

EFICIÊNCIA DA PLACA MIORRELAXANTE COMO TERAPIA COADJUVANTE NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOR OROFACIAL E ANSIEDADE – RELATO DE CASO.

Marco Thulio Silva Gonçalves¹
Ollivia de Paula Castro¹
Ricardo Alexandre Gandra²
marcothuliosg@outlook.com

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

O bruxismo é uma das parafunções mais notadas diariamente, sendo caracterizado como apertar ou ranger dos dentes que pode acontecer no período diurno (bruxismo cêntrico) ou noturno (bruxismo excêntrico). Sua etiologia é ampla, a gravidade do dano varia em cada indivíduo e multifatorial que engloba fatores locais, sistêmicos, psicológicos ou até mesmo alteração no sistema nervoso central. Por sua etiologia ser complexa, é impossível estabelecer um tratamento padrão para todos os pacientes. Tendo em vista a sua alta prevalência e suas consequências irreversíveis ao sistema mastigatório, cabe ao cirurgião dentista estabelecer e realizar um diagnóstico preciso desse hábito, optando por uma terapia de controle conservador e reavaliando o paciente periodicamente. Embora ainda desconhecido como tratamento para eliminar permanentemente o bruxismo, a terapia interdisciplinar é uma modalidade de tratamento bastante eficaz. Sendo assim, o presente estudo, diante dessa ocorrência, teve como objetivo relatar o caso clínico de bruxismo com uma abordagem de tratamento multidisciplinar de um paciente com distúrbios de ansiedade incluindo o quadro de bruxismo.

PALAVRAS-CHAVES: Bruxismo; Placas Oclusais; Ansiedade e DTM.

1. INTRODUÇÃO

O termo bruxismo, utilizado pela primeira vez em 1907 como “mania de ranger os dentes”, é hoje definido de acordo com sua manifestação circadiana, sendo o bruxismo do sono conceituado como uma atividade muscular mastigatória que ocorre durante o sono, e o bruxismo em vigília caracterizado pelo contato repetitivo ou sustentado dos dentes e/ou por travar ou protruir a mandíbula durante a vigília (LOBBEZOO *et al.*, 2018), cuja causa é de natureza multifatorial.

¹ Acadêmicos do 10º período do curso de Odontologia da Univértix.

² Graduado em Odontologia pela UFJVM. Pós-graduado em Implantodontia (19 Dental Group). Especialista em Periodontia pela PROFIS-BAURU-SP e Protése Dentária pela ABO-MG. Mestre em Clínica Odontológica (Periodontia) pela PUC-MG. Professor de Periodontia, Protése Dentária e Clínica Integrada na Faculdade Univértix. Professor de Pós-graduação na 19 Dental Group.

Pode predispor a dor nos músculos da mastigação e do pescoço, dor de cabeça, diminuição do limiar da dor na mastigação e na musculatura cervical, limitação de amplitude de movimento mandibular, distúrbios do sono, estresse, ansiedade, depressão e deterioração geral da saúde bucal (SHETTY, 2010).

Fatores psicológicos como estresse, depressão e ansiedade também são frequentemente relacionados ao bruxismo. Sua relevância, no entanto, continua sendo assunto de debate. Diferentes estudos têm sido realizados em busca de possíveis interações entre estas variáveis (AHLBERG *et al.*, 2008; GUNGORMUS, 2009; ERCIYAS, 2009; MANFREDINI *et al.*, 2004, 2005a; MANFREDINI, 2005; LOBBEZOO, 2009; WINOCUR *et al.*, 2007). Por outro lado, a interferência oclusal não está sendo considerada mais o fator principal etiológico do bruxismo, enquanto que o estado emocional é considerado agora apenas parte da etiologia (CLARK, 1985).

A ansiedade é considerada como um dos fatores desencadeadores do bruxismo, sendo a serotonina 5-HT uma substância importantíssima no estudo neuroquímico da ansiedade. Tanto o bloqueio de seus receptores quanto o bloqueio da sua síntese produzem efeitos ansiolíticos. A 5-HT exerce duplo papel na regulação da ansiedade – ansiogênico na amígdala e ansiolítico na matéria cinzenta periaquedutal dorsal (MCPD) (AFONSO, 1997).

A condição psicoemocional é apontada como uma das mais importantes na gênese do bruxismo, podendo estar relacionada com as frustrações de pacientes bruxomanos, que tendem a usar o seu aparelho estomatognático para descarregar seus sentimentos de agressividade (RAMFJORD e ASH, 1987).

Já os fatores ocupacionais estão relacionados com a atividade física, profissional e mental, enquanto como condições sistêmicas relatam-se alterações no trato digestivo, como paralisias intestinais e desequilíbrio enzimático na digestão, que levam a estresse abdominal crônico, disfunções urológicas e desordens endócrinas, como o hipotireoidismo (MARKS, 1980; TEIXEIRA, 1994). Além disso, a pessoa considera difícil controlar a preocupação e a ansiedade (DALGALARRONDO, 2019).

Portanto, diante dessa ocorrência, esse trabalho teve por objetivo relatar o caso clínico com abordagem de tratamento multidisciplinar de um paciente com distúrbios de ansiedade e bruxismos.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O bruxismo é uma parafunção caracterizada pelo contato não-funcional dos dentes e vem sendo considerado um problema comprometedor na saúde e qualidade de vida da população. Quando intensificado, pode levar a um desequilíbrio fisiopatológico do sistema estomatognático (TAN *et al.*, 2000).

Esse termo empregado pela Odontologia deriva de “bruchein”, palavra grega que significa atrito, fricção ou aperto dos dentes, fora das funções normais. Estudos realizados por Nadler (1957), Glaros (1981), Pavone (1985), Molh (1991), Sapiro (1992) e Okeson (1994) demonstraram que seria uma das desordens funcionais dentárias mais prevalentes e complexas. Da mesma forma, Colquitt (1987) e Pavone (1985) classificaram-no como uma alteração severamente destrutiva, sendo que Nadler (1957) descreveu que sua origem seria tão antiga quanto a do próprio homem.

Em 2013, Lobbezoo e colaboradores definiram da seguinte forma: é uma atividade muscular da mandíbula de forma repetitiva caracterizada por apertar ou ranger dos dentes e/ou por “bracing” ou empurrar da mandíbula. Possui duas manifestações circadianas distintas: pode ocorrer durante o sono (indicado como bruxismo do sono) ou durante a vigília (indicado como bruxismo acordado).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 30% da população mundial sofrem com o bruxismo. No Brasil, esse número pode chegar a 40% (O TEMPO, 2019).

Relata-se que uma em cada cinco crianças com até 11 anos de idade sofre de bruxismo do sono, embora o número real seja provavelmente mais elevado, pois, com frequência, os pais não sabem disso. Shinkai *et al.* (1998) notaram a alta prevalência do bruxismo em crianças: 43% entre crianças com idade de dois a três anos, 35% entre quatro e cinco anos e 34% entre dez e 11 anos de idade. Muitos fatores associados são ansiedade, personalidade, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) e outros hábitos parafuncionais.

Okeson (2013) considera que 85% a 90% da população rangem os dentes em algum grau durante a vida e somente cerca de 5% desses pacientes apresenta o bruxismo como condição clínica.

2.2 CLASSIFICAÇÃO

Ramfjord (1961) catalogou o bruxismo como sendo dos tipos cêntrico ou excêntrico. O termo cêntrico foi utilizado para indicar um tipo de bruxismo que ocorre principalmente na posição de máxima intercuspidação habitual, relação cêntrica ou entre estas duas posições. Por outro lado, o termo excêntrico foi utilizado para indicar um tipo de bruxismo que ocorre nas posições mandibulares excêntricas: lateralprotrusiva ou somente protrusiva.

Ramfjord (1961) ainda acrescentou que o bruxismo cêntrico ocorre principalmente durante o dia e o excêntrico durante a noite. A importância desta classificação é que enfatiza a relação do hábito com as posições e os movimentos mandibulares. Foi sugerida pelo autor a importância do bruxismo relacionado com a estabilidade nas posições cênicas e excêntricas e a relação com as interferências oclusais.

Outro sistema de classificação que pode ser considerado muito similar ao anterior, com a exceção de que não faz referência às posições e movimentos mandibulares, é aquele de Reding *et al.* (1968). Estes autores estudaram a personalidade de pacientes com bruxismo, classificaram o hábito como sendo diurno ou noturno, e mencionaram o grau de consciência do indivíduo em relação ao hábito.

A importância desta classificação consiste no fato de que faz alusão ao grau de consciência, presença de ruídos de rangimento e relaciona o bruxismo com a personalidade.

Pode também ser classificado em duas categorias:

- **Primário** (idiopático) é quando o transtorno não está relacionado a uma condição médica (ILOVAR, S.; ZOLGER, D.; CASTRILLONE *et al.*, 2014)

O primário é ainda dividido em dois tipos: bruxismo em vigília e bruxismo do sono:

O bruxismo em vigília acontece durante o dia com o cerramento sendo mais proeminente. É definido como cerramento da mandíbula consciente e parece ser semivoluntário. Geralmente, está correlacionado com alta ansiedade e estresse. O bruxismo em vigília é relativamente comum, envolvendo 20% da população adulta e 18% das crianças. Afeta mulheres mais do que homens. Os sintomas geralmente

pioram ao longo do dia. Cerrar os dentes durante o dia aumenta os riscos de cerrá-los ou rangê-los durante a noite (AUGUST, 2016).

O bruxismo do sono é uma resposta fisiológica do sistema nervoso central que, por meio de mecanismos de ativação do sistema nervoso autônomo, desempenha um importante papel na manutenção da homeostase do organismo, e que apesar dos possíveis danos às superfícies dos dentes, não deve ser considerado apenas como um fenômeno negativo (NUKAZAWA; YOSHIMI; SATO, 2018). É caracterizado como rítmica (fásica) ou não rítmica (tônica), não sendo considerado uma desordem de movimento ou um distúrbio do sono em indivíduos saudáveis (LOBBEZOO *et al.*, 2018).

- **Secundário** (iatrogênico) é relacionado ao uso ou retirada de substâncias ou medicamentos ou a transtorno do sono, podendo ser influenciado pelo uso de substâncias como o álcool, a cafeína em altas doses, psicoativas, bem como por medicamentos antipsicóticos antagonistas da neurotransmissão dopaminérgica, antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina, fenfluramina e inibidores dos canais de cálcio (PHILADELPHIA, WB SAUNDERS, 2000).

2.3 TRATAMENTO

Para este fenômeno parafuncional o tratamento é ainda discutível, sendo de responsabilidade do cirurgião dentista proceder a um bom exame clínico e intervir para que não haja danos severos oclusais. Consiste em um trabalho multidisciplinar que abrange a odontologia, a medicina e a psicologia. A odontologia normalmente atua em procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico e placa miorreaxante. Em algumas situações, pode haver a necessidade de um tratamento sistêmico com uso de medicação parafuncional e tratamento médico, além de aconselhamento psicológico (GONÇALVES & TOLEDO, 2010; DINIZ & SILVA, 2009).

A principal intervenção clínica deve ser voltada para a proteção do dente, reduzir o ranger, aliviar as dores orofaciais e promover melhorias na qualidade do sono. A placa oclusal miorreaxante é um dispositivo interoclusal removível, que abrange todos os dentes de um dos arcos, geralmente o superior, que se ajusta nas incisais e oclusais dos dentes, criando contato oclusal com os dentes do arco oposto. A sua função é a obtenção de um diagnóstico diferencial para problemas de

atividade muscular anormal, para o alívio da dor nas fases agudas nos casos de hábitos parafuncionais e como proteção para os dentes do atrito de cargas traumáticas nos casos de bruxismo. É, portanto, um aparelho não invasivo, de efeito reversível, o que é sempre desejável em casos de problemas com origens complexas (GIMENES, 2008; OLIVEIRA & CARMO, 2000).

2.3.1 Tratamento farmacológico

Em ocorrência de dores orofaciais, são prescritos analgésicos, anti-inflamatórios, miorelaxantes e também são utilizados fármacos para casos agudos e graves do tipo benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, betas bloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos, e relaxantes musculares são os mais usados, estes quando fatores emocionais estiverem envolvidos. Porém, não há nenhuma droga de primeira eleição, os fármacos são utilizados por um período curto de tempo (SILVA e CANTISANO, 2009; MACEDO, 2008; PRIMO, 2009).

2.3.2. Tratamento psicológico

Gimenes (2008), afirma que o tratamento psicológico consiste em diminuir e controlar o estresse psicológico do paciente, através de técnicas de relaxamento e terapia comportamental baseada na higiene do sono, que têm por finalidade a correção de hábitos pessoais e fatores ambientais que interferem na qualidade do sono, contudo nenhum desses tratamentos é baseado em fortes evidências.

2.3.3. Tratamento fisioterápico

A fisioterapia é considerada um procedimento simples, reversivo e não invasivo, de baixo custo, que favorece a comunicação e a confiança paciente-profissional. A fisioterapia representa um grupo de ações de suporte importantes para o sucesso do tratamento de pacientes portadores de distúrbios temporomandibulares. A intervenção da fisioterapia é realizada através do emprego de várias modalidades terapêuticas tais como eletroterapia por ultrassom e fonoforese, laserterapia e analgesia por estimulação elétrica transcutânea (TENS), terapia de calor e frio, terapia manual para mobilização de tecidos moles e articulares bem como a liberação miofascial dependendo de uma avaliação criteriosa do paciente. O fisioterapeuta pode intervir não só diretamente no tratamento das distúrbios temporomandibulares, como também indiretamente na reeducação e reestruturação posturais por meio do reposicionamento da mandíbula ao crânio,

minimização da dor muscular, melhora da amplitude de movimentos, reeducação do paciente em relação ao posicionamento correto da mandíbula, redução da inflamação e fortalecimento do sistema musculoesquelético (OLIVEIRA e BARBOSA, 2019).

3. RELATO DE CASO

Paciente O.P.C do gênero feminino, 22 anos de idade, compareceu no dia 19 de setembro de 2019, na Clínica Odontológica da Faculdade Univértix, localizada na cidade de Matipó, Minas Gerais, sendo o paciente submetido à assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como respeito aos direitos humanos e concedendo a permissão da realização de tal estudo.

À anamnese, paciente apresentava bom estado de saúde geral. Na abordagem durante anamnese, a paciente descreveu estar em acompanhamento médico com neurologista há três anos com diagnóstico de depressão e Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDHA). Iniciou-se o tratamento com oxalato de escitalopram 20mg, mais adiante foi utilizado Venvanse 30mg para o tratamento de TDHA. Após um período de tempo de uso de tais medicamentos, notou-se a presença de dor oro facial e apertamento dos dentes.

Adiante realizou-se um exame extraoral que constatou um discreto desvio mandibular para esquerda e ao exame intraoral observou-se uma oclusão estável, comprovando a existência de dores musculares e articular. Os exames de imagem realizados, sendo eles a ressonância magnética e radiografia panorâmica, evidenciaram uma má formação no côndilo direito devido à uma alteração anormal do crescimento ósseo do elemento em questão.

Após uma análise dos resultados obtidos com a anamnese e os exames realizados, foi proposta como tratamento a confecção de uma placa estabilizadora para uso noturno. O procedimento inicial foi realizado no dia 26 de setembro 2019 e consistiu em uma moldagem anatômica através de uma moldeira (maquira nº 5) e hidrocolóide irreversível (alginato Avagel Tipo III) para realização do molde, o qual foi vazado com gesso tipo III, em seguida sendo instruída e submetida a realizar sessões fisioterápicas. Outra forma que viabilizou o tratamento da ansiedade foi o emprego da psicoterapia por meio da realização de diversas consultas com psicólogo, o que proporcionou na melhora do bem estar do paciente.

Dada essa etapa, procedeu-se à confecção de um jig de Lúcia com resina acrílica – Jet Kit Auto Pó Incolor – tendo por finalidade a desprogramação muscular que permitiu a manipulação mandibular para a posição de relação cêntrica e seu registro em cera tipo sete.

O registro da posição em relação cêntrica foi realizado após o uso do jig por duas horas. Sobre o garfo de mordida demarcaram-se 3 pontos: 1 anterior e 2 posteriores com godiva plastificada sendo levado à boca. Depois da remoção, verificou-se a adaptação do modelo sobre essa impressão, ficando o modelo estável nas marcações. Logo, reposicionou-se o conjunto garfo e mordida na boca do paciente, solicitando que o mesmo o segure com os polegares sobre a maxila. As olivas foram encaixadas nos meatos acústicos externos do paciente com leve pressão para frente, o cabo do garfo foi encaixado no suporte do arco facial e os parafusos do semi-arco superior central e laterais ajustados, logo o ponto náseo ficou posicionado na trave horizontal na concavidade do osso referente à glabella, por último, aconteceu o ajuste dos parafusos inferiores, obtendo-se o arco facial corretamente montado.

Logo sucedeu os ajustes da inclinação condilar em 30° e o ângulo de Bennet em 15° , as olivas encaixadas ao articulador sendo pressionadas sobre seus respectivos pinos, firmando os parafusos. O modelo superior manteve-se corretamente disposto sobre as edentações do garfo de mordida, sendo o modelo hidratado com água para o aumento da adesão ao gesso complementar. O espaço entre a placa de montagem do ramo superior do articulador e o modelo foram preenchidos, fazendo a união do modelo a placa.

Feito isso, procedeu-se à remoção do articulador, sendo acrescentado o pino incisal em 0° . A montagem do modelo inferior ocorreu com o articulador virado para baixo, já com o modelo superior em posição, acrescentando o registro em cera e o modelo inferior, finalizando o processo de montagem em articulador.

Após os modelos serem montados no articulador semiajustável através do arco-facial, estes foram enviados ao laboratório para confecção da placa estabilizadora de (resina acrílica rígida), um dispositivo interoclusal removível, que abrange todos os dentes de um dos arcos, no caso, o superior, que se ajusta nas incisais e oclusais dos dentes, criando contato oclusal com os dentes do arco oposto.

A paciente retornou no dia 03 de outubro 2019 para a instalação da placa miorrelaxante. Posteriormente os contatos oclusais foram ajustados de modo que existissem contatos bilaterais posteriores, guia anterior e desoclusão pelos caninos. Assim foi recomendado à paciente que utilizasse a placa à noite para dormir.

Posteriormente, no dia 10 de novembro de 2019, ocorreu a quarta consulta. Segundo relatos após a colheita de todos os dados e perante o tratamento proposto os resultados foram significativos diante do controle eficiente da dor que é fundamental, tendo em vista a princípio não somando o conforto, mas também a garantia de uma qualidade de vida melhor. A estimativa do efeito positivo do uso da placa como terapia coadjuvante mostrou eficiência e êxito no uso da placa, assim sendo a paciente foi instruída a manter o uso ao dormir, com o objetivo de proteger seus dentes de um desgaste maior, mesmo que as dores cessassem completamente. Quanto ao nível de ansiedade observada no início do tratamento aparentemente alto, embora não tenha ocorrido uma mensuração deste nível no dia da instalação, após trinta dias na consulta de retorno para o reajuste, ficou esclarecido através da paciente que esse quadro de ansiedade regrediu. Apesar de não ser digno de nota, é bom salientar a melhora deste aspecto de ansiedade. Aconselhou-se à paciente a realização de um retorno após três meses para acompanhamento e controle dos sinais e sintomas.

4. DISCUSSÕES

Segundo Velly *et al.* (2011), os sintomas do bruxismo estão intimamente ligados com questões emocionais, especialmente fobia. Transtornos mentais como ansiedade, depressão e estresse são frequentemente observados em indivíduos com DTM (AGGARWAL *et al.*, 2011; SARTORETTO *et al.*, 2012). O presente estudo tem como objetivo abordar métodos terapêuticos para o tratamento do bruxismo. Baseia-se no uso de placa miorrelaxante aliada à abordagem fisioterápica e psicológica, também associado ao uso de fármacos, analisando seu potencial de redução da ansiedade a fim de buscar um melhor entendimento da sua etiologia, diagnóstico e tratamento.

As reações e alterações geradas pelo uso dos fármacos a favor do controle dos sintomas de ansiedade no caso informado ocasionaram um aumento da dor orofacial. Isso se dá pelo fato de o bruxismo não apresentar uma causa única, não

bastando apenas a intervenção farmacológica, visto que o uso contínuo de ansiolíticos pode provocar a intensificação das dores presentes. Sarih Onat & Malas, (2015) atestam a relação entre o bruxismo, os fatores psicológicos e os antidepressivos permanecerem ainda pouco esclarecida na literatura. Tanto os fatores psicológicos como os antidepressivos são indicados como prováveis fatores de risco do bruxismo. Portanto, apesar de os antidepressivos estarem indicados para o tratamento de depressão, tais fármacos poderão apresentar um papel terapêutico ou indutor/perpetuador no tratamento do bruxismo.

Melo *et al.*, (2018) publicaram uma revisão bibliográfica sistemática e concluíram que vários fármacos foram sugeridos como fatores de risco para obruxismo, como a duloxenia, a parotexina e a venlafaxina os mais potencializadores. Mesmo com as evidências propostas através dos diferentes relatos, estudos caso-controlé longitudinais fazem falta para esclarecer o mecanismo complexo que representa o desenvolvimento do bruxismo com a administração de anti-depressivos. O mesmo efeito foi reportado no presente estudo, onde a paciente relata, após meses do uso do medicamento oxalato de escitalopram, o surgimento de dor oro facial e apertamento dentário.

Segundo Silva (2003), o tratamento mais comum do bruxismo são as placas miorrelaxantes. Além de diminuir a sintomatologia, protegem o sistema estomatognático dos danos causados por essa parafunção. Dentre as modalidades de tratamento para o caso citado, a escolhida foi a menos invasiva, consistindo na confecção de uma placa estabilizadora para uso noturno de material composto por resina acrílica autopolimerizável rígida e removível com o intuito de alterar os contatos oclusais.

Clark (1984) fez uma revisão das placas oclusais usadas até aquele momento. Ele confirmou relatos de problemas com placas macias, como uma menor durabilidade e problemas com o posicionamento da placa. Além disso, foram revisados vários desenhos de placas duras e foi possível concluir que a melhor modalidade seria uma placa feita de material duro que recobrisse todo o arco dentário. O paciente descrito também foi submetido ao tratamento fisioterápico como forma de amenizar os sintomas causados pelo bruxismo. Essa abordagem se faz necessária, uma vez que promove uma resposta benéfica ao paciente quanto ao limiar de dor. Estudos relataram que a fisioterapia é capaz de promover melhora dos sintomas clínicos referentes à dor (BASSO; CORRÊA; SILVA, 2010; GOMES *et al.*

2015). Além disso, de uma forma geral, a fisioterapia estimula a propriocepção e a produção do líquido sinovial na articulação e melhora a elasticidade das fibras musculares aderidas (PRIEBE; ANTUNES; CORRÊA, 2015).

Também o encaminhamento da paciente ao psicólogo foi fundamental para o controle correspondente aos dizeres mencionados quanto à ansiedade. Vandas e Manetas (1995) relatam a importância do fator psicológico, uma vez que os sinais e sintomas característicos surgiram nos pacientes apenas nos momentos de grande concentração, ansiedade e nervosismo (GOLDMAN; GUTHEIL, 1991; FEINMANN; HARRISON, 1997). O fator psicológico está geralmente ligado ao estresse emocional, frustração, raiva, ansiedade ou medo, estando relacionado com a maioria dos casos. Silva (2003), em estudos realizados em Montreal, Canadá, observou que 48% dos casos de bruxismo estavam relacionados com a alta ansiedade, correlacionando este distúrbio a dificuldades psicológicas. Assim, nota-se a importância do encaminhamento do paciente para um psicólogo ou um psicanalista, para proporcionar um tratamento eficaz e duradouro.

No caso descrito foi utilizado o Jig de Lucia para auxiliar no registro da relação maxilomandibular em relação cêntrica, para garantir a eficácia da desprogramação neuromuscular da mandíbula que tem por finalidade manipular a mandíbula o que leva os côndilos para posição de estabilidade, ou seja, a posição mais pósterio-superior dentro da cavidade Glenóide. Land e Peregrina (2003) descreveram que este dispositivo impede o contato prematuro que desvia a mandíbula da relação cêntrica para a máxima intercuspidação habitual. Dessa forma, o padrão de fechamento mandibular adaptativo é inibido.

O emprego do uso do articulador semiajustável juntamente com o arco facial se fez necessário para a desenvoltura deste tratamento descrito, pois ambos têm o propósito de reproduzir as relações maxilomandibulares estáticas e, parcialmente, as dinâmicas. Renouard (1999), Schroeder (1991) e Dantas (2012) concordam com a importância da montagem dos modelos de estudo em articulador para termos a melhora na visualização do relacionamento estático e dinâmico dos dentes e possibilitar a observação da oclusão do paciente que pode ser visualizada por lingual, facilitando também a visualização dos contatos oclusais por meio dos movimentos mandibulares.

No articulador, os movimentos mandibulares do paciente e os contatos oclusais podem ser observados sem a influência do sistema neuromuscular, o que

tolera alteração na DVO para a futura instalação da prótese. Desta maneira, a utilização do articulador semiajustável torna-se imprescindível na montagem dos modelos de estudo para diagnóstico do caso clínico. A maioria dos autores define o Arco Facial como sendo um dispositivo acessório do articulador com a finalidade de transferir os planos de orientação da boca do paciente para o mesmo, conservando as mesmas distâncias entre os côndilos e incisivos (GENNARI FILHO, 2007).

Pela observação dos aspectos analisados em questão, pode-se afirmar que a conduta clínica tomada diante do exposto conseguiu atingir um potencial de sucesso, considerando as limitações deste estudo. A execução interdisciplinar que implicou na área odontológica, médica e os papéis impostos pela fisioterapia e psicologia, auxiliaram na redução da atividade parafuncional e melhoria na qualidade de vida da paciente.

5. CONCLUSÃO

Portanto, acerca do relato de caso exposto e em dados encontrados na literatura, evidenciou-se que o tratamento proposto obteria resultados positivos, desde que fosse conduzido de forma multidisciplinar, compreendendo um tratamento psicológico, para entenderem-se as causas que levam o paciente ao bruxismo: um tratamento médico, onde diversas vezes faz-se necessário o uso de medicações, e ainda o tratamento fisioterápico, a fim de manipular e imobilizar as dores do paciente. É importante salientar que não há cura para o bruxismo, portanto são tratadas as consequências na arcada dentária, bem como a origem do problema.

REFERÊNCIAS

AFONSO, A.; REINAS, C.; ROBERTO, E.; CAMPOS, E.; HENRIQUE, E.; ANDRADE, H.; VIEGAS, R.; SANTOS, S.; RESENDE, V.C.; PIMENTEL-SOUZA, F. Ansiedade: serotonina e GABA. A loucura e o controle das emoções. **Rev. Psicofisiologia, Minas Gerais**, v. 1, n. 1 e 2, cap. 5, 1997.

AGGARWAL, V. R.; LOVELL, K.; PETERS, S.; JAVIDI, H.; JOUGHIN, A. & GOLDTHORPE, J. (2011). Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11 n. 1. DOI: 10.1002/14651858. CD008456.pub2

AHLBERG, K. *et al.* Bruxism and sleep efficiency measured at home with wireless devices. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 35, n. 8, p. 567–571, 2008.

CLARK, G. T. A critical evaluation of orthopedic interocclusal appliance therapy: design, theory, and overall effectiveness. *The Journal of the American Dental Association*, v. 108, n. 3, p. 359-364, 1984.

CLARK, G. T. A critical evaluation of orthopedic interocclusal appliance therapy: design, theory, and overall effectiveness. *The Journal of the American Dental Association*, v. 108, n. 3, p. 359-364, 1984.

COLQUITT, T. The sleep-wear syndrome. *J Prosthet Dent*, v. 57, n. 1, p. 33-41, 1987.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. **Editora Artmed**. Porto Alegre, 2019.

DANTAS, E. The importance of restoring occlusal vertical dimension in the prosthetic rehabilitation. *Odonto*. v. 20, n. 40, p. 41-8, 2012.

FEINMANN, C. & HARRISON S. Liaison psychiatry and psychology in dentistry. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 43, n. 5, p. 467-476, 1997

FILHO, H. G. Articuladores. *Revista Odontológica de Araçatuba*, Araçatuba - SP, v.28, p. 46-56, 2007.

GIMENES, M. C. M. Bruxismo aspectos clínicos e tratamentos. **Artigo publicado na Jan. 2008.**

GIMENES, M. C. M. Bruxismo aspectos clínicos e tratamentos. **Artigo publicado na Jan. 2008.**

GLAROS, A. G. Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. *J Prosthet Dent*, v. 45, n. 5, p. 545-549, 1981.

GOLDMAN, M. J. & GUTHEIL, T. G. Bruxism and sexual abuse: a possible association? *Journal of American Dental Association*, v. 122, n. 3, p. 22, 1991.

GONÇALVES, L. P. V; TOLEDO, O. A. *et al.* *Relações entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos locais*. *Revista Dental Press J. Orthod*, v. 15, n. 2, p. 97-104, 2010.

GUNGORMUS, Z.; ERCIYAS, K. Evaluation of the Relationship between Anxiety and Depression and Bruxism. *Journal of International Medical Research*, v. 37, n. 2, p. 547-550, 2009.

ILOVAR, S.; ZOLGER, D.; CASTRILLON, E. *et al.* Biofeedback for treatment of awake and sleep bruxism in adults: systematic review protocol. [Syst Rev](#). v. 2, n. 3, p. 42, 2014. DOI: 10.1186/2046-4053-3-42.

LAND, M.F.; PEREGRINA, A. Anterior deprogramming device fabrication using a thermoplastic material. *J Prosthet Dent*. v. 90, p. 608-610, 2003.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; GLAROS, A. G.; KATO, T.; KOYANO, K.; LAVIGNE, G. J.; LEEUW, R.; MANFREDINI, D.; SVENSSON, P.; WINOCUR, E.; Bruxism

defined and graded: na international consensus. **Journal of Oral Rehabilitation**. v, 40 p. 2-4, 2013.

LOBBEZOO, F.; KATO T.; AHLBERG J.; RAPHAEL K.G.; GLAROS, P. W. A. G.; SANTIAGO, V. *et al.* International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. **J Oral Rehabil**. v. 45, n. 11, p. 837-844, 2018.

MACEDO, C. R. Bruxismo do sono. **Revista Dental PressOrtodonOrtop Facial**, Mar/Abr v. 13, n. 2, p. 18-22, 2008.

MANFREDINI, D.; CIAPPARELLI, A.; DELL'OSSO, L.; BOSCO, M. Occlusal factors in bruxers. **Australian Dental Journal**, v. 49, n. 2, p. 84-89, 2004.

MANFREDINI, D.; LANDI, N.; FANTONI, F.; SEGÚ, M.; BOSCO, M. Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 32, n. 8, p.584-588, 2005.

MELO, G. *et al.* Association between psychotropic medications and presence of sleep bruxism: a systematic review. **Journal of Oral Rehabilitation**, p. 545-554, 2018.

MOHL, N. D. *et al.* Fundamentos de oclusão. **Quintessence Publishing**. p. 449, 1991.

NADLER, S. C. Bruxim, a classification; critical review **J Am Dent Assoc**, v. 54, p. 615-622, 1957.

NADLER, S. C. Bruxim, a classification; critical review **J Am Dent Assoc**, v. 54, p. 615-622, 1957.

NUKAZAWA, S.; YOSHIMI, H.; SATO, S. Autonomic nervous activities associated with bruxism events during sleep. **CRANIO®**, v. 36, n. 2, p. 106–112, 2018.

OKESON, J. P. *et al.* Nocturnal bruxing events:a report of normative data and cardiovascular response. **J Oral Rehabil**, v. 21, n. 6, p. 623-630, 1994.

OKESON, J. P. **Tratamento das Desordens Temporomandibulares e Oclusão**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; p. 102-28, 2013.

OLIVEIRA, A. K. B. D.; BARBOSA, A. H. A importância das abordagens fisioterapêuticas nas desordens temporomandibulares – Uma revisão de literatura. **Revista Saúde**, [s. l.], v. 13, n.1, 2019.

PAVONE, B. W. Bruxism and its effect on the natural teeth. **J Prosthet Dent**, v.53, n. 5, p.692-696, 1985.

PRIMO, P. P; MIURA, C. S. N; BOLETA-CERANTO, D. C. F. Considerações fisiopatológicas sobre bruxismo. **Revista Ciência Saúde**. UNIPAR, Umuarama, v. 66, n. 2, p. 465-472, 2009.

RAMFJORD, S. P.; Bruxism, a clinical and electromyographic study. **J Am Dent Assoc**, v. 62, p. 21-44, 1961

- RAMFJORD, S. P.; Bruxism, a clinical and electromyographic study. **J Am Dent Assoc**, v. 62, p. 21-44, 1961
- REDING, G. R.; ZEPÉLIN, H.; MONTOS, L. J. Personality studies of nocturnal teeth rinders. **Percep Mot Skills**, v. 26, p. 523-533, 1968.
- RENOUARD, F. Risk factors in implant dentistry: simplified clinical analysis for predictable treatment. **Quintessence Publishing Collinois**. 1999.
- ŞAHIN ONAT, S., & MALAS, F. Ü. Duloxetine-Induced sleep bruxism in fibromyalgia successfully treated with amitriptyline. **Acta Reumatologica Portuguesa**, v. 4, p. 391-392, 2015.
- SAPIRO, S. M. Tongue indentations as na indicator of clenching. **Clin Prev Dent**, v. 14, n. 2, p. 21-24, 1992.
- SARTORETTO, S. C.; DAL BELLO, Y.; & DELLA BONA, A. Evidências científicas para o diagnóstico e tratamento da DTM e a relação com a oclusão e a Ortodontia. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 17, n. 3, 2012.
- SCHROEDER, S. F.; KREKELER, G. Oral Implantology. Basics ITI Hollow Cylinder. **ThiemeMedcal Publishers, Inc.New York**. 1991.
- SHETTY, S.; PITTI, V.; SATISH-BABU, C.L.; SURENDRA-KUMAR, G.P.; DEEPTHI, B.C. Bruxism: a literature review. **J Indian Prosthodont Soc**. v. 10, p. 141-8, 2010
- SHINKAI, R. S.; SANTOS, L.M.; SILVA, F.A.; SANTOS, M.N. Prevalence of nocturnal bruxism 2-11-year-old children. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 12, p. 29-37, 1998
- SILVA, N. R. S; CASTISANO, M. H. Bruxismo etiologia e tratamento. **Revista Brasileira de odontologia**, v, 66, n. 2, p. 223-226, 2009.
- SILVA, R.S. Bruxismo. **Revista Associação Paulista De cirurgião Dentista**, v. 57, n. 6, p. 409-417, 2003.
- TAN, E. K.; JANKOVIC, J. Treating severe bruxism with botulinum toxin. **J Am Dent Assoc**. v. 131, p. 211-6, 2000.
- TEMPO. Bruxismo atinge cerca de 40% dos brasileiros e pode levar a cirurgia: Desordem funcional leva ao apertamento e ranger de dentes. Acesso em: 01 out. 2019.
- VELLY, A. M.; LOOK, J. O.; CARLSON, C.; LENTON, P. A.; KANG, W.; HOLCROFT, C. A.; & FRICTON, J. R. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain: A prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. **Pain**, v. 152, n. 10, p. 2377-2383, 2011. DOI: 10.1016/j.pain.07.004, 2011.
- WINOCUR, E. *et al.* Signs of bruxism and temporomandibular disorders among psychiatric patients. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology and Endodontology**. v. 103, n. 1, p. 60–63, 2007.

