

NOVA SÍNDROME OU BRUXISMO?

INTRODUÇÃO

A *American Academy of Orofacial Pain*¹ define o bruxismo como uma atividade parafuncional diurna ou noturna que inclui ranger, apertar ou esfregar os dentes entre si gerando um ruído e considera que, na ausência da consciência subjetiva do paciente, as facetas de desgaste nos dentes podem indicar episódios passados de bruxismo, não devendo ser interpretadas como resultado da função mastigatória, enquanto que, o bruxismo presente pode ser observado por meio de registros polissonográficos. A *American Academy of Sleep Medicine*² (2005) classifica o bruxismo do sono (BS) como um distúrbio de movimento e o define como uma atividade oral caracterizada por ranger ou apertar os dentes durante o sono, geralmente associada a microdespertares.

O bruxismo do sono se diferencia do bruxismo diurno por envolver distintos estados de consciência, isto é, sono e vigília, e diferentes estados fisiológicos com diferentes influências na excitabilidade oral motora^{3,4}.

O bruxismo do sono pode ser classificado em duas categorias, primário e secundário, sendo o primário caracterizado por ser idiopático, não ser relacionado a nenhuma causa médica evidente, clínica ou psiquiátrica. O secundário é associado a um transtorno clínico, neurológico ou psiquiátrico³.

Os dados complementares podem ser obtidos através pela polissonografia, que irá identificar os episódios de bruxismo durante a noite de sono. É importante que esse exame tenha - além dos canais de eletroencefalograma, eletro-oculograma e eletromiografia - o registro audiovisual, para que seja observado o som de ranger de dentes e excluídas outras atividades bucomandibulares - tais como salivação, deglutição, mioclonias, tosse, vocalização - que representam mais de 30% das atividades bucais durante o sono e que podem ser confundidas com os episódios de bruxismo do sono⁵.

O presente trabalho relata um caso clínico em idade precoce, onde a falta de dentes posteriores e da estabilidade oclusal leva a traumatismos severos na língua, como consequência do bruxismo, levando a consequências mais graves.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Pacientes, gêmeos, univitelinicos, gênero masculino, 1 ano e 3 meses de idade compareceu a clínica com histórico de automutilação na língua durante o sono desde a erupção dos incisivos superiores e inferiores decíduos, em uso de Rivotril® 8 gotas e Carbamazepina® 3,5 ml antes de dormir, receitado pelo neurologista. Foram apresentados, na consulta inicial, eletroencefalograma, mapeamento craniano e ressonância magnética de crânio (RM) os quais foram solicitados previamente pelo mesmo médico. O eletroencefalograma e o mapeamento craniano não apresentaram anormalidades. Na RM de um deles foi detectado discreto aumento nas dimensões do parênquima hipofisário considerando a idade do paciente, resultado este considerado pelo neurologista como uma variação anatômica e não associado aos dados clínicos. Além do neurologista, os pacientes foram avaliados pela neuropediatra que descartou a possibilidade de ser um quadro de epilepsia. As avaliações clínicas de otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos realizadas e o exame nasofibrolaringoscopia não apresentaram anormalidade em língua, ouvidos e garganta. Durante a avaliação, na

entrevista clínica, a mãe relatou que os traumas iniciam no início do sono e recidivam durante a noite, o menor despertar possível dispara os movimentos mandibulares e consequentemente, trauma na língua. Relatou também, movimentos de pernas não sincronizados.

O exame físico revelou estruturas anatômicas com morfologia normais, ficando evidente apenas os traumas na região anterior da língua com hemorragia local associado a erupção parcial de incisivos (**Figura 1 e 2**).

Após toda a avaliação para a solução imediata dos traumas na língua foi confeccionado um modelo de gesso da arcada superior e depois uma placa de acetato de 2 mm com levante de mordida em resina acrílica (**Figura 3 e 4**) o suficiente para evitar trauma e hemorragia lingual mesmo com a movimentação mandibular durante o sono (**Figura 5**).

Após redução dos sinais de trauma lingual com o início do uso da placa os pacientes foram reavaliados pela neuropediatra que suspendeu gradativamente o uso da Carbamazepina® por descartar o diagnóstico de epilepsia. Atualmente o paciente está em uso de Rivotril® e placa e apesar de ainda não apresentarem sono normal, permanecem sem traumas linguais.

Foi solicitado polissonografia basal para os pacientes, porém a dificuldade da realização do exame devido a idade precoce dos pacientes foi apontada pelos centros de exames do sono. Tentou-se então fazer a polissonografia basal domiciliar. Nas duas primeiras tentativas não obteve-se êxito na realização do exame. Decidiu-se controlar as mordidas com a placa e posteriormente realizar o exame.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

Discussão

A *American Academy of Sleep Medicine*² (AASM), em 2005, atualizou a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono e critérios de diagnóstico clínico foram propostos: a) O paciente relata ou é consciente dos sons de apertar ou ranger dos dentes durante o sono. b) Um ou mais dos seguintes itens está presente: 1. Desgaste anormal dos dentes; 2. Dor, fadiga ou desconforto nos músculos mastigatórios e travamento da mandíbula ao acordar; 3. Hipertrofia do músculo masséter na contração máxima forçada. c) A atividade muscular da mandíbula não pode ser explicada por outro distúrbio do sono, distúrbio médico ou neurológico ou pelo uso de medicação ou de substâncias.

A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICSD – 1997) define o bruxismo do sono como movimentos estereotipados e periódicos com ranger e/ou cerrar de dentes, decorrentes da contração rítmica dos músculos masseteres durante o sono⁶.

Não está totalmente demonstrada ainda uma estrutura funcional e anatômica do SNC que pudesse ser identificada como gerador específico de movimentos mandibulares involuntários. Contudo, existem estudos que sugerem a participação da neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica na gênese e na modulação de eventos como espasmos e tremores em variados níveis, como por exemplo discinesias, Parkinson e bruxismo⁷.

O diagnóstico deve ser clínico através da coleta de histórico pregresso associado a exames complementares. Clinicamente, o diagnóstico é baseado no relato de ranger de dentes ocorrido durante o sono associado à dor ou tensão nos músculos da face ao acordar. O desgaste anormal dos dentes e a hipertrofia do masseter são sinais que ajudam no diagnóstico⁵.

Não há um consenso sobre a etiologia do bruxismo. No passado, acreditava-se que influências oclusais eram importantes fatores causais na etiologia do bruxismo, porém nunca foi comprovado experimentalmente. Fatores psicológicos, como estresse e personalidade, também são relacionados como fatores etiológicos^{3,8}. Contudo alguns estudos falharam em demonstrar a relação entre o bruxismo do sono e o estresse^{9,10}. Nenhum marcador genético específico foi encontrado para o bruxismo do sono. Entretanto, 21% a 50% dos pacientes com bruxismo do sono têm pelo menos um membro direto da família como distúrbio. Filhos de portadores de bruxismo do sono apresentam maior risco de também apresentar a patologia⁸.

Atualmente não existe uma padronização para o tratamento do bruxismo do sono, seja ele primário ou secundário. Terapias de diferentes origens tem sido empregadas, porém nenhuma com evidência científica comprobatória de melhor eficácia⁹.

Após uma revisão sistemática, verificou-se um número reduzido de estudos que apresentaram o objetivo primário de avaliar o bruxismo do sono em crianças, além de uma grande variação nas taxas de prevalência. Torna-se necessária a realização de novos estudos, baseados em métodos de evidências e com critérios diagnósticos padronizados e validados, para avaliar com maior precisão a prevalência desta patologia em crianças¹¹.

As terapias mais usuais são farmacológicas, psicológicas ou odontológicas. O tratamento farmacológico consiste no uso dos fármacos do tipo benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, beta-bloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos e relaxantes musculares. O tratamento psicológico consiste na terapia comportamental

baseada na higiene do sono, no controle do estresse, biofeedback e em técnicas de relaxamento, mas nenhum desses tratamentos é baseado em fortes evidências⁸. O tratamento odontológico para o bruxismo inclui ajuste oclusal, restauração da superfície dentária, tratamento ortodôntico e placas oclusais. O mecanismo de ação dos aparelhos intra-orais e sua eficiência clínica na atividade neuromuscular durante o sono e a arquitetura do sono ainda não estão bem estabelecidos³.

Discrepâncias podem ser encontradas na literatura sobre a prevalência de bruxismo^{12,13}. Nos EUA, uma prevalência de 38% foi encontrado quando os relatórios dos pais foram utilizados para avaliar os hábitos de sono bruxismo entre as crianças em idade escolar¹². Um estudo canadense mostrou que 15% das crianças em Montreal apresentaram bruxismo do sono e 12,4% bruxismo em tempo vigília exibido¹³. Outro estudo, com base em relatos dos pais no Brasil, indicou uma prevalência de 35,3% de bruxismo do sono em crianças¹².

A diferença de resultados entre os estudos sobre o bruxismo do sono em crianças demonstra a necessidade de encorajar a investigação sobre este assunto. Há também uma necessidade de padronizar critérios metodológicos e desenhos de estudo na tentativa de diagnosticar melhor o bruxismo e da gravidade das repercussões desse hábito¹⁴.

A contração esporádica do genioglosso noturna foi relatada em um adolescente saudável, 17 anos, resultando em lesões de língua recorrente. A etiologia desta patologia durante o sono em crianças e adolescentes incluem convulsões, bruxismo, mioclonias faciomandibular, mioclonias hipnóticas, e raramente geniopspasmo, que tem sido descrito como um raro distúrbio de movimento acompanhado de contração do músculo mentoniano com base em dados polissonográficos. Genioespamo foi considerado o diagnóstico diferencial para as lesões de língua inexplicáveis durante o sono¹⁵.

Conclusão

O bruxismo do sono é uma patologia de difícil diagnóstico e tratamento específico pois não há consenso na literatura de uma padronização baseado em evidências científicas nem protocolos de pesquisa para o estudo com exames complementares específicos.

O presente relato de caso demonstrou uma forma de bruxismo severo em crianças com idade precoce levando a traumatismos linguais, demonstrando na literatura uma lacuna para o diagnóstico ou a descrição de uma possível síndrome com mapeamento genético e outros exames.

Neste caso, não consegue-se determinar se o bruxismo é causa ou consequência. Ressalta-se a variação do tratamento imediato utilizado neste caso com os descritos na literatura, com a placa de acetato rígida e acompanhamento mensal, contribuindo para um sono sem traumas e sem prejudicar o crescimento do complexo maxilofacial.

Referências

1. OKESON JP. Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis, and management. 3th ed. Chicago: Quintessence; 1996.
2. AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION. International classification of sleep disorder: diagnostic and coding manual, revised. 2nd ed. Westchester, 2005. p. 189-192.

3. MOLINA OF, GAIO DC, CURY MDN, CURY SE, GIMENES SEM, SALOMÃO EC, et al. Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito. JBA. 2002;2 (5):61-9.
4. THORPY MJ. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual, revised. Rochester, Minn: American Sleep Disorders Association, 1997, pp. 182-5.
5. BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism; an overview of the oromandibular sleep movement disorder. Sleep. Med. Rev., London v. 4, no. 1, p. 27-43, Feb. 2000.
6. CHASE, M. H.; MORALES, F. R. Control of motoneurons during sleep. In: RYGER, M. H.; ROTH, T.; DEMENT, W. C. (Ed.). Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: WB Saunders, 2000. p. 155-168.
7. LAVIGNE, G. J.; MANZINE, C. Bruxism. In: KRYGER, M. H.; ROTH, T.; DEMENT, W. C. (Ed.). Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: W. B. Saunders, 2000. p. 773-785.
8. OHAYON, M. M.; LI, K. K.; GUILLEMINAULT, C. Risk factors for sleep bruxism in the general population. Chest, Northbrook, v. 119, no. 1, p. 53-61, Jan. 2001.
9. PIERCE, C. J.; CHRISMAN, K.; BENNETT, M. E.; CLOSE, J. M. Stress, anticipatory stress and psychologic measures related to sleep bruxism. J. Orofac. Pain, Carol Stream, v. 9, no. 1, p. 51-56, Winter 1995.
- 10- MACEDO, C.R. R Dental Press Ortodon Ortop Facial Maringá, v. 13, n. 2, p. 18-22, mar./abr. 2008
11. LAVIGNE GJ et al. Double-blind, crossover, placebo-controlled trial of bromocriptine in patients with sleep bruxism. Clin Neuropharmacol. 2001;24(3):145-9.
12. MACHADO E.; DAL-FABBRO C.; CUNALI P. A.; KAIZER B. O. Prevalence of sleep bruxism in children: A systematic review. Dental Press J. Orthod. vol.19 no.6 Maringá Nov./Dec. 2014
13. SERRA-NEGRA JM, PAIVA SM, SEABRA AP, DORELLA C, LEMOS BF, PORDEUS IA. Prevalência de bruxismo do sono em um grupo de escolares brasileiros. Eur Arch Paediatr Dent 2010; 11: 192-195.
14. Cheifetz AT, Osganian SK, Alfred EM, Needleman HL. Prevalência de bruxismo e associados correlatos em crianças como relatado pelos pais. J Dent Criança 2005; 72: 67-73.
15. MAHMOUDI M, KPTHARE SV. Tongue biting: a case of sporadic geniospasm during sleep. J Clin Sleep Med 2014;10(12):1339-1340.