

BRUXISMO

Maria Sílvia B. F. de Moraes¹, Newton Maciel de Oliveira²

A American Academy of Orofacial Pain (1996) define o bruxismo como atividade parafuncional diurna ou noturna, que inclui o ranger, o apertar ou o esfregar os dentes entre si, gerando um ruído, e com significativo efeito nocivo na qualidade de vida do indivíduo.¹

O bruxismo durante o sono é um movimento orofacial descrito como parafunção pela odontologia e como distúrbio de sono (parassonia) em medicina. Dentre os distúrbios de sono chamados parassonias, o bruxismo é prevalente, apesar de ser difícil determinar sua porcentagem na população, pois em muitos indivíduos este distúrbio é uma atividade subconsciente.

É importante diferenciar o bruxismo do sono de outras atividades orofaciais normais e outros distúrbios de sono concomitantes, pois ele comumente associa-se às anormalidades de sono, como a apnéia, insônia, roncos primários e movimentos periódicos de membros inferiores. Embora possa ocorrer indiferentemente em homens ou em mulheres, é mais freqüente durante a infância, persistindo, eventualmente, na idade adulta.

A maioria da população, em algum momento durante sua vida, poderá ranger os dentes, porém, o quadro torna-se patológico quando ocorre severa agressão aos dentes ou desencadeia queixas de sono insatisfatório, durante o qual não há suficiente repouso, podendo provocar, ainda, ocorrência de dor local ou difusa.

Atividades repetitivas de grupos musculares são causa freqüente de dor, portanto, hábitos de ranger ou apertar os dentes podem ser importantes fatores determinantes no desencadear e na manutenção da dor. Tratando-se do bruxismo, a dor nos músculos mastigatórios seria decorrente dessa atividade repetitiva, principalmente nas áreas dos músculos temporais. Essas contrações podem estar associadas às maloclusões - onde o indivíduo "procura" uma estabilidade oclusal - e a distúrbios psicológicos. Do mesmo modo, a postura errada ao dormir pode levar o paciente, inconscientemente, a procurar uma melhor posição para suportar as pressões externas à mandíbula, levando, desse modo, aos desgastes dentais. Além disso, recentemente tem sido sugerido que o bruxismo possa ser parte do mecanismo de sono-vigília,² sendo aparentemente modulado por várias substâncias mensageiras intracerebrais (neurotransmissores), mais especificamente no sistema nervoso central dopaminérgico.

As evidências atuais sugerem que, de fato, o bruxismo seja regulado pelo cérebro, e não pelas estruturas orais. Foram associados ao bruxismo durante o sono ondas diferenciadas no eletroencefalograma, atividade muscular rápida em membros inferiores e no corpo, bem como aumento do ritmo cardíaco, falando a favor da origem cerebral.³ Além das possíveis causas dentárias e da química cerebral, tem ainda sido atribuído a fatores ambientais e psicossociais. Em relação aos fatores emocionais, recentes estudos mostram uma tendência a uma personalidade ansiosa e ainda alguma relação com doenças psiquiátricas, como a depressão nos pacientes portadores de bruxismo.²

Alguns fatores são considerados agravantes, como o tabagismo, ingestão excessiva de bebida alcoólica, cafeína, doenças associadas, apnéia obstrutiva do sono e elevado nível de estresse, favorecendo o aparecimento do bruxismo durante o

sono.

Os indivíduos que convivem com o bruxismo queixam-se da estética dos dentes pela diminuição do tamanho dos mesmos, como também de dores orofaciais, problemas nas articulações têmporo-mandibulares e ainda de dores de cabeça (cefaléias).

O bruxismo pode relacionar-se, portanto, a sintomas das disfunções têmporo-mandibulares e, ainda, às cefaléias do tipo tensão e enxaquecas.

A cefaléia que ocorre ao acordar é comum nas pessoas que apresentam o bruxismo, porém, ele também pode atuar como determinante de outras dores de cabeça à medida que interfere de modo significativo na qualidade e na eficiência do sono, não permitindo o necessário descanso.

Em relação às enxaquecas, por exemplo, estima-se que 50% dos pacientes portadores possam, eventualmente, ter suas crises desencadeadas por distúrbios de sono. Revisões da literatura médica sobre sono e dores de cabeça demonstram a associação entre as cefaléias e os distúrbios primários do sono, como o bruxismo e as apnéias, em muitos casos. Embora o diagnóstico seja clínico-odontológico, a monitorização de uma noite de sono, através de um estudo polissonográfico, pode esclarecer a coexistência de outros transtornos do sono, quantificar sua eficiência, registrar eventos respiratórios, movimentos periódicos de membros inferiores e despertares noturnos.

Entre os sinais clínicos do bruxismo, incluem-se fraturas de dentes e restaurações e a presença de facetas de desgaste no esmalte dental como sendo a mais comum. Ela é caracterizada como uma área plana e brilhante que não faz parte da forma natural dos dentes. Curiosamente, recente pesquisa em estudo preliminar cooperativo entre UNESP, UNIFESP e USP concluiu serem similares às características da monitorização do sono em pacientes com queixa de bruxismo com e sem dor orofacial, não esclarecendo, porém, as razões pelas quais alguns desses pacientes desenvolvem as dores crônicas e outros não.⁴

O tratamento não é específico e cada portador de bruxismo deve ser avaliado de modo individual e, posteriormente, orientado nos aspectos dentários, medicamentosos e psico-comportamentais quando necessário.

No tratamento, freqüentemente é usada a terapia de placas interoclusais, adequadamente planejadas, com o objetivo de possibilitar um relaxamento muscular. Quanto ao uso de medicamentos, estudos controlados demonstraram a eficiência de benzodiazepínicos, da clonidina e de relaxantes musculares em alguns casos.

Embora ainda com muitas questões a serem esclarecidas, os conhecimentos atuais sobre o bruxismo e sua interferência na qualidade de vida devem motivar médicos, dentistas e pacientes na busca de maior conscientização de suas conseqüências e na procura de soluções específicas para cada indivíduo.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 8, n. 2, p. 5 - 6, 2006

1 - Médica neurologista

2 - Cirurgião-dentista periodontista

Recebido em 19/5/2006. Aceito para publicação em 26/5/2006.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Orofacial Pain . Orofacial pain: guidelines for assessments, diagnosis and management. Chicago: Quintessence, 1996.
2. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms Involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med. 2003; 14(1):30-46.
3. Okeson JP, Phillips BA, Berry DT, Cook YR, Cabelka JF. Nocturnal bruxing events: a report of normative data and cardiovascular response . J Oral Rehabil. 1994; 21:623-30.
4. Camparis CM, Formigoni G, Teixeira MJ, Bittencourt LRA, Tufik S, Siqueira JTT. Sleep bruxism and temporomandibular disorder: clinical and polysomnographic evaluation. Arch Oral Biol [periódico on-line]. 2006. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/>