

BRUXISMO: uma revisão de literatura

Fabiana Silva Soares*

Lia Dietrich**

RESUMO

O bruxismo é considerado uma parafunção oral multifatorial, extremamente destrutiva pelo atrito dos dentes do sistema mastigatório se caracterizando em apertar ou ranger os dentes, e está relacionado à hiperatividade muscular com contrações rítmicas musculares, adquirida de forma inconsciente, que pode ocorrer durante o dia sendo mais frequente durante o sono. Esta pesquisa teve como objetivo verificar as causas e consequências do bruxismo, buscando mostrar os tratamentos existentes atualmente. Por se tratar de uma revisão de literatura qualitativa, a pesquisa apresenta também um caráter qualitativo, e sua utilização busca definir um problema, gerar hipóteses, e identificar determinantes. Assim sendo, todos os tratamentos para esta dolorosa atividade são muito controversos e discutíveis, porém, considera-se que a responsabilidade do mesmo pertença ao Cirurgião-dentista que deverá identificar os sinais e sintomas, buscando proteger o sistema estomatognático seja através de placas interoclusais e encaminhar o paciente para tratamento do fator causal.

Palavras-chave: Bruxismo . Apertamento dentário. Hábitos parafuncionais.

*Formanda do Curso de Odontologia da Faculdade de Patos de Minas, 2012. Patos de Minas/MG.fabiana.soares.11@hotmail.com

**Mestre em reabilitação oral pela Universidade Federal de Uberlândia. Governador Valadares 2012.Lia_dietrich@yahoo.com.br

ABSTRACT

Bruxism is considered an oral multifactorial parafunction, extremely destructive by the friction of the teeth of the masticatory system being characterized by clenching or grinding the teeth, and is related to muscle hyperactivity with rhythmic muscular contractions, acquired unconsciously, which may occur during the day, being more frequent during sleep. This research aimed to examine the causes and consequences of bruxism, seeking to show the treatments available today. It is a qualitative literature review, the research also presents a qualitative character, and its use seeks to define a problem, generate hypotheses, and identify determinants. Therefore, all treatments for this painful activity are very controversial and debatable, however, it is considered that the responsibility belongs to the Dentist who should identify the signs and symptoms, seeking to protect the stomatognathic system through the use of mouth guard and refer the patient to treat the causative factor.

Keywords: Bruxism. Teeth grinding. Parafunctional habits

1 INTRODUÇÃO

O bruxismo é caracterizado pelo ranger ou apertar dos dentes fora das funções mastigatórias e de deglutição. São hábitos parafuncionais muito difíceis de serem tratados pela Odontologia. Além disso, o tratamento depende do desgaste verificado nos dentes podendo ser muito doloroso, caro e extremamente frustrante para o portador dessa disfunção. Assim sendo o tema a ser abordado neste artigo refere-se ao estudo do bruxismo.

Diversos autores fizeram ampla abordagem sobre o assunto, destacando as dificuldades existentes nesta área, o que despertou o interesse em realizar trabalhos que contribuam para o aprofundamento e entendimento dos cirurgiões dentistas e alunos de graduação (SERAIDANIAN; 2001; CARDOSO *et al.*, 2009 FERNANDES NETO; 2006; CIDRIM, 2001).

O grande questionamento é o que vem a ser bruxismo, quais suas causas e consequências e como ele pode ser tratado na população atual?

- O bruxismo é um transtorno que pode ser causado por vários fatores ou apenas um. Geralmente é adquirido quando há algum desequilíbrio de ordem sistêmica, psicológica, ocupacional ou oclusal (CARDOSO *et al.*,2009).

- O bruxismo pode levar ao desgaste dos dentes ou à fratura, uma sobrecarga dos constituintes do aparelho estomatognático, levando até à fadiga do mesmo. (CARDOSO *et al.*,2009).

- Para um controle e preservação das estruturas dentais são utilizados mecanismos, como a placa articular rígida (CARDOSO *et al.*,2009).

O objetivo geral do artigo foi: verificar as causas e consequências do bruxismo, buscando mostrar os tratamentos existentes atualmente na literatura. Os objetivos específicos foram:

- Avaliar os meios que podem vir a causar o bruxismo;
- Avaliar os meios de tratamento;
- Avaliar as consequências e os sinais do bruxismo.

Com esses elementos obteve-se ampla justificativa para que se realizasse a abordagem do tema, refletindo que o bruxismo consiste no hábito de ranger os dentes de forma rítmica, geralmente inconsciente, realizado com maior frequência durante o sono, podendo apresentar sintomatologia dolorosa, ou não.

Geralmente são observados pelos pacientes quando há sinais ou sintomas. Esses sinais podem se manifestar com dores de cabeça, dor muscular ou ainda dor na articulação temporomandibular.

O bruxismo atinge uma boa parte da população mundial, devido ao estresse do dia-a-dia. Muitas podem ser as causas dessa disfunção, o que dificulta na realização de um tratamento extremamente satisfatório, e por essa razão, muitos tratamentos são propostos e às vezes utilizados em conjunto para uma redução dos sinais e sintomas.

A diversidade de considerações e questionamentos sobre o bruxismo conduziu a que se estudasse o objetivo de revisar a literatura a respeito da sua etiologia, implicações clínicas, manifestação, bem como tratamento dos pacientes acometidos por esta parafunção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceito

Seraidanian *et al.* (2001, p. 290) consideram que o bruxismo é um fenômeno que tem se tornado frequente nas clínicas odontológicas, ele já foi tido como sendo uma “manifestação oral normal, de implicações estritamente locais”. Os autores ainda ressaltam que este problema ou hábito parafuncional tem origem multifatorial e ainda acrescentam: “expressando-se por distúrbios funcionais de severas implicações clínicas”. “O bruxismo é uma atividade parafuncional do sistema mastigatório que se caracteriza em apertar ou ranger os dentes, com contrações rítmicas musculares, sendo mais frequente durante o sono” (SERAIDANIAN *et al.*, 2001, p. 292).

Este termo bruxismo tem sua origem na palavra grega “bruchein”, e seu significado: atrito, fricção ou aperto dos dentes. Estas distúrbios funcionais vêm sendo demonstradas desde os estudos de Nadler (1957, p.291, apud SERAIDANIAN *et al.*, 2001, p.291) que enfatiza que sua existência é “tão antiga quanto o homem”.

Assim sendo, nos diversos trabalhos e estudos pesquisados constata-se que em sua grande maioria os autores e/ou estudiosos concordam com o conceito de que o bruxismo é “uma das disfunções da articulação temporomandibular (ATM), ou seja, uma condição em que se range e aperta os dentes mesmo sem perceber, principalmente durante o sono” (LIZARELLI, 2012).

No Dicionário AURÉLIO (2004), [s.p] a definição de bruxismo é “ação de ranger os dentes durante o sono”.

O bruxismo do sono (BS) é uma desordem de movimentos estereotipados e periódicos, associados ao ranger e/ou apertar de dentes durante o sono, decorrentes da contração rítmica dos músculos mastigatórios. (MACHADO *et al.*, 2011). É importante ressaltar que “essa condição não é uma doença, porém quando exacerbada pode ocasionar desequilíbrio e alteração das estruturas orofaciais” (MACHADO *et al.*, 2011, p.02).

Neste contexto, compreende-se que esta disfunção ocasiona dores moderadas, que dispensam tratamento, todavia, dependendo da frequência e da intensidade da dor, podendo ocorrer problemas de mastigação, de enxaqueca, de insônia chegando mesmo a trincar os dentes (MACHADO *et al.*, 2011).

Um dos tratamentos mais bem-sucedidos é realizado com laser de baixa potência no consultório do Cirurgião dentista. Outra alternativa apresentada refere-se às placas oclusais. O bruxismo é conhecido como “ranger dos dentes”, e é também responsável pelo “apertar” os dentes envolvendo aumento de tônus muscular. A diversidade de considerações e questionamentos sobre o bruxismo conduziu a que se estudasse a respeito da sua etiologia, implicações clínicas, manifestação, bem como tratamento dos pacientes acometidos por esta parafunção (MACHADO *et al.*, 2011).

2.2 Etiologia

Mesmo tendo uma etiologia pouco conhecida nota-se que ela apresenta um aspecto multifatorial: pode ser afetada pelo Sistema Nervoso Central, por meio das influências periféricas. O aspecto de maior evidência da má oclusão corresponde as alterações neurofisiológicas (MARCHINI; SANTOS, 2012)

Os múltiplos fatores, de conformidade com Gusson (1998) predisponentes ao bruxismo podem ser considerados como: fatores locais ocasionados por contatos prematuros, e interferências oclusais; fatores sistêmicos que ocorrem em pessoas portadores de asma ou rinite, pacientes com distúrbios do Sistema Nervoso Central; os fatores psicológicos: stress, ansiedade; fatores ocupacionais prática de esportes de competição e, ainda os fatores hereditários.

Além desses, destaca Gusson (1998): tem-se os distúrbios que são ligados ao sono ou às parasomnias que tendem a acontecer durante o sono, interligados a graus diferentes de excitação do tipo da enurese noturna, falar dormindo, sono agitado.

Já nos distúrbios da ATM (Articulação têmporo-mandibular) apesar de todas as hipóteses a etiologia ainda não foi bem identificada devido às dificuldades encontradas e à complexidade das mesmas (RODRIGUES *et al.*, 2006). Alerta, ainda

que também pode ser um fator etiológico dos distúrbios de ATM e que recentemente a etiologia não estava bem definida. Nota-se que a interferência oclusal, que antes era tida como fator principal assim como o estado emocional não são mais fatores principais etiológicos. Estes fenômenos são partes do processo etiológico.

2.3 Classificação

O bruxismo pode ser considerado cêntrico e excêntrico. O bruxismo cêntrico: é o apertamento maxilo-mandibular e sua incidência acontece durante o sono em movimentos isométricos (RODRIGUES *et al.*, 2006). O bruxismo excêntrico: rangimento, onde há apertamento e deslizamento dos dentes nas posições protusivas e latero-protusivas com desgaste dos dentes anteriores e posteriores (ORTEGA, 1988; BAHLIS *et al.* 1999).

Cardoso *et al.* (2009) define que o BS pode-se manifestar de formas variadas, destacando-se três como mais importantes; o apertamento que é uma forte pressão transmitida ao osso alveolar levando à destruição óssea; o rangeamento, que acontece durante a noite, produzindo atrição dentária e perda óssea alveolar e o batimento dos dentes: que é rápido, repetido e rítmico entre os dentes.

Pode ser ainda como moderado, de severidade moderada a severa e existem evidências causadoras de danos ao sistema estomatognático (BAILEY, 1997).

2.3.1 Fatores emocionais ou psicológicos:

É importante enfatizar que este problema oral, o bruxismo, está intimamente ligado a diversas patologias e fatores psicogênicos e podem estar representando a raiva, a hostilidade e a tensão (CIDRIM, 2001). Podendo até mesmo ser desencadeado como: crises alérgicas: rinite, asma, efusão do ouvido médio.

Consideram que o estresse como sendo a principal causa do bruxismo, lado a lado com problemas emocionais, medo, desordens nervosas, irritabilidade, agressão reprimida, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, falta de higiene do sono e frustrações de diversos tipos (NADLER, 1957; ATTANASIO 1997; OKESON; 1999 PETERS e GROSS 1995 apud SERAIDARIAN *et al.*, 2001).

Outros aspectos visados como causadores desse problema estariam ligados aos transtornos de déficit de atenção, disfunção bioelétricas incluindo ainda as síndromes que abalam o SNC (sistema nervoso central) como por exemplo a Síndrome de Down (SERAIDARIAN *et al.*, 2001).

2.3.2 Fatores Locais

Cardoso (2009) revela que os fatores locais mais importantes são as interferências oclusais, e a erupção de dentes decíduos forçar a mandíbula em látero protusão.

No trabalho de Ramfjord, (1961 apud CARDOSO, 2009) foi usado em macacos Rhesus restaurações altas. Os macacos sofreram de bruxismo até a restauração ficar no nível normal.

Já Jankelson, (1955 apud CARDOSO, 2009), colocou em seres humanosacrílico na face oclusal dos molares concluindo que “o ranger de dentes é resultante de um esforço para remover a interferência e ganhar o máximo de contato dentário”.

A respeito dos fatores locais, valem-se citar o desequilíbrio oclusal ou as más oclusões, ocasionadas por restaurações incorretas, posicionamentos dentais, problemas periodontais, entre outros. Já em relação aos fatores sistêmicos, podem - se citar doenças do Sistema Nervoso Central, fatores genéticos, fatores alérgicos, parasitários intestinais, além de problemas nutricionais, hormonais bem como os próprios fatores psíquicos (CARDOSO, 2009).

2. 3.3 Fatores sistêmicos e neurológicos

Os fatores sistêmicos referem-se a rinite alérgica, deficiências nutricionais, deficiências endócrinas, problemas gastrointestinais. Os fatores neurológicos são originários de uso de medicamentos inibidores de apetite e uso do álcool. (MARKS 1980)

As teorias e hipóteses que buscam a explicação de suas causas ora apoiam-se em seus efeitos, ou em suas causas, ou mesmo em ambas. Contudo, na maioria dos casos o bruxismo está relacionado a um tipo de estresse emocional, sendo que fatores locais e fatores sistêmicos podem estar associados.

2.3.4 Fatores ocasionais

Este tipo de fator ocasional ataca profissionais da bolsa de valores, atletas em busca das vitórias, de recordes e estudantes estressados, segundo Cardoso (2009). Durante uma época da vida, podendo variar em uma vez por semana, mês ou ano, acarreta uma tensão ou preocupação que irá desencadear essa disfunção.

2.4 Consequências

Muitas vezes é difícil realizar um diagnóstico de bruxismo, pois o mesmo se baseia em sinais e sintomas (CARDOSO, 2009). Segundo Cardoso (2009), o desgaste mastigatório ou o hábito de morder canetas ou unhas (onicocefalia) são fatos isolados ao bruxismo. Cidrim (2001) sugere que um aparelho mastigatório normal tanto a posição como os movimentos da mandíbula ocorrem de acordo com a erupção dos dentes. A cada erupção os proprioceptores informam ao SNC – Sistema Nervoso Central a posição e inclinações para que os movimentos do novo dente em conjunto com os demais tenham estabilidade funcional.

Nos casos de dentes frágeis, cariados ou tratados, o ranger pode provocar a quebra, destaca Lima (2012). São comuns a ocorrência de dores de cabeça tensionais devido a intensa contração dos músculos responsáveis pela mastigação chegando a atingir pescoço, o ouvido e ombros. Podem ocorrer ainda a dor na articulação temporomandibular.

Lima (2012) relata que podem acontecer estalos, travamento, restrição da abertura da boca (trismo) e desvio para o lado ao abrir e fechar como ocorrências originadas do bruxismo.

“Também é frequente a dor e o desgaste dos dentes. A dor é pior pela manhã e o desgaste pode chegar à gengiva. Em dentes mais frágeis, sejam eles cariados ou tratados, o ranger pode provocar a quebra”, enfatiza Ferreira (2011, [s.p]). O autor também lembra que “traumas repetidos e inflamação da gengiva levam à perda do suporte ósseo dos dentes, que se tornam móveis.”.

Segundo D’Avila (2010) o tônus ampliado da musculatura é consequência da tensão emocional também aumentada e de estímulos negativos originárias da oclusão desequilibrada.

A tensão emocional, aliada a interferências oclusais e aos movimentos mandibulares podem iniciar e firmar no individuo o habito de deslizar e apertar os dentes (HANSON; BARRETT, 1995).

Essas interferências apresentam consequências dolorosas:

Facetas de desgaste lisas e brilhantes; perda da guia canina e/ou da guia anterior; dor de cabeça por contração muscular (recorrente); dor articular; estalido e dor miofacial; fraturas de dentes e restaurações; destruição de trabalhos odontológicos existentes; má oclusão; perda de osso alveolar; abrasão dentária; dor; pulpíte; hipertrofia muscular; fadiga muscular ao despertar descoordenação dos movimentos mandibulares, desgaste e até perfuração do disco articular, remodelação condilar, achatamento das superfícies articulares, Síndrome parotídeamasseterina e envolvimento estético(FERNANDES NETO, 2006).

Em pacientes com um grande desalinhamento dentário, Fernandes Neto (2006) esclarece que “a presença de distúrbios oclusais e de outros fatores de origem psicológica e sistêmica induz o desenvolvimento de parafunções, que podem provocar perda não cariada das estruturas dentárias”.

Essa perda não cariada da estrutura dentária humana é multifatorial e variada e sua classificação é feita por meio de categorias, que conforme Braem

(1982) podem ser: abrasão, atrição, corrosão e abfração (LEE, 1984; SHUGARS, 1985; GRIPPO *et al.*, 2004; OWENS ; GALLIEN, 1995) .

2.5 Tratamento

O diagnóstico e a etiologia que caracterizam o bruxismo são variadas e controversas (CARDOSO, 2009) e assim sendo não existe um tratamento que seja consensual, destacando que o “tratamento é um desafio (...) e as evidências estão centradas nos fatores psicogênicos e oclusais” sugerindo pesquisas futuras e enfatizando que a terapêutica do bruxismo será relacionada ao comportamento.

Mesmo assim os procedimentos e pesquisas para aliviar a dor relativas a musculatura e articulação temporomandibular tem obtido resultados promissores (CARDOSO, 2009).

Okeson (2000) concorda com o parecer de Cardoso (2009) quanto a existência de múltiplas etiologias e vai mais longe quando destaca que “uma delas poderia ser proveniente da hiperatividade dos músculos temporais”. Assim sendo, os outros sintomas existentes poderão ser considerados e descartados pelos profissionais envolvidos na avaliação.

A resposta de Fava (2010) sobre a pergunta “E como tratar estes tipos de bruxismo?” feita em uma entrevista, demonstra a necessidade de reconhecer a existência do problema, pois como não existe uma causa exclusiva transforma esse tipo de tratamento em um grande desafio. O “ranger” noturno e o “apertamento” diurno dos dentes geralmente não são percebidos pelo paciente e só será percebido se alguém ouvir o rangimento ou se a pessoa estiver prestando atenção, sendo mais provável sua observação no caso de sintomatologia dolorosa.

O bruxismo noturno é combatido com a utilização de placas interoclusais à noite” (FAVA, 2010). Esclarecendo que estas placas ajudam a diminuir a atividade muscular e o conseqüente relaxamento dos mesmos, prevenindo o desgaste dos dentes, minimizando a dor craniofacial e a prevenção de danos de estruturas orofaciais.

O bruxismo diurno exige tratamento odontológico e comportamental. Estas técnicas podem ser o gerenciamento do estresse, práticas esportivas, ioga e exercícios de relaxamento. Ainda de acordo com Fava (2010) ao se associar as

alterações psiquiátricas, tais como a depressão e a ansiedade, o tratamento deve ser feito por profissionais da área, com medicamento próprio. Outro recurso a ser utilizado são as sessões de fisioterapia e de massagem combatendo a dor e a tensão muscular (FAVA, 2010).

De conformidade com Cardoso (2009) os procedimentos e pesquisas tem sido bastante propícios à solução de alívio da dor da musculatura das articulações temporomandibular e ofertando à estrutura dentária a proteção contra desgastes ressalta que as dores atingem o pescoço e dores heterotópicas das estruturas mastigatórias, devendo ser cada caso analisado e fazendo-se a eliminação das causas.

Cardoso (2009) esclarece que são quatro os objetivos do tratamento do bruxismo: redução da tensão física; tratamento de sinais e sintomas; minimização das irritações oclusais e rompimento do padrão neuro muscular habitual.

2.5.1 Tratamento Local

Divide-se em: tratamento dentário reabilitador, ajuste oclusal, placas oclusais, e ortodôntico (CARDOSO, 2009).

2.5.2 Tratamento reabilitador

O grau de desgaste é severo e compromete a anatomia. Realiza-se por meio de coroas e materiais restauradores: resinas compostas – trata as causas e não as consequências do bruxismo (CARDOSO, 2009). Depois do tratamento deve-se proteger os dentes reabilitados com placas.

2.5.3 Tratamento oclusal

Cardoso (2009) destaca que esse tratamento é de caráter irreversível. Seu objetivo é eliminar as interferências oclusais sujeitas ao bruxismo. O hábito do bruxismo é interrompido ou reduzido com esta prática. Existem ressalvas para menores de 18 anos por estarem em desenvolvimento e porque a remoção do esmalte dentário conduz à hipersensibilidade dentária.

2.5.4 Placas oclusais e ortodontia



Figura 7: Placa oclusal superior

Fonte: www.simpleteeth.com

Este tipo de tratamento recebe de diversos autores, segundo Cardoso (2009) a consideração de ser eficaz e de que realmente controla o bruxismo. É considerada a “terapêutica inicial de eleição é que esta altera os contatos entre os dentes, sendo, portanto, meio diagnóstico e um método de tratamento reversível” (CARDOSO, 2009).

Para confeccionar estas placas é preferível a utilização do acrílico termoplástico - placas rígidas

O tratamento ortodôntico é coadjuvante nas oclusões estáveis. Não pode ser estabelecida como recurso de ajuste oclusal.

2.5.5 Tratamento sistêmico

São utilizados medicamentos como tranquilizantes, relaxantes musculares, sedativos, analgésicos e placebo além do tratamento médico. Todos tem por objetivo a diminuição da tensão psíquica e o hábito. O questionamento feito se deve ao retorno ao bruxismo logo que se interrompe o tratamento. Pode ocorrer dependência da medicação quando o uso for muito longo (CARDOSO, 2009).

2.5.6 Tratamento Psicológico

O bruxismo se relaciona com todas as possibilidades aos fatores que ligam ao estresse psicológico, conforme pode ser lido na Folha de Londrina, onde também se afirma que “as pessoas acabam descarregando nos dentes toda a tensão do cotidiano (...) de forma inconsciente e involuntária” (GUSKUMA, 2012).

Esse distúrbio grave traz sequelas penosas, destacando-se os desgastes dentais severos, fraturas dentárias e de próteses, dores faciais, cabeça, pescoço e articulação, e desgastes na articulação mandibular (GUSKUMA, 2012).

O tratamento é muitas vezes difícil limitado nos casos mais avançados, podendo não alcançar os resultados esperados E para isso é necessário que cada indivíduo encontre a causa das tensões psicológicas que pode estar provocando esse distúrbio e elimine-a, tarefa que não é simples e muitas vezes requer auxílio profissional (GUSKUMA, 2012).

Portanto torna-se essencial a conscientização do paciente; o aconselhamento e a psicoterapia e a autosugestão. Constata-se que este tratamento exige cuidado, pois seu efeito pode não ser importante ou fazer efeito contrário. Menos de 1% dos bruxômanos precisam de psicoterapia. É indicado no bruxismo diurno e para pacientes conscientes deste hábito (GUSKUMA, 2012).

2.5.7. Tratamento suplementar

Todos estes tratamentos aliviam sem atingir a causa do bruxismo e o hábito pode atingir a desarmonia oclusal. Os tratamentos suplementares compõem-se de: fisioterapia (calor úmido e massagem), exercícios de relaxamento, fonoaudiologia – nas alterações reflexovegetativas, biofeedback, eletroestimulação e Ultrassom (CARDOSO, 2009).

2.6 Bruxismo Infantil

“O conhecimento dos fatores etiológicos e das características clínicas do bruxismo na infância” (DINIZ et al, 2009) são fundamentais para um diagnóstico precoce, que permita a pediatras, odontopediatras e psicólogos estabelecer um tratamento multidisciplinar e favoreçam o desenvolvimento integral da criança para a promoção de saúde e bem-estar individual, continuam as autoras.

“O bruxismo é mais severo nas crianças em idade pré-escolar devido às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos, embora também apareça em crianças maiores e na dentição permanente” (DINIZ et al, 2009).

O tratamento consiste em um trabalho abrangente, multidisciplinar: envolvendo a odontologia, a medicina e a psicologia. A odontologia normalmente atua em procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico e placas de mordida (DINIZ et al, 2009),

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme pode ser constatado na análise que foi feita o bruxismo ainda não está totalmente esclarecido. Tal fator ocorre porque a cura desta disfunção não foi conseguida em sua totalidade

Uma das razões que levam a essa disfunção oral se encontra no estado emocional, no stress e nos fatores causais diversos. Verifica-se que diversas pessoas podem ser portadoras de bruxismo e não se darem conta do fato, devido a ser uma ocorrência que se apresenta de forma inconsciente.

Portanto é de grande responsabilidade para o profissional conscientizar seu cliente de toda a problemática envolvida nessa patologia e à verificação de que devido à diversidade de tratamentos existentes é grande também o número de profissionais envolvidos no tratamento.

Deve-se repetir e frisar bem que essa é uma disfunção que tem no emocional seu ponto mais sério e abrangente e ir mais adiante revelando ao portador de bruxismo que muitas vezes os resultados obtidos nos tratamentos não satisfazem.

Fica a sugestão de que deve ser feito um maior aperfeiçoamento em pesquisas e estudos mais atualizados até que se obtenha a cura para esse doloroso sintoma oral

REFERÊNCIAS

ATTANASIO, R. An overview of bruxism and its management. **Dent Clin North Am**, v.41, n.2, 1997. p.229-241

BAHLIS A., RODRIGUES, ML, FERRARI, E. Bruxismo. **Revista Odonto Ciencia** 1999, p.7 -20

BAILEY, Dr et al. Sleep disorders. **Dent Clin**, North Am., v. 41 n.2 , p.189-209, 1997

CARDOSO, A C. et al **Oclusão**. Para você e para mim. 4º cap.Santos: Caieiras – SP. 1990. p. 62-115

CIDRIM, L. **Bruxismo**: Uma Visão Fonoaudiológica das Causas e Consequências. Recife 2001

D'Avila, F.O.C. **Bruxismo**. São Paulo. 2010. Disponível em: <<http://www.clinicafares.com.br/dicas-de-saude/Odontologia-63/Bruxismo-18409.html>>. Acesso em: 23 out. 2012.

DINIZ, M. B. et al. Bruxismo na infância: um sinal de alerta paraodontopediatras e pediatras. **Rev Paul Pediatr**. 2009;

FAVA, A. L. **O Bruxismo e Eu** Disponível em: <http://ogerente.com.br/rede/favaconsulting/tratamento-do-bruxismo/> > Artigos>. Acesso em: 10 out. 2012.

FERNANDES NETO, AJ, et al. Disfunção Dentária. **Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, p.119-119, 2006.

FERREIRA, A B DE H; **Miniaurélio Eletrônico versão 5.127a**. edição, revista e atualizada;, POSITIVO INFORMÁTICA LTDA. 2004

GUSKUMA M. H. Alerta: dor de cabeça pode ser sintoma de bruxismo a causa da doença **Folha de Londrina: Sua Saúde** 16/07/2012. Disponível em: http://www.bonde.com.br/?id_bonde=1-27--101-20120716. Acesso em 13/09/2012

GUSSON, DCD. Bruxismo em crianças. J BP.1998 70-97

HANSON, Marvin; BARRET, Richard. Fundamentos da Miologia Orofacial. **Fundamentos da Miologia Orofacial**, Rio de Janeiro, 1995.

LEE, W.C.; EAKLEY, W.S.. Stress induced cervical lesions review of advances in the past 10 years. **J. Prost Dent.**, San Francisco Usa, v. 75, n. 5, p.487-494, maio 1996.

LIMA, P. X. et al. **Patologias Crânio oro –faciais**. Juazeiro do Norte, Ceará. Faculdade Leão Sampaio, 2012.

LIZARELLI Rosane Bruxismo: alívio da dor está na cadeira do cirurgião-dentista. Fórum sobre Tratamento da Dor Facial, 01/2012 **30º CIOSP Congresso Internacional De Odontologia De São Paulo– APCD** (Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas) IN: <http://www.pautas.incorporativa.com.br/a-mostra-release.php?id=4086>

MACHADO, Eduardo Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. **Dental Press Journal of Orthodontics**. 2011. Disponível em: <http://www.academicoo.com/ranger-de-dentes-durante-o-sono>. Acesso em 09/2012/

MARCHINI, L; SANTOS, J.F.F. **Oclusão Dentária** : Princípios e prática clínica <www.elsevier.com.br/odontoconsult.>. Acesso em: 04 set. 2012.

MARKS, M.B. Bruxism in allergic children. **Am J Orthod**, v.77, n.1, p. 48-59, 1980.

NADLER, S.C. Bruxism, a classification: critical review. **J Am Dent Assoc**, v.54, p.615-622, 1957. SERAIDARIAN, P.I.; ASSUNÇÃO, Z.L.V.; JACOB, M.F. Bruxismo:

uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. **JBA**, Curitiba, v.1, n.4, p.290-295, out./dez. 2001

NEVILLE, B. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. .205.

OKESON 1999 apud SERAIDARIAN, P.I.; ASSUNÇÃO, Z.L.V.; JACOB, M.F. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. **JBA**, Curitiba, v.1, n.4, p.290-295, out./dez. 2001.

ORTEGA, A, C Tratamento del bruxismo. **Rev. Actual Estomatol. Esp.**, Madrid. V. 48. N. 374.p.33-37,jun.1988 .

PETER e GROOS 1995. apud SERAIDARIAN, P.I.; ASSUNÇÃO, Z.L.V.; JACOB, M.F. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. **JBA**, Curitiba, v.1, n.4, p.290-295, out./dez. 2001.

RAMJFORD, S.P.; ASH, M.M. **Oclusão**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1987.

RODRIGUES et al.apud FERNANDES NETO AJ, et al. Disfunção Dentária. **Universidade Federal de Uberlândia**, Uberlândia, p.119-119, 2006.

SERAIDARIAN, P.I.; ASSUNÇÃO, Z.L.V.; JACOB, M.F. Bruxismo: uma atualização dos conceitos, etiologia, prevalência e gerenciamento. **JBA**, Curitiba, v.1, n.4, p.290-295, out./dez. 2001.

Data de entrega do artigo: 08/11/2012