

BRUXISMO DO SONO E SUA RELAÇÃO COM FÁRMACOS
RAISSA MICAELLA MARCELLO MACHADO¹; FELIPE BRUNATTO DA LUZ²;
TANIA IZABEL BIGHETTI³; ADRIANA ETGES³; FERNANDA FAOT³

¹Acadêmica de Pós-Graduação, Nível Mestrado, Área de Prótese Dentária, Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil – raissammm@gmail.com

²Acadêmico de Pós-Graduação, Nível Mestrado, Área de Diagnóstico Bucal, Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

³Professora da Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil – fernanda.faot@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O bruxismo envolve movimentos rítmicos semelhantes aos da mastigação, com longos períodos de contração dos músculos mastigatórios, podendo ser a causa de sintomas como cansaço muscular ao acordar, fadiga e dor muscular. O alinhamento incorreto dos dentes e problemas oclusais, limitação da abertura bucal ou ainda o movimento de abertura e fechamento assimétrico da boca também podem estar presentes em pacientes portadores de Bruxismo do sono (CARLSSON et al., 2003; TOKIWA et al., 2008).

O bruxismo do sono é uma desordem de movimento estereotipada e inconsciente caracterizada pelo ranger ou apertar dos dentes durante o sono e que está associada com despertares curtos com duração de 3 a 15 segundos conhecida como microdespertares (AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION, 2005). Essa condição tem sido considerada uma alteração comum uma vez que a maioria da população (85% a 90%) experimenta sintomas médios ou moderados desta desordem pelo menos 1 vez em suas vidas (BADER & LAVIGNE, 2000).

O esmalte dentário é a primeira estrutura a receber os danos de uma carga mastigatória excessiva resultante do bruxismo, uma vez que diretamente afetado pela constante atrição anormal dos dentes (CARLSSON, 2009; MOLINA et al., 2000; TOKIWA et al., 2008). Além disso, outro sintoma que pode ser resultante do bruxismo é a dor na articulação temporomandibular que pode estar associada também a estalidos, travamento, restrição de abertura bucal ou ainda a desvios durante o movimento de abertura e fechamento bucal (BEDI & SHARMA, 2009).

O bruxismo do sono noturno tem sido um achado clínico frequente na população adulta jovem. Um dos fatores etiológicos para o desenvolvimento deste distúrbio pode estar associado ao estilo de vida contemporâneo adotado pela população jovem na qual se observa picos flutuantes de estresse, depressão, ansiedade e hiperatividade (BONJARDIM et al., 2005; MANFREDINI & LOBBEZOO, 2009; GUNGORMUS et al., 2009; BONJARDIM et al., 2009). Neste sentido, esta população vem sendo tratada de forma cada vez mais precoce com a administração de fármacos específicos para o controle de distúrbios psíquicos e emocionais (SETALA et al., 2002; WAGNER et al., 2004; CIPRIANI et al., 2005; SHARP & HELLINGS, 2006; HETRICK et al., 2007). Assim, a presente pesquisa visou determinar se existe relação entre o aparecimento de sinais e sintomas do bruxismo do sono secundário em uma população adulta jovem usuária de medicamentos como antidepressivos e ansiolíticos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de caráter descritivo, com a coleta de dados primários. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Local (parecer 142/2010). Para este estudo 333 acadêmicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, de ambos os sexos e independente da idade que estudavam em distintos períodos da graduação foram recrutados para participar da pesquisa. Após os voluntários concordarem em participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) iniciaram-se as avaliações em forma de questionário para: 1. detecção de sinais e sintomas clínicos do bruxismo nos últimos 6 meses (Bruxism Assessment Questionnaire, Academy of Sleep Medicine, 2005); 2. Detectar a presença de doenças sistêmicas; 3. Pesquisar uso ou não de medicamentos depressores e estimulantes do sistema nervoso central como: ansiolíticos, antidepressivos e/ou anorexígenos, suas respectivas dosagens e tempo de administração do medicamento. Também foram registrados dados referentes ao peso, altura e índice de massa corpórea.

Após a tabulação dos dados em ficha eletrônica por dois digitadores distintos, estes passaram por um teste de checagem da dupla digitação. Os dados relativos às variáveis de interesse foram apresentados em tabelas e gráficos contendo as razões de frequência e prevalência. Para estes procedimentos foi utilizado o programa *Epi Data Analysis*.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a frequência e distribuição desta amostra composta de universitários avaliada 64,6% eram do sexo feminino, mais da metade (56,7%) possuía entre 20 e 25 anos e a maioria (90,1%) não fazia uso de medicação.

Do total da amostra pesquisada, 73% apresentou alguma queixa relacionada ao sono. Dentre as principais queixas relacionadas ao sono relatadas pelos universitários encontram-se: sonolência durante o dia (40,4%), problemas para dormir (13,5%), comportamento indesejado durante o sono (2,7%); e mais de um fator com relação a queixas de sono (38,2%).

Com relação ao relato de insônia e sua relação com o semestre cursado pelo aluno de odontologia da UFPel no ano de 2010 observou-se que o maior percentual de insônia foi relatado pelos alunos do 5º semestre e o menor percentual foi dos alunos do 6º semestre.

Em relação aos sintomas clínicos de bruxismo na amostra usuária de fármacos observou-se que pelo menos 1/3 dos universitários (30,3%) relatou acordar durante a noite apertando ou rangendo os dentes e já ter sentido dores de cabeça na região temporal ao acordar pela manhã. Já um número menor (12,1%) relatou acordar pela manhã com as articulações travadas e ter percebido restaurações fraturadas recentemente. Já no que se refere aos sinais clínicos de bruxismo nesta população específica, detectou-se que os principais relatados foram: 42,6% de apertamento diurno, 28,8% de dores na cabeça na região temporal ao acordar pela manhã e 21,6% deles relataram que alguém já os ouviu rangendo seus dentes durante a noite.

Lavigne et al. (1994) observaram que adultos jovens, entre 18 e 29 anos de idade, tem apresentado prevalência de bruxismo do sono é de 13%, diminuindo ao longo da vida para 3% em indivíduos acima de 60 anos de idade.

Em um estudo conduzido por Manfredini et al. (2013) encontrou estimativa da prevalência de 12,8 % do bruxismo do sono e em geral os picos de prevalência foi em indivíduos com menos de 40 anos. Adicionalmente, diferenças de gênero para a ocorrência do bruxismo do sono não tem sido relatadas.

Segundo Bader et al., (2000), cerca de 70% a 80% das pessoas diagnosticadas com bruxismo do sono também apresentam sintomas de sono fragmentado, sonolência excessiva diurna moderada a intensa, sono não-restaurador, despertares noturnos, sudorese ou pesadelos. Também, aproximadamente 40% dos pacientes com bruxismo do sono queixam-se de dor orofacial e rigidez mandibular matinal e também cita que apenas 5% a 20% dos pacientes com bruxismo do sono tomam consciência dos episódios de ranger de dentes. Diferentemente no estudo de Maluly et al. (2013) diferença significativa na prevalência entre bruxismo do sono e insônia foi encontrada bem como, diferença significativa entre bruxismo do sono e queixas de dor não foram observadas.

Conforme Macedo et al. (2007), ainda que não esteja claro o papel da serotonina na fisiopatologia do bruxismo, drogas que são inibidoras seletivas da receptação da serotonina - tais como a fluoxetina, sertralina, paroxetina - têm sido apontadas como causadoras do ranger de dentes.

4. CONCLUSÕES

Na presente pesquisa encontrou-se uma alta prevalência de queixas de sono entre os universitários. Apenas 10% da população pesquisada relatou fazer uso de medicação antidepressiva/anorexígena, sendo que destes, 100% apresentaram sinais clínicos de bruxismo.

5. REFERÊNCIAS

1. American Sleep Disorders Association. International classification of sleep disorder: diagnostic and coding manual, revised. Westchester 2nd ed., p. 189-192, 2005..
2. Bader G, Lavigne G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Med Rev**, v.4, n.1, p. 27-43, 2000.
3. BEDI S., SHARMA A. Management of temporomandibular disorder associated with bruxism. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, Philadelphia , PA, v. 27, n.4, p. 253-255, 2009.
4. BONJARDIM L.R., GAVIÃO M.B., PEREIRA L.J., CASTELO P.M. Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. **Int J Prosthodont**, , v.18, n.4, p.347-352, 2005.
5. BONJARDIM L.R., LOPES-FILHO R.J., AMADO G., ALBUQUERQUE R.L. JR., GONÇALVES S.R. Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. **Indian J Dent Res**, Philadelphia , PA , v.20, n.2, p.190-194, 2009.
6. CARLSSON G.E. Dental occlusion: modern concepts and their application in implant prosthodontics. **Odontology**, v.97, n.1, p. 8-17, 2009.

7. CARLSSON, G.E.; EGEMARK I., MAGNUSSON T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. **J Orofac Pain**, Chicago, v.17, n.1, p. 50-57, 2003.
8. CIPRIANI, A.; BRAMBILLA, P.; FURUKAWA, T.; GEDDES, J.; GREGIS, M.; HOTOPF, M.; MALVINI, L.; BARBUI, C. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, p. CD004185, 2005.
9. GUNGORMUS Z., ERCIYAS K. Evaluation of the relationship between anxiety and depression and bruxism. **J Int Med Res**, Cingapura, v.37, n.2, p.547-550, 2009.
10. HETRICK, S.; MERRY S, MCKENZIE J, SINDAHL P, PROCTOR M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 3, p. CD004851, 2007.
11. LAVIGNE, G. J.; MONTPLAISIR, J. Y. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. **Sleep**, v. 17, n. 8, p. 739-743, 1994.
12. MALULY, M., M. L. ANDERSEN, C.; DAL-FABBRO, S.; GARBUIO, L.; BITTENCOURT, DE SIQUEIRA, J.T.; TUFIK, S. Polysomnographic study of the prevalence of sleep bruxism in a population sample. **J Dent Res**, v.92, n.7, p.97S-103S, 2013.
13. MANFREDINI D., LOBBEZOO F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. **Journal of orofacial pain**, Seattle, WA, v.23, n.2, p.153-166, 2009.
14. MANFREDINI, D.; WINOCUR, E.; GUARDA-NARDINI, L.; LOBBEZOO, F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. **Journal of orofacial pain**, Seattle, WA, v. 27, n. 2, p. 99, 2013.
15. MOLINA O.F., dos SANTOS JÚNIOR J., NELSON S.J., NOWLIN T. Profile of TMD and Bruxer compared to TMD and nonbruxer patients regarding chief complaint, previous consultations, modes of therapy, and chronicity. **Cranio**, Chattanooga, v. 18, n.3, p. 205-219, 2000.
16. SHARP, S.C.; HELLINGS, J.A. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depression in children and adolescents: practitioner review. **Clin Drug Investig**. v. 26, n. 5, p. 247-55, 2006.
17. TOKIWA O., PARK B.K., TAKEZAWA Y., TAKAHASHI Y., SASAGURI K., SATO S. Relationship of tooth grinding pattern during sleep bruxism and dental status. **Cranio**, Chattanooga, v.26, n.4, p. 287-293, 2008.
18. WAGNER, K.D.; ROBB, A.S.; FINDLING, R.L.; JIN, J.; GUTIERREZ, M.M.; HEYDORN, W.E. A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, VA, v. 161, n. 6, p. 1079-1083, 2004.