



LARISSA BENETTI MENDES

BRUXISMO DO SONO

**Sinop/MT
2018**

LARISSA BENETTI MENDES

BRUXISMO DO SONO

Trabalho de Conclusão I de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Monografia I.

Orientador: Prof. Jackson Luiz Urnau.

**Sinop/MT
2018**

LARISSA BENETTI MENDES

BRUXISMO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em __ / __ / 2018.

Jackson Luiz Urnau

Professor Orientador

Departamento de Odontologia – FASIPE

Antônio Carlos Dutra Filho

Professor Avaliador

Departamento de Odontologia – FASIPE

João Carlos Hilbig

Professor Avaliador

Departamento de Odontologia – FASIPE

Giuliane Nunes de Souza Passoni

Coordenador do Curso de Odontologia

FASIPE - Faculdade de Sinop

RESUMO

O bruxismo é considerado uma parafunção caracterizado pelo ato de apertar ou ranger os dentes, com implicações no sistema estomatognático, causando desgastes dentais, perturbações periodontais, dores articulares e desvantagens clínicas. O objetivo do presente trabalho é descrever as características clínicas da doença bruxismo, compreender suas origens, efeitos, funcionamentos, bem como suas consequências e expor possíveis tratamentos a pacientes portadores. A Odontologia tem o papel de identificar e muitas vezes lidar com essa atividade de alta complexidade, que foge de seus limites de atuação no que diz respeito a origem, mas tendo seus efeitos manifestados em âmbito odontológico. Por meio de uma revisão de literatura pode se afirmar que o bruxismo não retrata um desafio exclusivamente da Odontologia, como também áreas como a Medicina e Psicologia, frisando o envolvimento do sistema nervoso central e a influência de fatores emocionais. Por não ter uma causa definida, a escolha de tratamento também não é específica, não tendo protocolos e fórmulas para deter essa parassonia, contudo, tratamentos reversíveis e o uso de materiais de baixa resistência, como por exemplo a resina composta, são formas mais indicadas para lidar com esse problema. Reconhecer a presença dessa atividade e seus prováveis efeitos, possivelmente seja o fator decisivo na conduta desse hábito parafuncional, que requer ainda estudos para ser melhor entendido e conseqüentemente tratado.

Palavras chave: Bruxismo. Desgaste Dental. Parafunção.

ABSTRACT

Bruxism is considered a parafunction characterized by the act of tightening or grinding the teeth with implications in the stomatognathic system, causing dental wear, periodontal disorders, joint pain and clinical disadvantages. The aim of the present study is to describe the clinical characteristics of bruxism disease, to understand its origins, effects, functioning, as well as its consequences and to expose possible treatments to patients with bruxism. Dentistry has the role of identifying and often dealing with this highly complex activity, which escapes from its limits of performance in what disregards the origin, but having its effects manifested in odontological scope. Through a literature review it can be affirmed that bruxism does not represent a challenge exclusively of Dentistry, as well as areas such as Medicine and Psychology, stressing the involvement of the central nervous system and the influence of emotional factors. The choice of treatment is also not specific, and there are no protocols and formulas to stop this parasomnia, however, reversible treatments and the use of low resistance materials, such as composite resin, are more indicated. to deal with this problem. Recognizing the presence of this activity and its probable effects is possibly the decisive factor in the conduct of this parafunctional habit, which still requires studies to be better understood and consequently treated.

Keywords: Bruxism. Dental Wear. Parafunction.

1. INTRODUÇÃO

O bruxismo do sono (BS) é uma desordem de movimentos estereotipados e periódicos, associados ao ranger ou apertar de dentes durante o sono, decorrentes da contração rítmica dos músculos mastigatórios. Essa condição não é uma doença, porém quando exacerbada pode ocasionar desequilíbrio e alteração das estruturas orofaciais. Dessa forma, surge a necessidade de se obter terapêuticas efetivas e seguras para o controle e o manejo do paciente bruxômano.¹

Vários fatores etiológicos podem estar relacionados a evolução do bruxismo, como fatores locais, psicológicos, sistêmicos, hereditários e ocupacionais.² Os sinais e sintomas mais comuns são os desgastes oclusais e/ou incisais, hipersensibilidade pulpar, destruição das estruturas de suporte, fratura de cúspides e restaurações, mobilidade dentária, dores e distúrbios nas articulações temporomandibulares (ATM), cefaleia ao acordar, hipertrofia do masseter, entre outros.³

Aspectos emocionais, distúrbios neurais e interferências oclusais são vistos como estimulantes do hábito, porém a presença desses fatores não significa o desenvolvimento da doença bruxismo.⁴

O tratamento compõe-se de um trabalho interdisciplinar que aborda a odontologia, a psicologia e a medicina.⁵ A odontologia frequentemente age com procedimentos restauradores, placas de mordida e tratamento ortodôntico. Em alguns casos, pode ser necessário realizar um tratamento sistêmico com uso de medicação e tratamento médico, além de terapias com psicólogo.⁶

Através de uma revisão de literatura, será utilizado material publicado nos anos 1985 a 2017 sobre o bruxismo, suas características clínicas, sinais e sintomas e possíveis tratamentos. A alta incidência de problemas resultantes dessa parafunção na Odontologia e a escassez de respostas aos questionamentos gerados sobre o bruxismo, levaram-nos a realizar uma revisão de literatura com o objetivo de compreender suas origens, efeitos, funcionamento e possíveis tratamentos em pacientes portadores de bruxismo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Etiologia

O termo bruxismo, adotado pela Odontologia, vem de “brucein”, palavra grega que significa atrito, fricção ou aperto dos dentes, fora das funções normais.⁷

Em 1907, Pietkiewicz instaurou a palavra “bruxomania” pela primeira vez na nomenclatura médica contemporânea, relatando casos de ranger de dentes durante o dia.⁸ Outras nomenclaturas

estão sendo utilizadas para representar tal hábito: neuralgia traumática, briqueamento, neurose do hábito oclusal, friccionar de dentes, apertamento e parafunção bucal.⁹

O bruxismo é uma alteração do funcionamento normal que afeta o sistema mastigatório durante o sono, fazendo que o portador quando dormindo, aperte e/ou ranja os dentes inferiores contra os superiores. Dessa forma, tem sido estabelecida como uma parafunção do sistema mastigatório pela Odontologia e como uma parassonia pelos especialistas da medicina do sono.¹⁰

É considerada a atividade parafuncional mais prejudicial, que pode dar-se de forma consciente, quando se mordem caneta, lápis, cachimbo, lábios, bochechas ou dedos, ou inconscientemente. O ato de ranger os dentes ocorre constantemente durante o sono, apresenta-se em contrações musculares rítmicas com força maior que o normal, provocando ao ranger os dentes, atritos e ruídos fortes, os quais não podem ser reproduzidos quando conscientes.¹¹

O bruxismo que acontece durante a vigília ou bruxismo diurno e o bruxismo durante o sono são elementos clínicos diferentes que ocorrem em divergentes estados de consciência (vigília e sono), com diferentes etiologias, tendo que, portanto, serem diferenciadas, pois necessitam de métodos de tratamentos diferentes.¹²

Ele pode ocorrer com crianças, jovens e adultos nas diferentes faixas etárias e manifesta-se de duas formas diferentes: o bruxismo de vigília, que ocorre durante o dia, e o bruxismo do sono, que acontece durante o período noturno.¹³

O bruxismo noturno é mais predominante em adultos variando de 15% a 90%, contudo, somente 5% a 20% da população têm conhecimento da existência do problema. Podendo ser executado em máxima intercuspidação ou em oclusão excêntrica, como topo a topo anterior, com eventos que divergem de 8 a 9 segundos, sendo uma média de 42 segundos por noite.¹⁴

Durante a infância, encontramos o quadro mais severo do bruxismo nas crianças em idade pré-escolar devido as propriedades estruturais e funcionais dos dentes decíduos, apesar de também aparecer em crianças mais velhas e na dentição permanente.⁶

A maioria dos casos de bruxismo do sono é de etiologia primária. Bruxismo secundário pode estar relacionado a outras patologias do movimento ou à hemorragia cerebelar, dor miofascial, na fibromialgia, nas demências, em crianças com retardo mental, déficit de atenção, com hiperatividade, na esquizofrenia, na bulimia nervosa e no transtorno do estresse pós-traumático.⁸

2.2. Classificação e Fatores de Risco

Em 1979, os hábitos parafuncionais orais, foram classificados em três tipos: 1) contato entre dente e corpo estranho. Como exemplo o hábito de morder lápis, cachimbo e caneta; 2) contato entre dente e mucosa. Como exemplo o hábito de morder bochechas e lábio; 3) contato entre dentes,

sem as funções de mastigação ou deglutição, sendo determinado pelo bruxismo excêntrico ou cêntrico.¹⁴

O bruxismo do sono é classificado como primário sempre que não há origem médica evidente, psiquiátrica ou sistêmica. É classificado como secundário sempre que vem relacionado a um transtorno clínico psiquiátrico ou neurológico, relacionado a fatores iatrogênicos, uso ou remoção de medicamentos ou a outro transtorno do sono.⁸

O bruxismo também é classificado como excêntrico e cêntrico. O bruxismo cêntrico está relacionado ao apertamento maxilo-mandibular. O bruxismo excêntrico determina o rangimento, onde há apertamento e deslizamento dos dentes nas posições lateroprotrusivas e protrusivas. Listado normalmente durante o sono, num movimento isométrico, em relação de oclusão cêntrica ou máxima intercuspidação sem que ocorra deslizamento. Por conta do deslizamento e apertamento há um desgaste tanto em dentes posteriores quanto em anteriores.¹⁵

Simultaneamente, pode ser dividido em crônica, onde há adaptação biológica e funcional do organismo e aguda, no momento em que, por alguma razão, o processo se torna agressivo e excede a habilidade biológica de adaptação e defesa do sistema, promovendo os sinais clínicos.⁷

De acordo com a classificação internacional de desordens do sono, o bruxismo também pode ser identificado de acordo com o grau de severidade que vai de moderada a severa, no qual ocorrem indícios de danos às estruturas do sistema estomatognático.¹⁶

Diversos fatores de risco e doenças estão relacionados ao bruxismo do sono. Fumantes apontam um risco ampliado em duas vezes de desenvolverem bruxismo do sono, os fumantes que já são portadores do vício apresentam mais eventos de ranger de dentes enquanto dormindo.¹⁷ Substâncias como cafeína, álcool, cocaína, anfetamina, substâncias relacionadas as anfetaminas, ecstasy, medicamentos antipsicóticos, antidepressivos podem causar o bruxismo do sono.¹⁸

Dentre as causas locais, podemos analisar maloclusões, contato prematuro, traumatismo oclusal, reabsorção radicular, cistos dentígeros, presença de cálculo dental, dentes perdidos, tensão muscular e excesso de material restaurador. Entretanto, alguns autores constam que a presença de maloclusão não aumenta a possibilidade de a criança desenvolver bruxismo.⁶

As condições sistêmicas como deficiências nutricionais e vitamínicas, alteração do trato digestivo, alergias, distúrbios otorrinolaringológicos, parasitoses intestinais, desequilíbrio endócrinos, deficiência mental e Síndrome de Down podem estar associados ao progresso do hábito.¹¹

Os cientistas perceberam uma combinação positiva entre distúrbios respiratórios durante o sono, como a obstrução das vias aéreas correspondente à hiperplasia tonsilar e ao aparecimento de bruxismo em crianças. Os autores descreveram que, posteriormente a cirurgia de adenoides e tonsilas, as crianças apresentaram uma melhora considerável no quadro de bruxismo.⁷

Em relação as causas hereditárias, uma pesquisa sobre predisposição genética confirmou que pais que tinham o hábito na infância constantemente possuem filhos que apertam ou rangem os dentes, o que preconiza uma predisposição hereditária, apesar de o modo de transmissão ainda seja incógnito.⁶

O fator emocional encontrado com maior frequência em crianças é a ansiedade, sendo o bruxismo uma resposta de escape do organismo, uma vez que a cavidade bucal apresenta um forte potencial afetivo, além de ser um ponto favorecido para manifestação de impulsos reprimidos, conflitos e emoções. Por isso, crianças que não conseguem realizar seus desejos e necessidades, tendem por ranger ou apertar os dentes para neutralizar tais problemas ou como uma maneira de autoagressão.¹⁹

As grandes tensões emocionais, questões familiares, momentos de ansiedade, crises existenciais, medo, depressão e hostilidade, crianças em etapa de autoafirmação, prática de esportes competitivos, provas escolares e campeonatos, podem agir como elementos de origem psicológica.¹¹

Algumas condições ocupacionais estão relacionadas às atividades físicas, mentais e profissionais, alguns referentes ao comportamento e estado físico que manifestam diferença relevante entre pacientes com e sem o hábito.⁷

Pesquisas realizadas em adultos apontam que o estresse é o principal causador do bruxismo, do mesmo modo que ações emocionais, ansiedade, raiva, agressão reprimida, medo distúrbios do sono, frustrações, depressão, falta de higiene do sono, estado de dor e uso de psicofármacos.²⁰

2.3. Sinais e Sintomas

De característica multiplofatorial, o bruxismo tem como característica desgastes oclusais severos, exigindo do clínico maior atenção aos vários sinais e sintomas para a realização de um correto diagnóstico.²⁰ Alguns dos sinais relatados pelos pacientes seriam determinados pelos desgastes nas bordas incisais dos dentes anteriores e a hipertrofia muscular.²¹

Figura 1. Desgastes nas Bordas Incisais presentes em pacientes bruxistas.



FONTE: SERAIDARIAN, 2001.

As pessoas que possuem o bruxismo do sono podem descrever como sintomas, especialmente ao acordar: dificuldade de abertura bucal ou travamento, dor de cabeça na região temporal, travamento bucal, musculatura mandibular rígida ou fadigada e hipersensibilidade dentária. Clinicamente conseguimos notar, nesses pacientes, um desgaste dentário que não condiz com a idade e função, fraturas de restaurações ou dentes, abfração, recessões, hipertrofia muscular na região de masseter e língua endentada. Ruídos dentais durante o sono também são relatados por parentes ou pessoas que dormem perto desses pacientes bruxistas.²²

O bruxismo infantil pode ser determinado pela presença de desgastes da superfície dentária, desconfortos musculares e articulares, atuando como auxiliar na evolução da doença periodontal destrutiva e colaborando para a evolução da falsa Classe III, além de antecipar a rizólise de dentes decíduos e ocasionar alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes. Relata-se, também, a probabilidade de o bruxismo contribuir para o apinhamento dental.⁶

No bruxismo observamos que o rangimento dos dentes promove facetas lisas e o apertamento dos dentes promove facetas rugosas, de bordos bem definidos no início, atingindo mais intensamente os dentes anteriores do que os posteriores, especialmente caninos permanentes e decíduos.²³

A presença de facetas de desgaste frequentemente indica história prévia de bruxismo, que pode não estar mais acontecendo no momento do exame clínico ou estar no início.²⁴

As sequelas do bruxismo nos dentes originam-se por vários fatores, como o tipo de intensidade da parafunção, localização e número dos dentes, relação intermaxilares, posicionamento dos dentes na arcada, altura das cúspides, contato interdentário, mobilidade.²⁵

Ainda sobre os sinais perceptíveis no elemento dental, podemos observar que além da presença de facetas, há a formação de trincas, fraturas coronárias ou de restaurações e erosão cervical. Em relação aos sintomas a dor nem sempre é a queixa principal. Porém, existe sintomatologia na qual a dor aparece acompanhada e pode se apresentar em várias estruturas do sistema estomatognático (músculos, Articulação Temporo Mandibular e Dentes). Assim, o paciente busca rapidamente por tratamento para que não ocorra maiores danos a estrutura dentária.⁶

Quando acontece uma adaptação fisiológica dessas estruturas, o dente é o maior prejudicado, perdendo estrutura de maneira progressiva e aponta destruição das estruturas periodontais, caracterizada pela perda óssea, resultando em pericementite, mobilidade e abscesso periodontal, podendo evoluir para comprometimento pulpar, resultando em necrose pulpar e pulpite e em estados avançados a perda do elemento dental.²¹

A periodicidade dos sintomas do bruxismo do sono primário é variante, sendo possível existir intervalos de tempo de até semanas sem manifestações clínicas ou surtos, com períodos longos de atividade que coincidam com estresse psicológico.²⁶ O bruxismo do sono secundário exibe manifestações clínicas mais regulares.¹²

Alguns sinais e sintomas clínicos ajudam no diagnóstico de bruxismo: queixa de dor e fraqueza nos músculos da mastigação e cefaléias ocasionais; ruído durante o ranger dos dentes; desgaste dentário (um ou mais elementos); sensibilidade dos dentes para calor e/ou frio; estalido da articulação temporomandibular ou diminuição da amplitude de abertura da mandíbula; hipertrofia de músculos masseteres e temporais; cicatrizes e cortes na língua.²⁶

2.4. Diagnóstico

O bruxismo é uma resposta do subconsciente desenfreado e leve, em geral é desconhecido ou despercebido pelos bruxistas e seus familiares. Dessa forma, torna-se fundamental determinar o diagnóstico precoce das prováveis alterações que possa ocorrer, antes que o ciclo vicioso acabe em dano grave e inalterável.²⁷

O diagnóstico do bruxismo do sono é complexo. Segundo a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD), bruxismo noturno pode ser identificado clinicamente sempre que houver os seguintes sinais: ruídos de ranger de dentes durante o sono, desgaste dentário anormal e incomodo muscular mandibular.⁸

A análise do desgaste dentário em pacientes com bruxismo se constitui especialmente no diagnóstico visual, sem distinguir se a causa está associada a aspectos patológicos ou psicológicos.²⁸

Na criança a anamnese deve ser realizada em ambiente tranquilo, com a colaboração dos pais para obter as informações sobre hábitos, história médica, queixa de dor, avaliação do perfil psicológico e relacionamento familiar e social. O exame clínico deve ser feito de forma minuciosa, com análise da oclusão, apalpação, ausculta, apuração da movimentação mandibular, avaliação de tecidos moles e língua e exames radiográficos, importantes no diagnóstico das alterações do sistema estomatognático.⁶

O diagnóstico diferencial é de suma importância para que outros movimentos faciais não sejam confundidos com o bruxismo, tais como, tossir, engolir, grunhir ou alternar a abertura e o fechamento mandibular.²⁹ É fundamental conseguir diferenciar o ruído resultante do bruxismo daquele produzido pelo ato de roncar, através de gravações ou técnicas de vigilância.¹²

O diagnóstico clínico complementar pode ser feito através da polissonografia, que irá destacar os episódios de bruxismo durante o sono. É relevante que esse exame tenha canais de eletroencefalograma, eletromiografia e eletro-oculograma além do registro audiovisual, para poder diferenciar o som de ranger de dentes e excluir outras atividades bucomandibulares, (deglutição, tosse, mioclonias) que correspondem cerca de 30% das atividades bucais noturnas, podendo ser confundidas com bruxismo.³⁰

Com o exame de polissonografia em pacientes portadores de bruxismo do sono é possível excluir outros distúrbios como a síndrome da apnéia do sono, distúrbio comportamental do sono, movimentos periódicos dos membros e outros.¹⁸

A variedade das atividades promotoras durante o sono é comum em portadores de bruxismo do sono leves ou moderados, tornando-se preciso duas noites de polissonografia, enquanto em pacientes portadores de bruxismo do sono grave com menor variabilidade é necessária uma noite apenas.²⁶

2.5. Tratamento

Buscando obter um controle da parafunção, é fundamental determinar uma terapêutica baseada especialmente em dois aspectos: (1) orientar e educar o paciente sobre os prováveis fatores desencadeantes, buscando o autocontrole sempre que possível; (2) restaurar a função normal do aparelho mastigatório, especialmente músculos e articulações, com proteção das estruturas duras e moles. A abordagem da terapêutica deve ser discutida junto com o paciente.³¹

A principal intervenção clínica referente ao bruxismo deve ser focada na proteção do dente, alívio das dores faciais, reduzir o ranger, promover melhorias na qualidade do sono, se necessário.⁶

Não se tem uma estratégia única ou cura para o tratamento do bruxismo do sono. Aplica-se, portanto, tratamento odontológico, comportamental, farmacológico e suas combinações, de acordo com cada paciente, para estabelecer o alívio dos sintomas.¹²

2.5.1. Tratamento Comportamental

Higiene do sono é composta de instruções, com o propósito de reparar hábitos pessoais e fatores ambientais que prejudicam a qualidade do sono.³²

Indicações para higiene do sono: deitar quando sentir sono, evitar café, chocolate, chá e medicamentos com cafeína, evitar o consumo de álcool no mínimo 6 horas antes de dormir, evitar comer no meio da noite, evitar fumar antes de dormir, evitar refeições pesadas a noite, fazer exercícios físicos 4 a 6 horas antes de ir deitar, ingerir lanche com leite ou derivados e carboidratos antes de dormir, manter horários regulares para dormir e acordar, até mesmo no fim de semana.⁸

A auto-hipnose ou a hipnoterapia é um método de relaxamento. O paciente relaxa os músculos da mandíbula e relaciona a condição de relaxamento com imagens. Em um estudo feito por Clarke com paciente portadores de bruxismo do sono, a hipnoterapia gerou melhoras objetivas e subjetivas.³³

O estresse deve ser apontado como fator permissivo relacionado ao bruxismo do sono, ainda que não exista estudos que estabeleçam o real papel da ansiedade no desenvolvimento e na manutenção de bruxismo do sono.¹² Controle do estresse e mudanças no estilo de vida são recomendados se o portador de bruxismo do sono demonstra sintomas de ansiedade.³⁴

2.5.2. Tratamento Odontológico

No tratamento odontológico para pacientes bruxistas, a fundamental intervenção clínica deve ser focada na proteção do dente, diminuindo o ranger, amenizando as dores temporais e faciais e proporcionando benefícios na qualidade do sono, incluído ajustes oclusais e restauração da superfície dentária, por causa da gravidade do desgaste.^{20,35}

Alguns tipos de tratamento odontológicos são indicados: Ajuste oclusal; Ortodontia; Uso de dispositivos intra orais (placas); Restauração das superfícies dentárias com colocação de coroas e pontes, dentre outros. Os tratamentos irreversíveis como, ajuste oclusal, restaurações e ortodontia, devem ser indicados cuidadosamente segundo a necessidade.¹²

A placa oclusal é um dispositivo interoclusal removível, que envolve todos os dentes de um dos arcos, normalmente o superior, que se fixa nas incisais e oclusais dos dentes, gerando um contato oclusal inicial com os dentes do arco oposto. Também conhecido como aparelho

interoclusal, protetor noturno ou aparelho ortopédico, comumente utilizado em hábitos parafuncionais como bruxismo e disfunções temporomandibulares. Tem como função a obtenção de um diagnóstico diferencial, para atividades musculares anormais, alívio da dor nas fases agudas em casos de hábitos parafuncionais e como proteção dos dentes das cargas traumáticas em pacientes bruxistas. Sendo assim, é um aparelho não invasivo, com efeito reversível, o que é preferível em casos de origens complexas.^{20,35}

Figura 2. Placa de Bruxismo em Posição de Máxima Intercuspidação Habitual.



FONTE: Imagem gentilmente cedida pelo professor Dr. Robson Ferraz.

Dois modelos de aparelho podem ser empregados: protetores bucais rígidos ou flexíveis. O protetor bucal flexível é indicado apenas para uso por curtos períodos de tempo devido a degradação do material, já as placas rígidas de estabilização são mais indicadas para longos períodos de tempo. A eficiência e o mecanismo de ação dos aparelhos intra orais na atividade neuromuscular durante o sono ainda não estão especificados.¹²

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de material publicado sobre o bruxismo, suas características clínicas, sinais e sintomas e possíveis tratamentos.

A busca dessas bibliografias foi a partir dos termos: Bruxismo, Bruxismo do Sono e Placas mio-relaxantes.

Os artigos pesquisados para servir de base para o presente trabalho foram selecionados a partir do ano de 1985 até o ano de 2017, tendo como critério de inclusão os artigos no idioma em português e inglês, encontrados nas bases de dados: SciELO, Manual de Saúde Pública e livros sobre o tema.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura analisada, o bruxismo é um hábito parafuncional que abrange a maioria das pessoas sem distinguir idade ou sexo. Sua origem multifatorial acaba por dificultar o tratamento. Sendo de progressão lenta e gradativa e, ou por ocorrer em períodos de inconsciência, faz com que dificulte o diagnóstico ou que esse aconteça tardiamente, tendo como resultado, dentre outros, desgastes dentais e dores articulares. A inexistência de um tratamento exclusivo para o bruxismo faz com que priorizemos tratamentos reversíveis, com materiais de menor resistência, como resinas compostar e placas miorrelaxantes. Dessa forma, é importante saber determinar sua intensidade e indicar as melhores medidas de tratamento para os indivíduos que possuem este hábito. Além disso, é preciso trabalhar de forma integrada com outras áreas como a Psicologia e Medicina que são fundamentais na conduta clínica dessa parafunção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado E et al. Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. *Dental Press Journ Orthod*, v. 16, n. 2, p. 58-64, 2011.
2. Maciel RN. *Oclusão e ATM: procedimentos clínicos*. Santos, 1996.
3. Lavinias MO. O bruxismo como manifestação bucal de distúrbios psicogênicos. *Odontol Moder*, v. 12, p. 54-8, 1985.
4. Gaida PS. *Bruxismo: um desafio para a odontologia*. 2004. Tese de Doutorado.
5. Alves VCS et al. Alguns aspectos do bruxismo de interesse do odontopediatra. *Rev. odontopediatra*, v. 2, n. 3, p. 157-63, 1993.
6. Diniz MB; Da Silva RC; Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 27, n. 3, p. 329-334, 2009.
7. Silva NRS; Castisano MH. *Bruxismo etiologia e tratamento*. *Revista Brasileira de odontologia*, Jul/Dez. 2009, v, 66, n. 2, p. 223-226.
8. Aloé F; Gonçalves LR; Azevedo A; Barbosa RC; Bruxismo durante o sono. *Revista Neurociências*, 11 (1): 4-17, 2003.
9. Dorland WA. *Dorland's illustrated medical dictionary*. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.
10. Marchini L. *Oclusão dentária: princípios e prática clínica*. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

11. Gonçalves LPV; Toledo OA; Otero SAM. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, V. 15, n. 2, mar./abr. 2010.
12. Bader G; Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. *Sleep medicine reviews*, v. 4, n. 1, p. 27-43, 2000.
13. Vandreias AP; De Leeuw R; Fatores etiológicos do Bruxismo do Sono: Revisão de Literatura. *Revista Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 26, n. 3, 2017.
14. Seraidarian PI; Assunção ZLV; Jacob MF. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. *Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial*, v. 1, n. 4, 2010.
15. Bahils A.; Rodrigues NL; Ferrari E. Bruxismo. *Revista Odonto Ciência*, n. 27, p. 7-20, 1999.
16. Bailey DR. Sleep disorders. Overview and relationship to orofacial pain. *Dent Clin North Am*, v. 41, n. 2, p. 189-209, 1997.
17. Lavigne GJ; Lobbezoo F; Rompré PH. Cigarette smoking as risk factor or an exacerbating factor for restless legs syndrome and sleep bruxism. *Sleep*, 20:290-3, 1997.
18. Lavigne GJ; Manzini C. Bruxism. In: Kryger, MH, Roth T, Dement WC. *Principles and practice of sleep medicine*. Third Edition. Philadelphia, WB Saunders, 2000, pp. 773-85.
19. Simões-Zenari M. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 22, n. 4, p. 465-472, 2010.
20. Gimenes MCM. Bruxismo aspectos clínicos e tratamentos. Artigo publicado na Jan. 2008. Disponível em [http://www.portaleducação.com.br/odontologia/artigos/2008/bruxismo aspectos clínicos](http://www.portaleducação.com.br/odontologia/artigos/2008/bruxismo%20aspectos%20cl%C3%ADNICOS). Acesso em 07/05/2018.
21. Dekon SFC. Reabilitação oral em paciente portador de parafunção severa. *Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)*, v. 24, n. 1, p. 54-9, 2003.
22. De Moraes MSBF; De Oliveira NM. Bruxismo. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 8, n. 2, p. 5-6, 2006.
23. Garcia PPNS. Verificação da incidência de bruxismo em pré-escolares. *Odontol Clin*, v. 5, n. 2, p. 119-122, 1995.

24. Vandreas AP. Relationship between craniomandibular dysfunction and oral parafunctions in Caucasian children with and without unpleasant life events. *Journal of oral rehabilitation*, v. 22, n. 4, p. 289-294, 1995.
25. Mehl A et al. A new optical 3-D device for the detection of wear. *Journal of Dental Research*, v. 76, n. 11, p. 1799-1807, 1997.
26. Lavigne GJ et al. Variability in sleep bruxism activity over time. *Journal of sleep research*, v. 10, n. 3, p. 237-244, 2001.
27. Ramfjord S; Ash MM. editores. *Oclusão*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
28. Negoro T et al. Bruxing patterns in children compared to intercuspal clenching and chewing as assessed with dental models, electromyography, and incisor jaw tracing: preliminary study. *ASDC journal of dentistry for children*, v. 65, n. 6, p. 449-58, 438, 1998.
29. Miguel AM. Bruxism and Other Orofacial Movements During Sleep. *Journal of Craniomandibular Disorders*, v. 6, n. 1, 1992.
30. Macedo CR. Bruxismo do Sono. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 18-22, mar./abr. 2008.
31. Pereira RPA et al. Bruxismo e Qualidade de Vida. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 21, n. 52, abr./jun. 2006.
32. Morin CM. et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, v. 22, n. 8, p. 1134-1156, 1999.
33. Clarke JH; Reynolds PJ. Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism: a pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, v. 33, n. 4, p. 248-253, 1991.
34. Thompson BA; Blount BW; Krumholz TS. Treatment approaches to bruxism. *American family physician*, v. 49, n. 7, p. 1617-1622, 1994.
35. Oliveira ME; Carmo MRC. Placa de mordida interoclusal para tratamento de bruxismo. *Revista do CROMG*, 2000. v. 7, n. 3, p. 183-186.