

O paradigma do bruxismo na ausência de dentes: estudo observacional de corte transversal em usuários de próteses totais

The bruxism paradigm in the absence of teeth: observational cross-sectional study in full denture users

Henrique Ohno de Souza¹, Alex Moreira Mélo², Melissa de Oliveira Melchior^{2,3}, Lais Valencise Magri^{1,2,4}

DOI 10.5935/2595-0118.20230060-pt

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O bruxismo é definido como uma atividade da musculatura mastigatória, que independe da presença de dentes, portanto pode ocorrer em pacientes desdentados totais e usuários de próteses dentárias. Assim, é preciso conhecer como o bruxismo se manifesta clinicamente nessa população. O objetivo deste estudo foi investigar a presença do provável bruxismo de sono e de vigília em usuários de prótese total atendidos em uma clínica odontológica de ensino em Ribeirão Preto/SP.

MÉTODOS: Uma amostra de conveniência foi composta por 30 pacientes (média de 72 anos, 18 mulheres e 12 homens). Os seguintes questionários foram utilizados para avaliar o provável bruxismo: *Oral Behavior Checklist* (OBC), Questionário da Academia Americana de Dor Orofacial (AADO) e o *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21). A avaliação clínica incluiu a identificação de desgastes nas próteses, língua dentada, bochecha mordiscada e sensibilidade nos músculos mastigatórios e nas articulações temporomandibulares. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS: A média de uso das próteses foi de nove anos. Seis indivíduos (20%) relataram bruxismo do sono e 11 (36%) relataram bruxismo de vigília. O OBC apresentou média de escore total de $9,8 \pm 6,2$, sendo “apertar de dentes” o sintoma mais descrito. O DASS-21 apresentou média total de 16,5, com

valores de estresse, ansiedade e depressão dentro da normalidade. Os sintomas mais relatados no AADO foram cefaleia, dores no pescoço, dor e/ou dificuldade durante a função mandibular e trauma recente na cabeça, pescoço ou maxilares. Na avaliação clínica, 15 (50%) dos pacientes apresentaram desgastes na prótese, 4 (13%) dor por palpação, 2 (6%) bochecha mordiscada e nenhum (0%) língua dentada.

CONCLUSÃO: Apesar das limitações deste estudo (corte transversal, amostra reduzida e ausência de avaliação instrumental do bruxismo) foi possível concluir que uma parcela significativa de usuários de próteses totais apresentou provável bruxismo, sendo o apertamento dentário o principal relato e desgastes na prótese a principal manifestação clínica.

Descritores: Boca edêntula, Bruxismo, Prótese total.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Bruxism is defined as an activity of the masticatory muscles, which is independent of the teeth presence, so it can occur in total edentulous patients and users of dental prostheses. In this sense, it is therefore necessary to know the clinical manifestations of bruxism in this population. The objective of this study was to evaluate the clinical manifestation and the presence of probable sleep and awake bruxism in a sample of users of full dentures treated at a teaching dental clinic in the city of Ribeirão Preto/SP.

METHODS: The adopted sample consisted of 30 patients (mean age 72 years, 18 women/12 men). The following questionnaires were used to assess probable bruxism: Oral Behavior Checklist (OBC), Questionnaire of the American Academy of Orofacial Pain (AADO) and the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). The clinical assessment included the identification of wear on the prostheses, tongue indentations, bitten cheek and sensitivity in the masticatory muscles and temporomandibular joints. The data was analyzed using descriptive statistics.

RESULTS: The average of use of the dentures were nine years. Six patients (20%) reported self-perceived sleep bruxism, and 11 (36%) reported self-perceived awake bruxism. OBC showed an average total score of 9.8 ± 6.2 , with “teeth clenching” being the most described symptom. DASS-21 presented an average of 16.5, and stress, anxiety and depression were within normal limits. The most commonly reported symptoms in the AADO were headache, neck pain, pain and/or difficulty during jaw function and recent trauma to the head, neck or jaws. In the clinical evaluation, 15 (50%) patients had wear on prosthesis,

Henrique Ohno de Souza – <https://orcid.org/0009-0009-2514-1807>;
Alex Moreira Mélo – <https://orcid.org/0000-0002-0433-2681>;
Melissa de Oliveira Melchior – <https://orcid.org/0000-0003-4943-1242>;
Lais Valencise Magri – <https://orcid.org/0000-0001-8050-4396>.

1. Universidade de Ribeirão Preto, Odontologia, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
2. Universidade de São Paulo, Departamento de Odontologia Restauradora, Ribeirão Preto, SP.
3. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Ribeirão Preto, SP, Brasil
4. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Apresentado em 07 de junho de 2023.

Aceito para publicação em 16 de agosto de 2023.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

DESTAQUES

- Uma parcela significativa de usuários de próteses totais apresenta provável bruxismo.
- O apertamento dentário é o principal relato de usuários de próteses totais.
- Desgastes nas próteses são a principal manifestação clínica.

Correspondência para:

Alex Moreira Mélo

E-mail: alexmelo@usp.br

only 2 (6%) had bitten cheek, none had tongue indentations, 4 (13%) had pain during palpation.

CONCLUSION: Despite the limitations of the study (cross-sectional, small sample and absence of instrumental evaluation of bruxism), it is possible to conclude that a significant portion of users of total dentures presented probable bruxism, with tooth clenching being the main report and wear on the prosthesis the main clinical manifestation.

Keywords: Bruxism, Complete denture, Edentulous mouth.

INTRODUÇÃO

O bruxismo é uma atividade repetitiva dos músculos mastigatórios, caracterizada por apertar ou ranger os dentes e/ou por apertar ou empurrar a mandíbula. O bruxismo tem duas manifestações circadianas distintas: pode ocorrer durante o sono (bruxismo do sono) ou durante a vigília (bruxismo de vigília)¹. De acordo com um estudo², o bruxismo em indivíduos saudáveis deve ser visto como um fator de risco e não um distúrbio. Alguns hábitos podem ser considerados como provável bruxismo, e estão relacionadas a determinadas ações, como ranger ou apertar dos dentes, apertamento dos lábios, roer as unhas (onicofagia), morder objetos e fatores patofisiológicos que estão associadas ao consumo de álcool, tabagismo e cafeína, que são fatores associados ao estado emocional³.

O bruxismo de vigília ocorre quando o indivíduo está acordado e se manifesta mais frequentemente pelo contato dentário ou por contração muscular estática e dinâmica², capaz de causar lesões ao periodonto, às articulações temporomandibulares (ATM) e dores nos músculos mastigatórios. Diferentemente, o bruxismo do sono ocorre quando o paciente está dormindo, sendo uma atividade inconsciente, relacionada à deglutição, e se manifesta mais frequentemente pelo ato de ranger os dentes, gerando movimentos excêntricos repetitivos de lateralidade e latero-protrusão, podendo resultar em desgastes dentários e contração muscular⁴.

De acordo com a nova definição, o bruxismo pode ser classificado como: possível, quando baseado apenas no relato (do paciente ou de alguém do seu convívio); provável, quando baseado no relato somado à investigação clínica de possíveis consequências do bruxismo, por exemplo desgaste nos dentes, dolorimento na musculatura mastigatória e bochecha mordiscada; e definitivo, quando o diagnóstico é estabelecido com base no relato, na investigação clínica e na avaliação instrumental, por meio da eletromiografia para o bruxismo de vigília e da polissonografia para o bruxismo de sono^{1,2}.

No passado, os fatores morfológicos, como anomalias na articulação e na oclusão dentária, que resultavam em fraturas, desgastes dentários e dor na região orofacial, eram vistos como as causas iniciais na etiologia do bruxismo. No entanto, atualmente entende-se que essas condições possuem um papel pouco relevante em comparação com os fatores psicossociais e patofisiológicos, uma vez que se compreendeu que o bruxismo é uma atividade do músculo mastigatório, com controle do sistema nervoso central².

Os fatores psicossociais envolvem aspectos como ansiedade, estresse, depressão e distúrbios do humor. A atividade de apertar os dentes, durante o dia, pode estar associada com tensões emocionais e episódios de depressão e ansiedade⁵. Diversos fatores psicológicos como o estresse, medo e ansiedade foram aumentados com a pandemia por

COVID-19, e estão associados ao desenvolvimento e perpetuação do bruxismo e da disfunção temporomandibular (DTM)⁶.

Grande parte dos pacientes edêntulos portadores de prótese total, apresentam desequilíbrio do sistema estomatognático, devido à condição bucal ou pela utilização de próteses mal confeccionadas⁷. Uma consequência que esses pacientes podem apresentar é a perda da dimensão vertical de oclusão (DVO), a qual pode agravar em lesões futuras quando não restabelecida⁸. O restabelecimento da DVO é essencial para recompor todas as funções perdidas, restaurando a harmonia facial e a relação mandibulomaxilar. Para isso, uma das possibilidades seria a confecção de próteses temporárias, que possuem o objetivo de comprovar a altura da reabilitação e devolver a DVO de uma maneira rápida e eficaz^{9,10}.

Além disso, são observados dificuldade fonética, mastigatória e comprometimento da ATM e dos músculos mastigatórios. Usualmente essa diminuição está relacionada com a perda de estabilidade oclusal posterior e/ou a existência de hábitos parafuncionais como o bruxismo, que são ocasionados por fatores psicossociais e patológicos, e não por alterações na DVO^{2,11}.

Pacientes usuários de prótese total que apresentam bruxismo mostram desgastes pronunciados nas próteses, levando à perda da DVO, gerando assim a instabilidade oclusal e alterações no sistema articular e muscular, ocasionando dores e incômodos, que podem provocar lesões no sistema estomatognático¹³. No entanto, apenas o ajuste da oclusão do paciente não é eficaz para acabar com o bruxismo, tendo em mente que o bruxismo é um comportamento da musculatura mastigatória de ação central e não possui cura. Além disso, o estresse pode gerar sofrimento psíquico, aumentando as manifestações dolorosas e estimulando o regresso desse comportamento².

A reabilitação dos pacientes edêntulos com prótese total inclui o restabelecimento da mastigação, da fonética, da deglutição e da autoestima, desde que conte com planejamento e execução adequados¹⁴. Porém apenas a sua confecção adequada não leva à redução dos eventos do bruxismo, havendo a necessidade de outras intervenções, a fim de amenizar as suas consequências deletérias, reduzindo possíveis eventos. Por isso, é necessário primeiramente chegar a um correto diagnóstico e compreender a real causa do bruxismo, possibilitando assim o correto tratamento do indivíduo¹⁵.

As intervenções relacionadas ao bruxismo visam minimizar os efeitos negativos produzidos no sistema estomatognático¹⁶. A principal opção para o bruxismo do sono consiste na placa oclusal e na investigação das possíveis associações com outros distúrbios de sono, como a apneia. Já para o bruxismo em vigília, o foco está no controle desse comportamento por meio de estratégias cognitivo-comportamentais através de lembretes, diários e aplicativos de celular¹⁷⁻²⁰.

Na literatura científica a compreensão acerca da relação entre os dentes e o bruxismo evoluiu de maneira significativa nos últimos anos, e atualmente o bruxismo é definido como um comportamento da musculatura mastigatória, que é independente da presença de dentes^{1,2,21-23}. A partir desse novo olhar, é preciso compreender a manifestação do bruxismo em populações edêntulas.

Com base na problemática apresentada, o objetivo deste estudo foi investigar a presença e a manifestação clínica do provável bruxismo de sono e de vigília em uma amostra de pacientes usuários de prótese total atendidos em uma clínica odontológica de ensino em Ribeirão Preto/SP.

MÉTODOS

Este estudo observacional de corte transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP, CAAE: 61228822.1.0000.5498). Os dados somente foram coletados após aprovação do CEP. Todos os voluntários da pesquisa foram informados sobre seus objetivos, riscos e benefícios, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

De acordo com dados da Central de Regulação de Atendimentos à Saúde do Município de Ribeirão Preto/SP, a média anual de atendimentos relativos à confecção de próteses totais na Clínica Odontológica da UNAERP é de 42 pacientes. Considerando um cálculo amostral pela média, uma amostra mínima seria de 23 voluntários para a observação do desfecho “presença de provável bruxismo”, com estimativa de erro amostral de 20%. Diante disso a amostra foi composta por 30 pacientes voluntários que estavam fazendo o uso de prótese total superior e inferior por menos de 10 anos.

Os critérios de inclusão foram pacientes usuários de próteses totais superior e inferior, com menos de 10 anos de uso, atendidos na Clínica Odontológica da UNAERP. Foram excluídos pacientes com comprometimento cognitivo, que não foram capazes de compreender e responder os questionários, além de pacientes com distúrbios neurológicos.

O diagnóstico do provável bruxismo do sono e/ou de vigília foi baseado no autorrelato e na avaliação clínica de possíveis desfechos/consequências. De acordo com uma revisão recente, tanto as abordagens não instrumentais (baseadas no autorrelato e nos sinais e sintomas clínicos), como as instrumentais (eletromiografia para o bruxismo de vigília e polissonografia para bruxismo de sono) podem ser utilizadas para diagnosticar o bruxismo, uma vez que os pontos de corte dessas avaliações instrumentais não estão completamente definidos na literatura científica²⁴.

A fim de sistematizar as informações trazidas no autorrelato, foram utilizados os seguintes questionários: sociodemográfico, *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21 - traduzido e validado para o português brasileiro), Questionário da Academia Americana de Dor Orofacial (AADO) e *Oral Behavior Checklist* (OBC - versão português brasileiro). Esses questionários serão brevemente descritos a seguir.

Questionário sociodemográfico

Primeiramente foi aplicado um questionário sociodemográfico com as seguintes informações: nome, idade, sexo, endereço, religião, condições de saúde, renda familiar, tempo de uso das próteses totais, grau de satisfação com as próteses, diagnóstico prévio de bruxismo, condições de saúde médica, fármacos de uso contínuo.

Hábitos/comportamentos orais: *Oral Behavior Checklist* – versão português brasileiro

O OBC é um questionário que avalia os hábitos e comportamentos orais durante o sono e a vigília. O questionário é constituído por 21 itens, apresentando cinco possibilidades de resposta (zero a quatro), que correspondem à frequência de percepção dos comportamentos orais.

Questionário da Academia Americana de Dor Orofacial

Trata-se de um questionário que avalia os sinais e sintomas de DTM e bruxismo, através de uma sequência de questões com alternativas “SIM” ou “NÃO”.

Depression, Anxiety, and Stress: DASS-21 - traduzido e validado para o português brasileiro

Avalia a percepção subjetiva de experiências relacionadas a sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

Avaliação Clínica de possíveis desfechos/consequências do bruxismo

Foram avaliados os seguintes itens: presença de desgastes na prótese, bochecha mordiscada, língua dentada e exame de palpação muscular nos músculos masseter e temporal anterior, além da região da articulação temporomandibular. Um único examinador, previamente treinado e calibrado, realizou o exame clínico.

Análise estatística

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com aferições de média, desvio padrão, frequências absolutas e porcentagens, a fim de identificar a presença do provável bruxismo de sono e de vigília na população estudada. Previamente foi empregado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, e foi verificado que os dados da amostra apresentaram distribuição normal ($p > 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliados 30 participantes, com média de idade de 72 anos, sendo 18 mulheres e 12 homens, com média de uso das próteses de 9 anos, e uma média de 7,6 de satisfação com as próteses antigas (escala de zero a 10). Dos 30 participantes avaliados, 6 (20%) relataram percepção de bruxismo do sono, e 11 (36%) relataram percepção de bruxismo de vigília. Na avaliação clínica foi observado que 15 indivíduos apresentaram desgastes na prótese (50%), 4 apresentaram dor no exame de palpação dos músculos mastigatórios (13%), 2 apresentaram bochecha mordiscada (6%) e nenhum apresentou língua dentada (Figura 1).

A média de escore total do questionário OBC foi de $9,8 \pm 6,2$, indicando a presença de comportamentos orais. É relevante pontuar

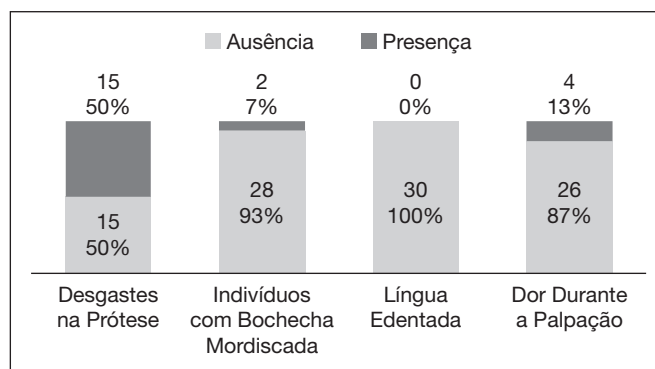


Figura 1. Frequência (em porcentagem) da ausência e presença de sinais clínicos de bruxismo (desgaste na prótese, bochecha mordiscada, língua dentada, dor no exame de palpação) avaliados por meio de investigação clínica.

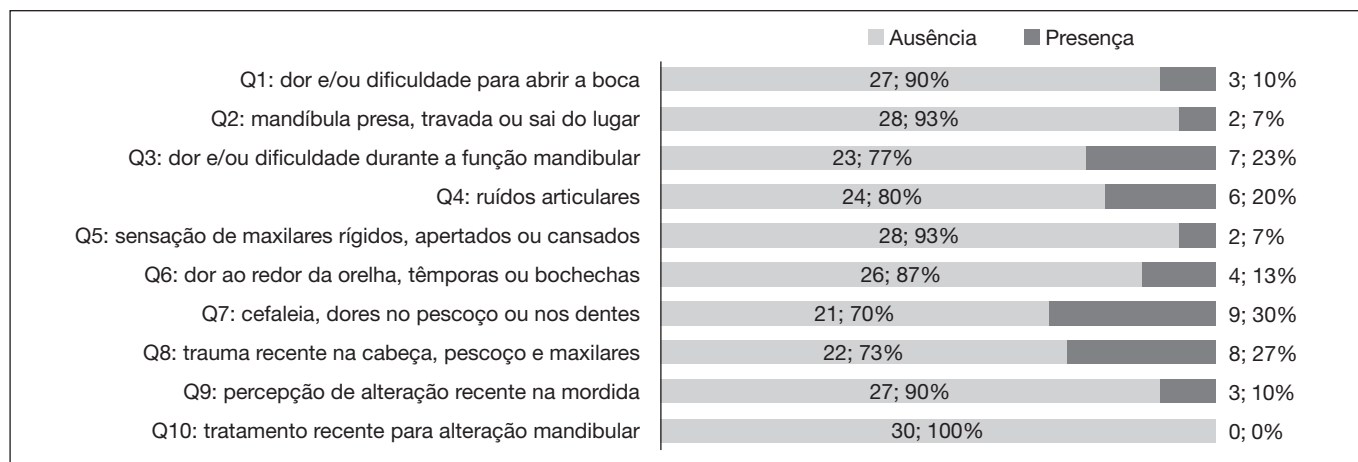


Figura 2. Frequência (em porcentagem) da ausência e presença de sinais e sintomas relacionados ao bruxismo, baseada no autorrelato, a partir da aplicação do questionário da Academia Americana de Dor Orofacial (AADO).

Tabela 1. Média da amostra e valores de corte do questionário DASS-21 para os sub-itens Depressão, Ansiedade e Estresse, segundo a caracterização Normal/Leve, Mínimo, Moderado, Grave e Muito Grave.

	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal/Leve	0-9	0-7	0-14
Mínimo	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Grave	21-27	15-19	26-33
Muito Grave	28+	20+	34+
Média da Amostra	2,7	5,4	8,4

que os comportamentos mais descritos foram “apertar os dentes” e “mastigar os alimentos apenas de um lado”.

Conforme apresentado na figura 2, e segundo a avaliação por meio do questionário da AADO, as questões respondidas positivamente com maior frequência foram: cefaleia, dores no pescoço (9 pacientes), trauma recente na cabeça, pescoço e maxilares (8), e dor e/ou dificuldade na função mandibular (7). Esses sintomas podem estar associados à dificuldade de utilização das próteses totais, mas também podem se relacionar com presença de dolorimento na região orofacial.

Em relação à avaliação dos aspectos emocionais por meio do DASS-21, a amostra apresentou uma média global de 16,5, e os valores de estresse, ansiedade e depressão apresentaram-se dentro da normalidade, segundo os valores de corte estabelecidos pelo protocolo (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Há alguns anos, fatores morfológicos como anomalias na oclusão e articulação eram considerados os principais fatores desencadeantes na etiologia do bruxismo². Ainda que essa suposição dirija a realidade clínica de diversos profissionais da odontologia, tal ligação é menos relevante se comparada aos fatores psicossociais e patofisiológicos, em especial a partir do entendimento do evento como uma manifestação do sistema nervoso central²².

Os fatores psicossociais são considerados, cada vez mais, relacionados com a iniciação do bruxismo de vigília, em especial com a tensão

emocional vivenciada, questões de ansiedade, estresse e depressão²³. Já os fatores patofisiológicos se relacionam com outros aspectos, como o consumo de álcool, tabagismo e cafeína, que precisam ser considerados e avaliados²⁴.

Além disso, o bruxismo pode ser um fator que contribui para a perda dentária, uma vez que é uma atividade controlada pelo sistema nervoso central^{1,2,22}, presente anteriormente ao evento da ausência dentária na grande maioria dos pacientes. As perdas dentárias são frequentes em pacientes com bruxismo grave, e esse padrão de atividade da musculatura mastigatória de mantém mesmo após a ausência de dentes.

A inter-relação entre o bruxismo, os fatores psicossociais e a condição bucal é complexa, uma vez que um fator pode levar ao agravamento do outro, sendo difícil estabelecer clinicamente uma relação de causa e consequência direta e única^{8,19}.

A média de idade da amostra foi de 72 anos. Estudos mostram que portadores de próteses totais mais velhos apresentam maior incidência de dor na face e cabeça, limitação de abertura bucal e dificuldade na estabilidade e retenção das próteses. É relevante considerar que a faixa etária de maior manifestação das DTMs é a de adultos jovens, contudo indivíduos mais velhos também podem apresentar a condição, em especial a doença articular degenerativa e outras manifestações articulares²⁵⁻²⁷.

Um estudo publicado em 2023 encontrou uma prevalência de 24% de bruxismo em uma população de idosos, sendo 12% de bruxismo em vigília e 16% de bruxismo do sono, ambos baseados no autorrelato. Todavia essa prevalência não foi avaliada de forma isolada para amostras de desdentados e usuários de próteses²⁸. Esses resultados são similares à ocorrência de provável bruxismo na amostra avaliada no presente estudo, independentemente da condição dentária e oclusal, que não é um fator determinante na fisiopatologia do bruxismo.

O bruxismo pode desencadear forças oclusais intensas, em especial o bruxismo do tipo apertamento dentário, gerando sobrecarga para a dentição, o osso alveolar, periodonto e a ATM²⁴. A modificação dessas estruturas pode ser uma das consequências do bruxismo, entre as quais podemos incluir desgaste dentário, fratura e perda de dentes, hipertrofia do músculo masseter, dores de cabeça, ruídos, espasmos

musculares, dor por palpação dos músculos e das ATM, distúrbio da ATM e limitação dos movimentos mandibulares^{24,25}.

O desgaste de estruturas pode estar presente em pacientes dentados ou desdentados, nos quais existe um risco de comprometimento estético, articular, conforto muscular e nas atividades básicas como fala, mastigação e deglutição^{24,26}.

Os pacientes desdentados totais demonstram alterações morfológicas e funcionais no sistema estomatognático, as quais podem ser razões contribuintes para o surgimento da dor orofacial²⁴, corroborando com os resultados encontrados no presente estudo, e justificando a necessidade de compreender a manifestação clínica do bruxismo nesta amostra, uma vez que a população tem envelhecido, com expectativas de vida cada vez maiores.

Pacientes usuários de próteses totais possuem dor persistente e ulcerações da membrana mucosa sob a superfície das próteses²⁵. Essas causas podem ocorrer devido ao apertamento dentário em sono e vigília, ou como resultado de próteses inadequadas, em especial nos aspectos que envolvem a DVO. Segundo o *Glossary of Prosthodontic Terms*²⁹, a DVO é determinada pela “distância medida entre dois pontos quando os dentes estão em contato”, ou seja, o fator determinante são os contatos dos dentes ou de dispositivos como as próteses totais.

Pacientes portadores de próteses totais antigas ou alteradas, com episódios recorrentes de cefaleia e dor facial, apresentam melhora na intensidade e frequência de suas queixas quando trocam as próteses e reestabelecem um padrão funcional adequado do sistema estomatognático³⁰.

O desgaste presente nas superfícies oclusais das próteses totais pode estar associado ao bruxismo ou ao atrito natural da mastigação e elevado tempo de uso das próteses²⁶, embora seja relevante reforçar que o desgaste é uma consequência do bruxismo, e não a causa desse comportamento. Apenas o restabelecimento da DVO do paciente com bruxismo não é uma intervenção direta para o bruxismo, uma vez que uma série de outros fatores iniciam e modulam essa atividade da musculatura mastigatória, como fatores psicossociais. Esses fatores são mais relevantes que o aspecto periférico da oclusão²¹, e requerem a associação de outras intervenções para amenizar os danos²⁶.

A ansiedade é investigada como um dos fatores emocionais que pode ocasionar hábitos parafuncionais, como o bruxismo de vigília^{1,2,6}. Estudos demonstraram uma relação entre a ansiedade e o bruxismo de vigília, mais significativa que sua associação com o bruxismo de sono^{6,22}. Isso talvez justifique os resultados relativos aos aspectos emocionais encontrados no presente estudo, com escores totais e parciais reduzidos para o DASS-21.

Como este estudo usou uma amostra de pessoas com idade mais avançada, é plausível considerar que o bruxismo de sono estivesse mais ativo, talvez mais relacionado com aspectos respiratórios como apneia obstrutiva do sono e roncopatia, ou que essa amostra esteja em uma fase da vida menos ativa, e consequentemente com menor modulação positiva dos aspectos emocionais relacionados, por exemplo, ao trabalho e à vida familiar, entre outros. Ainda com relação a essa associação do bruxismo com condições respiratórias, a prevalência de apneia obstrutiva do sono e da roncopatia na faixa etária acima dos 70 anos foi elevada, com dados que variam de 38 a 87%^{31,32}.

As intervenções relacionadas ao bruxismo de vigília envolvem o controle cognitivo comportamental desse hábito, por meio de lembretes e aplicativos de celular, bem como de ações voltadas para as consequências desse comportamento, como o dolorimento na região orofacial e os desgastes/trincados dentários. Já o bruxismo de sono, que acontece de forma inconsciente, tem como principal intervenção a placa oclusal rígida, com o objetivo de proteger os dentes^{33,34}.

Em suma, apesar das limitações deste estudo de corte transversal, com amostra reduzida, realizado em uma clínica odontológica de ensino, e sem avaliação instrumental do bruxismo, ficou evidente que essa população usuária de próteses totais apresentou manifestações clínicas e autorrelato de bruxismo, e merece avaliação e cuidado relacionados a esse comportamento, que pode ocorrer de maneira protetiva para muitos pacientes, mas para outros pode trazer consequências negativas. Poucos estudos trazem a prevalência de bruxismo em desdentados e usuários de próteses totais³⁴. Essa população é negligenciada com relação à avaliação do bruxismo pela ausência de dentes, e sinais e sintomas como cefaleias e desgastes nas próteses passam despercebidos e não são relacionados ao bruxismo. Portanto, é preciso olhar para essa temática, uma vez que a população tem envelhecido e os fatores relacionados ao bruxismo, como aspectos emocionais e uso de fármacos centrais, estão cada vez mais presentes.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações deste estudo (corte transversal, amostra reduzida e ausência de uma avaliação instrumental do bruxismo), é possível concluir que uma parcela significativa de usuários de próteses totais apresenta provável bruxismo, sendo o apertamento dentário o principal relato e desgastes na prótese a principal manifestação clínica.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Henrique Ohno de Souza

Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação, Redação - Preparação do Original, Software

Alex Moreira Mélo

Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Validação, Visualização

Melissa de Oliveira Melchior

Redação - Revisão e Edição, Validação, Visualização

Lais Valencise Magri

Análise Estatística, Aquisição de Financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Software, Supervisão, Validação, Visualização

REFERÊNCIAS

1. Manfredini D, Ahlberg J, Wetselaar P, Svensson P, Lobbezoo F. The bruxism construct: from cut-off points to a continuum spectrum. *J Oral Rehabil*. 2019;3(3):126-31.
2. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, Santiago V, Winocur E, Laar A DE, Leeuw R DE, Koyano K, Lavigne GJ, Svensson P, Manfredini D. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. *J Oral Rehabil*. 2018;45(11):837-44.
3. De Demoraes JV, Bottino MA. Papel da oclusão nos distúrbios da articulação temporomandibular. *Rev Fac Odontol São José dos Campos*. 1972;1(1):27-31.

4. Feitosa SE. Reabilitação oral-filosofia, planejamento e oclusão. São Paulo: Santos, 2003; 173-206p.
5. Reis ALPP; Fernandes SRP; Gomes AF. Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia Ciência Profissão*. 2010;30(4):712-25.
6. Almeida-Leite CM, Stuginski-Barbosa J, Conti PCR. How psychosocial and economic impacts of COVID-19 pandemic can interfere on bruxism and temporomandibular disorders? *J Appl Oral Sci*. 2020;28:e20200263.
7. Oberg T, Carlsson GE, Fajers CM. The temporomandibular joint. A morphologic study on a human autopsy material. *Acta Odontol Scand*. 1971;29(3):349-84.
8. Uppal S, Gupta NK, Tandan A, Dwivedi R, Gupta S, Kumar S. Comparative evaluation of vertical dimension at rest before extraction, after extraction na after rehabilitation with complete denture – a cephalometric study. *J Oral Biol Craniofac Res*. 2013;3(2):73-7.
9. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odontol*. 2012;20(40):41-8.
10. Moreno-Hay I, Okeson JP. Does altering the occlusal vertical dimension produce temporomandibular disorders? A literature review. *J Oral Rehabil*. 2015;42:875-82.
11. Fragoso WS, Troia Junior MG, Valdrighi HC, Chiavini P, Oliveira P. Reabilitação oral com prótese parcial removível e overlay: em pacientes com colapso oclusal posterior. *RGO*. 2005; 53(3):455-460.
12. Trentin LM, Reginato VF, Maroli A, Borges MTR, Spazzin AO Bacchi A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. *J Oral Investig*. 2016;5(1):50-60.
13. Batistello DD, Silveira AM. Disfunção temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais superiores com redução da dimensão vertical de oclusão. *J Oral Investig*. 2014;3(1):17-23.
14. Hebling E. Prevenção em odontogeriatrics. In: Pereira AC (Ed) *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. 426-37p.
15. Grossmann E, Tambara ST, Grossmann TK, Siqueira JTT. O uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea na disfunção temporomandibular. *Rev Dor*. 2012;13(3):271-6.
16. Esteves JLS, Silva LAIA, Moura MDG, Magalhães SR, Grossmann SDMC, Junior LC. Uso da acupuntura no tratamento de bruxismo. *Rev Iniciaç Cient Univ Vale Rio Verde*. 2017;15(1):763-73.
17. Lima DG, Oliveira DWD, Oliveira ES, Gonçalves PF, Flecha OD. Placas estabilizadoras em pacientes portadores de DTM: relato de dois casos. *Rev Bras Odontol*. 2016;73(3):261-4.
18. Teixeira Saf. A utilização de Toxina botulínica para bruxismo: revisão de Literatura. *Rev Bras Odontol*. 2013;70(2):202-4.
19. Manfredini D, Poggio CE. Prosthodontic planning in patients with temporomandibular disorders and/or bruxism: a systematic review. *J Prosthet Dent*. 2017;117(5):606-13.
20. Ondo WG, Simmons JH, Shahid MH, Hashem V, Hunter C, Jankovic J. Onabotulinum toxin injections for sleep bruxism. *Neurology*. 2018;90(7):559-64.
21. Shim YJ, Lee HJ, Park KJ Kim HT, Hong IH, Kim ST. Botulinum toxin therapy for managing sleep bruxism: a randomized and placebo-controlled trial. *Toxins (Basel)*. 2020;12(3):168.
22. Manfredini D, Ahlberg J, Lobbezoo F. Bruxism definition: Past, present, and future - what should a prosthodontist know? *J Prosthet Dent*. 2022;128(5):905-12.
23. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, Kato T, Koyano K, Lavigne GJ, de Leeuw R, Manfredini D, Svensson P, Winocur E. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*. 2013;40(1):2-4.
24. Manfredini D, Poggio CE. Prosthodontic planning in patients with temporomandibular disorders and/or bruxism: a systematic review. *J Prosthet Dent*. 2017;117(5):606-13.
25. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *J Oral Rehabil*. 2001;28(12):1085-91.
26. Bordin TB, Conci RA, Pezzini MM, Pezzini RP, Mendonça MJ. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders (TMD) in patients wearing bimaxillary complete dentures, removable partial dentures and in students with natural dentition. *Acta Odontol Latinoam*. 2013;26(3):173-80.
27. Coronatto EAS, Zuccolotto MCC, Bataglian C, Bitondil MBM. Associação entre disfunção temporomandibular e ansiedade: estudo epidemiológico em pacientes edêntulos. *Int J Dent*. 2009;8(1):6-10.
28. Rauch A, Nitschke I, Hahnel S, Weber S, Zenthöfer A, Schierz O. Prevalence of temporomandibular disorders and bruxism in seniors. *J Oral Rehabil*. 2023;50(7):531-6.
29. The Glossary of Prosthodontic Terms: 9th Ed. *J Prosthet Dent*. 2017;117(5S):e1-e105.
30. Klemetti E. Signs of temporomandibular dysfunction related to edentulousness and complete dentures: an anamnestic study. *Cranio*. 1996;14(2):154-7.
31. Perceval, AH, Meucci, RD. High-risk prevalence for obstructive sleep apnea syndrome in elderly population resident in the rural area of Rio Grande-RS. *Cad Saúde Col*. 2020;28:241-50.
32. Saldías Peñafiel F, Brockmann Veloso P, Santín Martínez J, Fuentes-López E, Leiva Rodríguez I, Valdivia Cabrera G. Prevalence of obstructive sleep apnea syndrome in Chilean adults. A sub-study of the national health survey, 2016/17. *Rev Med Chil*. 2020;148(7):895-905.
33. Borges AD, Rego MR, Corrêa AM, Torres MF, Telles DM, Santiago LC. Planning and treatment in oral rehabilitation with implant-supported prostheses using cephalometric analysis. *Semantic Scholar*. 2014;62(2):179-84.
34. Unell L, Johansson A, Ekbäck G, Ordell S, Carlsson GE. Prevalence of troublesome symptoms related to temporomandibular disorders and awareness of bruxism in 65- and 75-year-old subjects. *Gerodontology*. 2012;29(2):e772-9.

