

# Bruxismo: Terapêutica Multidisciplinar

Takami Hirono HOTTA\*

Marcelo Oliveira MAZZETTO\*\*

Cláudia Maria de FELICIO\*\*\*

Flávia Toledo Leite da SILVA\*\*\*\*

Márcia Cecília Naomi Higashi OKINO\*\*\*\*\*

**SINOPSE:** O presente artigo é resultado das observações clínicas de profissionais e dos relatos de um paciente portador de bruxismo, tratado de forma multidisciplinar, através de modalidades terapêuticas concernentes às áreas de odontologia, psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia.

**UNITERMOS:** Bruxismo, placa interoclusal, psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia.

## INTRODUÇÃO

O termo bruxismo originário do grego "BRYCHEIN"<sup>8</sup> foi denominado de "la bruxomanie" por MARIE e PIETKIEWITZ<sup>1,8,9</sup> em 1907, além de outras denominações tais como: Nevralgia traumática, Efeito karolyi, Neurose do hábito oclusal e Parafunção<sup>9</sup>.

Frohman, em 1931, definiu bruxismo como o hábito de ranger e desgastar os dentes sem propósitos funcionais<sup>1,9</sup>. Já Glickman<sup>6</sup>, em 1974, como o apertamento e rangimento agressivo, repetido ou contínuo dos dentes durante o dia e/ou à noite.

Sua etiologia é muito discutida devido à complexidade da questão e às controvérsias existentes acerca dos fatores etiológicos. Relata-se ser o bruxismo provocado por discrepâncias oclusais ou por sua combinação com o estresse emocional, com reflexos na tonicidade da musculatura, e ainda há os que sugerem que tenha origem no sistema nervoso central<sup>3,10</sup>.

Rugh<sup>10</sup> usou um aparelho para medir a eletromiográficos, de bruxismo após remoção de contatos oclusais e verificaram a ineficácia do ajuste na cessação do bruxismo noturno. Dawson<sup>5</sup> afirma que o bruxismo pode ser interrompido pela eliminação das interferências oclusais, e que não há diferenças psicológicas entre os pacientes. No entanto, Thaller<sup>12</sup> observou níveis de ansiedade e frustração mais elevados nos bruxômanos.

Mikami<sup>7</sup> em experimentos com coelhos, obteve dados indicando que uma estimulação anormal das células motoras da Córtex teria um papel importante na indução do bruxismo.

O diagnóstico do bruxismo pode ser obtido através de sinais e sintomas sugestivos dessa condição (sensibilidade articular ou muscular, fadiga e desgastes das bordas incisais dos dentes anteriores e cúspides dos posteriores<sup>1</sup> assim como, fraturas de dentes e/ou restaurações, mobilidade dental, alterações pulpares, hipertrofia muscular, limitação de movimentos mandibulares, etc) ou por relato do paciente consciente desse hábito, ou por informações de pessoas que com ele convivem<sup>1,9</sup>.

Através dos tempos, várias técnicas de tratamento têm sido utilizadas como psicoterapia, auto-

sugestão e hipnose, fisioterapia, terapia medicamentosa, ajuste oclusal, placas interoclusais, tratamento odontológico reabilitador e outros mais.

## PROPOSIÇÃO

Demonstrar através deste caso clínico os resultados obtidos pelo uso de algumas terapias de apoio no tratamento de pacientes com bruxismo, através das observações clínicas dos diversos profissionais e relatos do próprio paciente.

## AVALIAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 23 anos, solteiro, estudante de Medicina compareceu ao Serviço de Oclusão e Desordens da Articulação Temporomandibular (SODAT), da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, queixando-se unicamente, do desgaste acentuado e generalizado dos dentes (foto 1-A e B).

O paciente submeteu-se a tratamento ortodôntico corretivo, no período de 1980 e 1983, e não utilizou-se de dispositivos de contenção e terapia oclusal.

A palpação, acusou leve sensibilidade nos músculos masseteres e alteração na tonicidade dos mús-

\*Cirurgião-dentista do Serviço de Oclusão e Desordens da Articulação Temporomandibular da FORP/USP.

\*\*Professor Doutor da Área de Oclusão do Departamento de odontologia Restauradora da FORP/USP.

\*\*\*Fonoaudióloga do Serviço de Oclusão e Desordens da Articulação Temporomandibular da FORP/USP.

\*\*\*\*Cirurgião-Dentista estagiária do Serviço de Oclusão e Desordens da Articulação Temporomandibular da FORP/USP.

\*\*\*\*\*Psicóloga estagiária do Serviço de Oclusão e Desordens da Articulação Temporomandibular.



Figura 1-A - Desgaste acentuado da face oclusal dos dentes posteriores e palatinos dos anteriores na arcada superior.



Figura 1-B - Desgaste da face oclusal dos dentes posteriores inferiores.

culos da face, pescoço e ombros.

Os movimentos mandibulares de abertura ( $44 + 3\text{mm}$ ) e fechamento, protrusão ( $8 + 3\text{mm}$ ) e lateralidades ( $D=12\text{mm}$  e  $E=13\text{mm}$ ) foram executados dentro das extensões normais, sem ocorrências de dor, desvios, estalidos ou interferências oclusais e as guias caninas anteriores funcionando adequadamente. Em oclusão cêntrica, havia prematuridade oclusal nos dentes 18 e 48.

O paciente tinha hábitos como onicofagia, apertamento de dentes, mordiscamento de bochechas e posicionamentos inadequados durante suas atividades rotineiras, assim como durante o sono.

## TRATAMENTO DE FORMA MULTIDISCIPLINAR



Figura 2 - Placa interoclusal, adaptada e ajustada na arcada superior.



Figura 3 - Movimento de lateralidade para a direita, com a placa em posição (guia canina de desocclusão).

## 1) ATUAÇÃO DA ODONTÓLOGA

### Conscientização do paciente

Em muitos casos, o bruxismo realizado é inconsciente<sup>2</sup>, a menos que o paciente tenha sido alertado por outra pessoa.

Foi de competência da profissional orientar o paciente, de forma compreensível, acerca dos sinais e sintomas, etiologia e formas de tratamento e contribuir assim, para a diminuição da tensão psíquica na qual se encontrava<sup>7,9</sup>, além de obter melhores resultados terapêuticos.

### Fisioterapias e Orientações

Foram realizadas sete sessões com o mioestimulador transcutâneo (TENS-14), de 30 minutos cada, sendo 10 minutos em alta frequência e o tempo res-

tante associado com a baixa frequência.

O paciente foi orientado a não dormir em posição que aplicasse pressões à mandíbula, cabeça ou pescoço, e que mantivesse posturas adequadas em suas atividades rotineiras.

Concomitantemente, foi alertado sobre a necessidade de percepção dos hábitos orais criando condições de interromper estas atividades.

Foram indicadas também, aplicações de compressas quentes e úmidas no rosto, três vezes ao dia, por 15 minutos.

### Terapia da Placa Interoclusal

Utilizou-se a placa interoclusal modelo de Michigam<sup>11</sup>, adaptada ao arco superior (foto2). Os contatos oclusais eram ajustados periodicamente, em oclusão cêntri-



Figura 4 - Movimento de lateralidade para a esquerda, com a placa em posição (guia canina de desocclusão)

ca, lateralidades direita (foto 3) e esquerda (foto 4) e protrusão.

### Terapia por Ajuste Oclusal

No caso relatado, o ajuste foi feito na vertente mesial da cúspide mésio vestibular do 18, na vertente oclusal distal da cúspide mésio vestibular do 48 e na fossa central do 16 em restauração de amálgama. Após o ajuste executou-se o polimento das superfícies.

## 2) ATUAÇÃO PSICOLÓGICA

Nesse estudo, investigou-se o nível de ansiedade e frustração e as respostas apresentadas pelo paciente pertenciam ao padrão de normalidade tanto no teste de ansiedade quanto no teste de frustração (Rosenzweig Picture Frustration Test)<sup>7</sup>. Porém, pôde-se observar o aumento do estresse vivenciado pelo sujeito, desde a época do pré-vestibular até o ingresso na faculdade e posteriormente, o sentimento ou inadequação e isolamento familiar com o início da vida universitária ou seja, todos esses fatores podem ter contribuído de forma significativa para a origem e/ou manutenção do hábito de ranger os dentes.

## 3) ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA

Não detectou-se alterações das funções reflexo-vegetativas (sucção, respiração, mastigação e deglutição), portanto a atuação da fonoaudióloga teve como objetivo a normalização do tônus facial e cervical através de técnicas de relaxamento e, também discussões sobre as possíveis origens e fatores agravantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente necessita de exame físico e diagnóstico precisos associados a oportunidade de compreender o que se passa com a sua pessoa, e explicações sobre as causas, os sinais e sintomas e os tratamentos possíveis para a sua condição.

Pudemos observar mudança na sua postura frente à situação porque tornou-se esclarecido e capaz de perceber e entender as reações do seu corpo diante das agressões sofridas.

As mioestimulações elétricas transcutâneas tiveram efeito local na eliminação da dor nos músculos masseteres e alívio gene-

ralizado visto que o paciente apresentava-se com tensões musculares também em ombros e pescoço.

Indicamos o uso das compressas quentes e úmidas por ser uma modalidade terapêutica passível de aplicação pelo paciente e com resultados satisfatórios porém, essa orientação não foi seguida a termo devido ao impedimento ocasionado pelos fatores circunstanciais de vida do paciente.

O paciente passou a notar que em suas atividades diárias e principalmente, nas que geravam preocupações e exigiam mais atenções, cerrava ou rangia os dentes, produzindo contração prolongada dos músculos da face que culminava em cansaço muscular e tornou-se capaz de, muitas vezes, interromper diversos hábitos nocivos, reduzindo em muito a frequência com que os realizava.

A princípio, orientações foram dadas para que o paciente retirasse a placa apenas nos intervalos para refeições, mas quando sentiu-se apto a inibir o bruxismo durante o dia, indicamos que usasse apenas durante à noite.

A vantagem em seu uso é que permite ao paciente uma oclusão balanceada com melhor distribuição das forças, contatos oclusais em oclusão cêntrica, movimentos excursivos mandibulares sem interferências, posicionamento articular mais estável e funcional, além de melhorar a atividade neuromuscular.

A opção em eliminar os contatos prematuros deu-se em virtude da tentativa em estabilizar a mordida do paciente assim como, minimizar o hábito de rangimento noturno. Ao perceber-se rangendo os dentes à noite e mudar a postura de sono para evitar a continuidade do ato, foi o que levou-nos a refletir sobre o pensamento de COLQUITT<sup>4</sup>, que diz que determinadas posições assumidas podem aplicar forças externas à mandíbula, razão

pela qual orientamos o paciente a adotar a posição de decúbito dorsal. Ou então, pode-se supor que o bruxismo possa estar realmente associado às fases do sono, como tem sido largamente advogado em vários estudos, sem no entanto, termos tido meios de experimentar a situação.

## CONCLUSÕES

No tratamento deste paciente com bruxismo foi importante:

- 1) O bom relacionamento entre o profissional e o paciente;
- 2) A eletroestimulação transeutânea para eliminar dores musculares e tensão em ombros e

pESCOÇO;

3) A placa interoclusal para proteção das estruturas dentais contra o desgaste, propiciando posicionamento articular mais estável e funcional, além de melhorar a atividade neuromuscular e ser uma tentativa em diminuir ou mesmo cessar o bruxismo;

4) A integração entre os diversos profissionais: a psicóloga investigando o comprometimento emocional, a fonoaudióloga detectando as alterações reflexo-vegetativas e, a odontóloga atuando diretamente através de placa interoclusal e ajustes oclusais e também, nas orientações quanto à conscientização, às posturas corporais e terapias fisioterápicas, foram o que contribuíram para o sucesso do tra-

tamento.

## SUMMARY

Takami, H.H. et alii. Bruxismo (multidisciplinary therapeutics).

The article recent is result of clinics observations of professionals and bruxism patients to reported, treated with multidisciplinary form, through therapeutic modality in areas of odontology, psychology, speech-pathologist, and physical therapy.

## UNITERMS

Bruxism, occlusal appliance therapy, psychology, speech-pathologist, and physical therapy.

## Referências Bibliográficas

1. ATTANÁSIO, RONALD, Nocturnal bruxism and its clinical management. *Dental Clinics of North América*, V.35, n.1, p. 245-254, January, 1991.
2. CARRANZA, FERMIN A. Periodontia Clínica (de Glickman) - prevenção, diagnóstico e tratamento da doença periodontal na prática da odontologia geral. Rio de Janeiro: Interamericana, 5 ed., 1983, cap. 27 p. 413-442: Função Oclusal.
3. CLARK, N. G.; TOWNSEND, G. C. Distribution of nocturnal bruxing patterns in man. *Journal of Oral Rehabilitation*, v.11, p. 529-534, 1984.
4. COLQUITT, T. The sleep-wear syndrome. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 57, n.1, p. 33-41, January, 1987.
5. DAWSON, PETER E. Avaliação e diagnóstico dos problemas oclusais. São Paulo: Artes Médicas, 1980, cap. 7, p. 105-111: Bruxismo.
6. GLICKMAN, IRVING. Periodontia Clínica México: Interamericana, 4 ed., 1974. cap. 25 p. 335-355: Impacção de alimentos, hábitos y otros factores locales en la etiología de la enfermedad periodontal.
7. MIKAMI, D. B. A review of psychogenic aspects and treatment of bruxism. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 37, n.4, p.411-418, April, 1977.
8. MOLINA, OMAR FRANKLIN. Fisiopatologia Craniomandibular (Oclusão e ATM). São paulo: Pancast editorial, 1989. cap. 6, p. 235-263: Bruxismo.
9. RAMFJORD, S.; ASH, M.M. Oclusão. Rio de Janeiro: Interamericana, 3 ed, 1984. cap. 5 p. 131-138: Bruxismo e hábitos oclusais correlatos: epidemiologia, etiologia e significado.
10. RUGH, J.D. Experimental occlusal discrepancies and nocturnal bruxing. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 51, p. 548-553, 1984.
11. SANTOS Jr., J. dos Oclusão- Tratamento da sintomatologia cranio-mandibular. São Paulo: Pancast editorial, 1987. cap. 7, p. 159-189, Férulas oclusais (placas de mordida).
12. THALLER, J. L.; ROSEN, G.; SALTZMAN, S. Study of the relationship of frustration and anxiety to bruxism. *J. Period.*, v. 38, p, 193-197, 1967.

Associação Brasileira de Odontologia  
Secção - Goiás  
**BIBLIOTECA**