Faltin PP, Inoue RT, Santos VMA, Tanaka J. Avaliação do uso de acupuntura no tratamento de pacientes com bruxismo. Revista Gaúcha de Odontologia 2004; 52(5): 333-339.
- 10 - Dawson PE. Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993. p.492-499.
- 11 - Di Francesco RC, Passerotti G, Paulucci B, Miniti A. Respiração oral na criança: repercussões diferentes de acordo com o diagnóstico. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2004; 70(5).
- 12 - Drummond MEL, Seraidarian PI. Prevalência de bruxismo em crianças e adolescentes que apresentam eletroencefalograma alterado. Arquivos em Odontologia 2003; 39(3):163-254.
- 13 - Fonseca DM, Bonfante G. Reabilitação oral com Over P.R. (Overdenture). RGO 2000; 48(2):87-90.

- 14 - Gondo S, Façanha RA, Bussadori SK. Bruxismo infantil. *Revista Paulista de Odontologia* 2001; XXIII(6):33-36.
- 15 - Gorayeb MAM, Gorayeb R. Cefaléia associada a indicadores de transtornos de ansiedade em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto, SP. *Arq Neuropsiquiatr*, 60(3-B):764-768, 2002.
- 16 - Gusson DGD. Bruxismo em crianças. *JBP* 1998; 1(2):75-97.
- 17 - Halfeld G. Bruxismo. *An Acad Nac Med* 1996; 156(3):182-183.
- 18 - Inada DY, Robrigues ACB, Walter LRF. Bruxismo: um enfoque odontopediátrico, *Revista Paulista de Odontologia* 2002; XXIV(3):28-30.
- 19 - Leles CR, Melo M. Bruxismo e apertamento dental – uma conduta clínica racional. *ROBRAC* 1995; 5(15): 22-26.
- 20 - Maciel RN. Oclusão e ATM – Procedimentos Clínicos. São Paulo: Santos. 1996 p. 195-231
- 21 - Mandel L, Kainar A. Masseteric hypertrophy. *N Y Dent J* 1994; 13: 44-47.
- 22 - Manganello Souza LC, Silva AAF, Zeidler EV, Jadijiski Junior MV. Correção cirúrgica da hipertrofia do masseter. *Revista Paulista de Odontologia* 2003; XXV(1): 9-12.
- 23 - Mehta NR, Forgione AG, Maloney G, Greene R. Different effects of nocturnal parafunctions on the masticatory system: The Weak Link Theory. *J craniomand Pract* 2000; 18:280-285.
- 24 - Mezzomo E. Reabilitação oral – para o clínico. São Paulo: Santos, 3 ed., 1999. Fundamentos da oclusão em prótese parcial fixa. Cap. 5, p. 163-198.
- 25 - Molina OF. Contribuição ao estudo do bruxismo em crianças de 6 a 9 anos de escolas particulares em Florianópolis. *Rev Odontopediatr* 1994; 3(2):91-98.
- 26 - Molina OF, Gaio DC, Cury MDN, Cury SE, Gimenez SEM, Salomao EC, Pinesci E. Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre bruxismo: implicações como diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de Disfunção Temporomandibular associadas com o hábito. *JBA* 2002; 2(5):61-69.
- 27 - Monte MN, Soares MGM. Bruxismo: etiologia e epidemiologia. *Revista do CROMG* 2002; 8(1):
- 28 - Montenegro FLB, Lascala NT, Bottino MA, Brunetti RF. Placas de mordida: funções terapêuticas. Artigo originalmente publicado na *Revista Paulista de Odontologia* 1984; 6(3):26-42. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=459&idesp=9&ler=s>. Abril de 2004. Acessado em: 11 de maio de 2005
- 30 – Moraes AKB, Leal C, Broco SLP, Drumond MRS. Erosão: etiologia, características clínicas e diagnóstico. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=491&idesp=9&ler=s> agosto de 2004. Acessado em 11 de maio de 2005
- 31 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro, GuanabaraKoogan, 1998, cap. 8, p.205
- Nissani M. A bibliographical survey of bruxism with special emphasis on non-traditional treatment modalities. *Journal of Oral Science* 2001; 43(2):73-83.
- 32 - Nóbilo KA, Pinto JRR, Nóbilo MAA, Mesquita MF, Henriques GEP. Técnica de Nóbilo para o tratamento do bruxismo: caso clínico. *Rev. Odontol. Univ. St. Amaro* 2000; 5(1):26-29.
- 33 – Okeson JP. *Fundamentos de Oclusão e Desordens Temporomandibulares*, 2 ed, São Paulo: Artes Médicas. 1992, 449p.
- 34 - Oliveira ME, Carmo MRC. Placa de mordida interoclusal para o tratamento de bruxismo. *Revista do CROMG* 2001; 7(3):183-186.
- 35 - Pegoraro LF. *Prótese Fixa: Série EAP – APCD*. São Paulo: Artes Médicas, cap. 2, *Patologias oclusais e disfunções crâniomandibulares*, vol. 7, 2002
- 36 - Seraidarian PI, Assunção ZLV, Jacob MF. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. *JBA* 2001; 1(4): 290-295.
- 37 - Serralta FB, Freitas PRR. de. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. *JBA* 2002; 2(5):20-25.
- 38 - Shinkai RSA, Santos LM, Silva FA, Nobre Dos Santos. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1998; 12(1):29-37.
- 39 - Silva SR. Coord.: Eduardo Myashita. *Bruxismo*. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002; 57(6):409-417.
- 40 - Simmons III, Hirsh M. Role of chemical erosion in generalized attrition. *Quintessence International* 1998; 29(12):793-795.
- 41 - Tan EK, Jankovic J. Treating Severe Bruxism with Botulinum Toxin. *J Am Dent Assoc* 2000; 130(2): 211-6.
- 42 - Yip KH, Chow TW, Chu FC. Rehabilitating a patient with bruxism-associated tooth tissue loss: a literature review and case report. *Gen Dent*. 2003; 51(1):51-2.
- 43 - Zuanon ACC, Campos CGA, Giro EMA, Pansani CA. *Bruxismo infantil*. *Odontologia Clínica* 1999; 9(1):41-44.