

TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA: CASO CLÍNICO DE BRUXISMO

Andréia Cristina Barbosa Silva¹
Anderson Cristian de Souza²

1 INTRODUÇÃO

O ser humano compõe vários sistemas fisiológicos, cada qual com sua específica função, que garantem o apropriado funcionamento do organismo. O sistema estomatognático (composto por articulações, músculos, dentes, ossos, lábios, etc.) é um dos que detém maior importância dentre todos os outros sistemas do corpo humano. Ou melhor, representa uma unidade funcional, fisiológica e morfológica, compreendendo a articulação temporomandibular (ATM), estruturas musculares e esqueléticas. As suas funções principais tem relação direta com a deglutição, degustação, mastigação e fala, onde o objetivo destas funções depende do equilíbrio e do funcionamento das estruturas integrantes do sistema estomatognático (DIAS et al., 2014).

Caso seja afetado, poderão surgir agravos patológicos nos casos em que a frequência e a intensidade das forças musculares crescem de forma descontrolada (LAVIGNE et al., 2008; LOBBEZOO; NAEIJE, 2001).

Sendo a ATM a articulação que faz com que exista a movimentação do osso da mandíbula, o qual contribui com movimentos efetivados para fechamento e abertura da boca, por exemplo, pode se tornar doloroso caso exista lesões, sendo assim, funções vitais podem ser danificadas, e a mastigação e a deglutição são possíveis de sofrerem danos (RIZZOLO; MADEIRA, 2006).

A ATM é um sistema especializado do complexo craniomandibular que está sujeito a danos de origem neurológico, musculoesquelético e ortopédico, ocasionando as disfunções temporomandibulares (DTMs) (MIRAGLIA et al., 2001; PEREIRA et al., 2005). Em razão da sua complexidade articular, acaba sendo vulnerável a disfunções patológicas ou funcionais. Caso não devidamente tratado com antecedência, pode haver uma desarmonia no sistema estomatognático, o que pode levar a um comprometimento nos músculos mastigatórios, na ATM e outras áreas adjacentes (OLIVEIRA, 2002).

Para Ella et al. (2016), alguns dos seus fatores são de causas desconhecidas, como é

¹ Graduanda do curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena – AJES

² Professor do curso de Fisioterapia da Faculdade do Vale do Juruena - AJES

ocaso do bruxismo, que se define pela prática repetitiva dos músculos mandibulares, podendo aparecer normalmente no sono, ou ao longo do estado de vigília, que é o bruxismo acordado. Entretanto, essa patologia parece estar pertinente às dores de cabeça, estresse e ansiedade. O Bruxismo é considerado um hábito que se define geralmente por movimentos involuntários de apertar ou ranger os dentes.

Estima-se que aproximadamente 20% dos adultos têm hábitos de bruxismo (DIAS, 2014). Os danos causados por estes hábitos conferem a perda de estrutura dentária pois há atrição, além de haver mais sensibilidade nos dentes, hipertonidade dos músculos mastigatórios, distúrbios na ATM, fratura de dentes, entre outros (Castrillon et al., 2016). Em outros termos, esta ação gera uma instabilidade e, logo, danos ao sistema estomatognático, como dores musculares, hipertrofia do masséter, desgaste dentário, hipersensibilidade pulpar, entre outros (CARVALHO, 2019).

À luz de Manfredini et al. (2011), o bruxismo pode se classificar como bruxismo do sono (BS) ou bruxismo de vigília (BV). A sua etiologia tem fator multifatorial, contudo, no decorrer dos anos, a sua definição tem sido reforçada por várias pesquisas. O seu diagnóstico pode ser feito de acordo com a identificação do problema por parte dos exames clínicos, e, em relação às suas características patogênicas, o diagnóstico realizado precocemente é de suma importância.

Portanto, este artigo tem como objetivo o tratamento de uma paciente do sexo feminino, desempregada, de 23 anos, que expressou que vem apresentando ranger de dentes e dores ao mastigar, com incidência durante a noite, no sono, além de sentir fortes dores no pescoço.

2 MÉTODOS

Os resultados obtidos pelos diferentes meios de diagnóstico aplicados, resultou no diagnóstico final: bruxismo de sono (BS). O tratamento proposto consistiu numa abordagem multifatorial, no qual foi utilizado a liberação miofascial, o alongamento e Escala Visual Analógica (EVA).

As técnicas realizadas na face consistiram em ser: liberação do músculo temporal; liberação do músculo corrugador do supercílio (deslizamento superior e inferior e elevação); manobra liberatória do músculo frontal (deslizamento inferior); liberação do músculo frontal (deslizamento para baixo e para cima); e liberação do músculo masseter e bucinador. O protocolo terapêutico para a liberação miofascial foram de 6 sessões, 2 vezes por semana,

durante o tempo de 30 minutos.

Para a realização dos alongamentos, a paciente permaneceu na maca, deitada em posição decúbito dorsal, com joelhos parcialmente flexionados e cabeça com altura apropriada no travesseiro. Foram realizados movimentos circulares da mandíbula e atividades com exercícios para os músculos mastigatórios, utilizando práticas como: alongamento do músculo pterigóideo lateral contralateral; alongamento dos músculos temporal, pterigóideo medial e masseter; e alongamento dos músculos temporal digástrico e posterior.

Posteriormente, com a paciente sentada, com os pés apoiados no chão e coluna reta, trabalhou-se os músculos da cabeça e da coluna cervical, com exercícios de flexão, onde foram alongado os músculos extensores, como: suboccipitais, elevador da escápula e trapézio superior; além da técnica de extensão, com alongamento dos músculos flexores: escaleno anterior e ECOM; e rotação bilateral, com alongamento dos músculos trapézio superior. Foram feitas 3 séries de 30 segundos por 3 semanas, onde os intervalos entre as séries foram de 10 segundos, com duração total de 20 minutos.

3 RESULTADOS

A paciente foi diagnosticada como mordida cruzada, ocorrendo desgaste de superfícies dentárias, e, com auxílio da EVA, constatou-se grau de dor de 1 a 10 como inicial. Após duas sessões, a paciente já referia diminuição da dor, com desaparecimento da sintomatologia dolorosa após as 3 semanas de tratamento.

Após as sessões foram obtidos os seguintes resultados: melhora significativa no ranger dos dentes, haja vista a paciente relatou que não sente mais dores, apresentando melhora também na estabilidade e movimentos nos músculos masseter direito, temporal direito, temporal esquerdo, esternocleidomastoideo direito e esquerdo, suboccipital direito, suboccipital esquerdo, trapézio superior direito e esquerdo e escaleno direito e escaleno esquerdo.

4 DISCUSSÃO

O diagnóstico do bruxismo tem como definição a patologia por parte clínica, ao ver que em relação às suas características etiológicas e patogênicas, o seu diagnóstico realizado precocemente se mostra de grande relevância (DIAS, 2014).

Tanto a sua avaliação clínica como o seu diagnóstico são procedimentos complexos [...]. Clinicamente torna-se muitas vezes complicado distinguir quando o bruxismo está realmente presente ou se as sequelas que o paciente apresenta têm origem em episódios passados, uma vez que os sinais, sintomas e consequências provocados pelo bruxismo são de caráter permanente (ALÓE et al., 2003).

O bruxismo de sono (BS), tem origem da palavra brygmós, que tem como significado o “ranger os dentes”. Okeson et al. (1994), discorre sobre o bruxismo como uma patologia psicossomática, sendo relacionado com um hábito cujo fundamento se dá por se incidir inconscientemente, onde causa mais problemas no período do sono.

Face a variadas e inúmeras concepções de bruxismo, no ano de 2013, um grupo de pesquisadores reuniu-se para debater sobre compreensões mais definidas. Dessa forma, define-se o bruxismo como:

[...] uma atividade mandíbulo-muscular repetitiva caracterizada por apertar ou ranger dos dentes e/ou pelo segurar ou empurrar da mandíbula. O bruxismo tem duas manifestações circadianas distintas: pode ocorrer durante o sono (indicado como bruxismo do sono) ou durante a vigília (indicado como bruxismo de vigília) (LOBBEZOO et al., 2013, p. 57).

O bruxismo é uma das mais prevalentes desordens dentárias, com características destrutivas e complexas. Além disso, pode ter sua classificação da seguinte forma: como BS, quando se dá quando a pessoa está dormindo, ou como BV, quando se manifesta quando a pessoa está acordada. Estes dois tipos de bruxismo podem acontecer tanto simultaneamente como isolados (MURALI; RANGARAJAN; MOUNISSAMY, 2015; NERY et al., 2006).

Conforme a classificação internacional para as perturbações do sono (CIDS-3, 2ª edição), considera-se o BS como uma mudança de movimento pertinente com a perturbação do sono, sendo então classificado como “[...] um hábito parafuncional oral, caracterizada por ranger ou apertar dos dentes durante o sono associada à ocorrência de microdespertares” (LOBBEZZO; MONTPLAISIR; LAVIGNE, 1996).

De acordo com Lavigne et al. (2003, p. 23), a incidência do BS tem relação com os microdespertares e com o aumento da função fisiológica:

1. Aumento da atividade cardíaca simpática cerca de 4 a 8 minutos antes da AMMR;
2. Aumento na frequência da atividade eletroencefalográfica 4 segundos antes da AMMR;
3. Taquicardia 1 segundo antes da AMMR

4. Aumento da atividade suprahoioidea 0,8 segundos antecedentes da AMMR;
5. Episódios eletromiográficos da AMMR nos músculos masséter.

Sendo um costume frequente, o bruxismo pode acabar manifestando-se em qualquer idade, acometendo aproximadamente 85% a 90% da população. À luz de estudos epidemiológicos efetivados, é fato que há uma taxa de incidência maior em crianças, que vai de 14% até 20%, e que pode aumentar no decorrer da vida. Aparece comumente na adolescência, propagando-se e apresentando uma incidência de 13% entre os 18 e 29 anos de idade. Além de que essa patologia ainda tem prevalência em aproximadamente 5% a 8% dos adultos (HOZ-AIZPURUA et al., 2011; RAPHAEL; SIROIS; SVENSSON, 2013).

A maior parte dos pacientes que sofrem de BS apenas se apercebem que rangem ou apertam os dentes durante esta atividade através do relato de parceiros de quarto. Para além de incômodo e desagradável, o som do ranger dos dentes poderá estar relacionado com outros problemas, ou poderá simplesmente ser confundido com outros movimentos faciais, tais como o ressonar, a tosse, a deglutição ou mesmo com movimentos alternados de abertura e encerramento da mandíbula. Desta forma, torna-se muito importante fazer um correto diagnóstico diferencial e é função tanto do Médico Dentista como de outros profissionais de saúde identificarem esta parafunção e esclarecerem aos pacientes as suas características, consequências e formas de resolução (BADER; LAVIGNE, 2000, p. 93).

Quadros clínicos estão pertinentes a ansiedade e estresse em razão de vários fatores, acarretando em BS, necessitando o tratamento o quanto antes, evitando maiores danos a arcada dentária e uma hipertrofia da musculatura mastigatória.

Para Meurer e Rosas (2010), as técnicas de liberação miofascial auxiliam no adequado alinhamento do corpo, sendo capaz de diminuir a dor e a constrição sem danificar a resistência dos músculos. A técnica de liberação miofascial resulta em mobilizações manuais da fásia objetivando quebrar o espasmo dos músculos, melhorar a circulação do local e atenuar a dor. Quanto ao alongamento,

[...] o bruxismo apresenta redução. Existe uma relação entre o bruxismo e os pontos-gatilho (PG) na cabeça, pescoço e ombro, sendo ele um importante fator contribuinte. Encontraram uma associação do bruxismo do sono como um fator de ativação e perpetuação de PG nos músculos temporal e masseter. Os PG, por sua vez, geram e/ou contribuem para a cefaleia do tipo tensional e a cefaleia miofascial, sendo os PG as principais zonas hiperalgésicas (CARVALHO, 2019).

Já a EVA atua no apoio para aferir o quanto a dor é intensa no paciente, é uma ferramenta relevante para analisar a evolução do tratamento ao longo das terapias, auxiliando de maneira fidedigna. Também ajuda a verificar se o tratamento está sendo correto e se vem apresentando bons resultados, além de saber quais técnicas têm tido melhores resultados, de tal forma como se existe pontos negativos no tratamento, conforme o nível de piora ou melhora da dor (EVA, [s.d.]).

A EVA pode ser utilizada no início e no final de cada atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o atendente deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pelo paciente (EVA, [s.d.]).

5 CONCLUSÃO

Portanto, conclui-se que neste caso clínico a liberação miofascial, o alongamento e a EVA se mostraram eficazes principalmente na sintomatologia dolorosa muscular da paciente. Ao se realizar as técnicas pôde-se observar que as mesmas possuíram um efeito benéfico em relação ao bruxismo, com diminuição significativa da dor e contratura muscular da paciente. Porém, para resultados mais satisfatórios deve-se realizar um estudo com uma mostra maior.

REFERÊNCIAS

ALÓE, et al. **Bruxismo durante o Sono**, v. 11, n. 1, 2003.

BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Medicine Reviews**, v. 4, n. 1, 2000.

CARVALHO, F. A. I. de et al. **Influência do tratamento fisioterápico da dor miofascial no manejo do bruxismo**. 2019.

DIAS, I. M.; MARINS, L.; MELLO, R. DE; MAIA, I. D.; OLIVEIRA, L. DE; CRISTINA, I.; LEITE, P. **Avaliação dos fatores de risco do bruxismo do sono Evaluation of the risk factors of sleep bruxism**, v. 50, n. 3, 2014.

ELLA, B.; GHORAYEB, I.; BURBAUD, P.; GUEHL, D. Bruxism in Movement Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Prosthodontics*, 2016.

Escala Visual Analógica - EVA. [s.d.]. Disponível em: joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Exame-Escala-Visual-Analógica-EVA.pdf. Acesso em: 05 jun. 2021.

HOZ-AIZPURUA, et al. Sleep bruxism. **Conceptual review and update**, v. 16, n. (2), 2011.

LAVIGNE, G. J.; KATO, T.; KOLTA, A.; SESSLE, B. J. **Neurobiological Mechanisms Involved in Sleep Bruxism**, 2003.

LAVIGNE, G. J.; KHOURY, S.; ABE, S.; YAMAGUCHI, T.; RAPHAEL, K. **Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians**. J Oral Rehabil, 2008.

LOBBEZOO, F. et al. **O ral Rehabilitation Bruxism defined and graded: an international consensus**, 2013.

LOBBEZOO, F.; NAEIJE, M. **Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally**, 2001.

LOBBEZZO, F.; MONTPLAISIR, J. Y.; LAVIGNE, G. J. **Bruxism: A factor associated with temporomandibular disorders and orofacial pain**. J. **Back Musculoskelet Rehabil**, 1996.

MANFREDINI, D.; BUCCI, M.; SABATTINI, V.; LOBBEZOO, F. **Bruxism: overview of current knowledge and suggestions for dental implants planning**. **The Journal of Craniomandibular Practice**, 2011.

MEURER, P. S.; ROSAS, R. F. **Liberção miofascial nas assimetrias de face**. **UNISUL, Santa Catarian**, 2010.

MIRAGLIA, S. S.; NOGUEIRA, R. P.; MONAZZI, M. S.; SOARES, F. A. V. **Principais Problemas da ATM. Guia prático de orientação diagnóstica para o clínico geral**. **Rev. Bras. Prot. Clin. Lab.** v. 3, n. 14, 2001.

MURALI, R. V; RANGARAJAN, P.; MOUNISSAMY, A. **Bruxism: Conceptual discussion and review Acute trauma**, 7 April, 2015. <http://doi.org/10.4103/0975-7406.155948>.

NERY, F. S.; SANTOS, L. D.; SARMENTO, V. A.; SANTANA, E. J. B. **Avaliação da prevalência de terceiros molares inferiores inclusos e da posição e inclinação do seu longo eixo em radiografias panorâmicas**. **Journal of Medical and Biological Sciences**, v. 71, 2006.

OKESON, et al. **Nocturnal bruxing events: a report of normative data and cardiovascular response**, v. 21, n. 1990, 1994.

OLIVEIRA, W. **Disfunções Temporomandibulares**. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

PEREIRA, K. N. F.; ANDRADE, L. L. S.; COSTA, M. L.; PORTAL, T. F. **Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular**. **Rev. CEFAC**. v. 7, n. 2, 2005.

RAPHAEL, K.; SIROIS, D. A.; SVENSSON, P. **Effect of Contingent Electrical Stimulation on Masticatory Muscle Activity and Pain in Patients with a Myofascial Temporomandibular Disorder and Sleep Bruxism**. **Journal of Orofacial Pain**, (December). 2013.

RIZZOLO, R.; MADEIRA, M. **Anatomia Facial com fundamentos de anatomia sistêmica geral**. São Paulo: Sarvier, 2006.