

# INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA E BRUXISMO: ASSOCIAÇÃO EM USUÁRIO DE PRÓTESE TOTAL

## **Patricia Cataldo de Felipe Cordeiro**

Graduanda do Curso de Odontologia – Faculdade de Odontologia/ Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora (MG), Brasil; E-mail: patricia.cataldo@hotmail.com

## **Josemar Parreira Guimarães**

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora (MG), Brasil.

## **Leticia Ladeira Bonato**

Doutoranda em Clínica Odontológica – Faculdade de Odontologia/ Universidade Federal Fluminense - UFF, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## **Luciano Ambrósio Ferreira**

Doutorando em Ciências – Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## **Antônio Carlos Pires Carvalho**

Médico; Doutor em Radiologia; Docente Associado do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

**RESUMO:** Os efeitos adversos dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina constituem um dos diversos fatores de risco para o desenvolvimento de bruxismo e sintomatologia de desordem temporomandibular. A associação entre diferentes fatores, predisponentes e agravadores, para o desenvolvimento do bruxismo é ilustrada no caso clínico apresentado, o qual relata a queixa e condução terapêutica de uma paciente de 53 anos, usuária de próteses totais instáveis, com dor orofacial crônica, desordem temporomandibular e cefaleia atribuídas à presença do hábito parafuncional. A conduta da terapêutica sintomática foi direcionada ao controle dos fatores de risco apresentados, sendo definida pelo uso de placa interoclusal, a qual proporcionou redução e estabilidade da sintomatologia desde o início do tratamento, juntamente às orientações sobre autocuidados, fundamentais para o manejo da terapia. Uma vez identificados os fatores de risco, ressalta-se a necessidade de uma abordagem diferenciada em usuários de próteses totais, pois estes podem apresentar-se mais predispostos a distúrbios psicossociais decorrentes do processo de perda dos dentes e adaptação ao componente protético.

**PALAVRAS-CHAVE:** Antidepressivos; Bruxismo; Prótese Total.

## **SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS AND BRUXISM: ASSOCIATION IN A TOTAL PROSTHESIS USER**

**ABSTRACT:** Contrary effects of selective serotonin reuptake inhibitors are one of the risk factors for the development of bruxism and symptomology of temporal-mandibular disorder. The association between several predisposing and aggravating factors for the development of bruxism may be observed in a clinical case involving complaints and therapy of a 53-year-old patient, using unstable total prostheses, with chronic mouth and face pain, temporal-mandibular disorder and headaches attributed to the parafunctional habit. The behavior of symptomatic therapy, directed to the control of risk factors, was defined by the inter-occlusion plate which reduced and stabled the symptomology from the start of the treatment, coupled to guidelines of self-care. The need for a different approach in users of total prostheses was underscored since the patients may be more prone to psychosocial disorders caused by loss of teeth and adaptation to the prosthesis.

**KEY WORDS:** Antidepressants; Bruxism; Total Prosthesis.

## INTRODUÇÃO

A perda total dos dentes ainda é um fato frequente em países em desenvolvimento (DALLANORA et al., 2011), sendo comum a indicação de próteses totais (PT) por cirurgiões-dentistas na tentativa de restabelecer a função e estética (DIVARIS et al., 2012). No entanto, muitas vezes a perda de dentes acarreta em desarmonia completa do sistema estomatognático, que aliada à construção de próteses inadequadas, resulta em prejuízos funcionais, com significativa redução na qualidade de vida (DALLANORA et al., 2011). Tais alterações podem por sua vez serem exacerbadas pelo uso prolongado de dispositivos protéticos inadequados e presença de hábitos parafuncionais (GOIATO et al., 2010), os quais provocam desgastes, sobrecarga na articulação temporomandibular (ATM) e alterações graves no sistema estomatognático (GOIATO et al., 2010).

Um dos principais hábitos parafuncionais percebidos na ocorrência neste grupo de indivíduos corresponde ao bruxismo, e dessa maneira em associação com diversos fatores de risco relacionados ao seu desenvolvimento. No passado, as características morfológicas, como discrepâncias oclusais, instabilidade das próteses e a busca do conforto oclusal (GOIATO et al., 2010) foram considerados os principais causadores deste hábito parafuncional. Atualmente, especula-se acerca da influência dos fatores fisiopatológicos, como a existência de relação com microdespertares no sono e a modulação de neurotransmissores do sistema nervoso central. Ressalta-se, mais especificamente, que os distúrbios no sistema dopaminérgico central apresentam conexão com tal hábito (LOBBEZOO; NAEIJE, 2001).

A utilização de diversos tipos de fármacos por este grupo também pode influenciar diretamente a realização do hábito, ao passo que são capazes de atuar no Sistema Nervoso Central (SNC), podendo tanto exacerbar o bruxismo - quadro conhecido como distonia induzida por drogas, sendo uma desordem distinta daquele de origem idiopática - quanto atenuar os quadros do mesmo (LOBBEZZO et al., 2001). Dentre os principais grupos de fármacos com esta função, destacam-se: Inibidores Seletivos da Recaptção de Serotonina (ISRS), Catecolaminas, Anfetaminas, Dopaminas, Cafeína,

Antidepressivos Tricíclicos, Fenilalanina, Agonista da Serotonina, Relaxantes Musculares, Antipsicóticos e Ansiolíticos (como os Benzodiazepínicos) (WINOCUR et al., 2003).

Os fármacos supracitados são amplamente prescritos para a população em geral, sobretudo aos usuários de PT, os quais comumente enfrentam questões complexas após a perda de seus dentes. As alterações físicas, psicológicas e sociais decorrem dessa mutilação (SANTOS et al., 2004) e acarretam alta frequência de choques psicológicos, depressão ou diminuição da autoestima nesses indivíduos (SOUZA et al., 2004). Tal condição pode contribuir para o alto consumo de drogas, principalmente antidepressivas, como as Inibidoras Seletivas da Recaptção da Serotonina (ISRS), que influenciam diretamente o desenvolvimento do bruxismo por aumentarem a atividade muscular mandibular (MILANLIOGLU et al., 2012; WISE, 2001).

Apesar de já descrita na literatura (RANJAN et al., 2006; WISE, 2001; MILANLIOGLU et al., 2012; ALOÉ et al., 2003; SANTOS et al., 2007), não está totalmente esclarecida a ação dos efeitos adversos desses fármacos psicotrópicos como fator etiológico do bruxismo. Além do que, comumente a investigação sobre a utilização de tais drogas é negligenciada durante a anamnese, tornando o assunto ainda mais complexo e obscuro para os profissionais da saúde.

O presente artigo objetiva descrever um caso clínico acompanhado por revisão de literatura com ênfase sobre fatores de riscos envolvidos no desenvolvimento do bruxismo.

## 1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1.1 Bruxismo

O bruxismo consiste em uma atividade parafuncional do sistema mastigatório, que inclui o apertar (bruxismo cêntrico) ou ranger dos dentes (bruxismo excêntrico), em nível subconsciente, onde os mecanismos de proteção neuromusculares estão ausentes, podendo acarretar danos ao sistema mastigatório (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2009). Pode se desenvolver nas distintas faixas etárias, e durante toda a vida, isto é, antes da erupção dos dentes, durante a

dentição natural e período de uso de próteses (PIQUERO; SAKURAI, 2000). A parafunção apresenta manifestações distintas, ocorrendo durante o sono (bruxismo do sono), a vigília ou em ambos (LOBBEZOO et al., 2013).

### 1.1.2 Fatores de Risco Relacionados ao Bruxismo

Não há indícios da existência de uma estrutura funcional e anatômica no SNC identificável como centro neural gerador específico de movimentos oromandibulares involuntários. Contudo, existem indícios da participação da neurotransmissão dopaminérgica, noradrenérgica e serotoninérgica na gênese e modulação do bruxismo, sendo o sistema dopaminérgico um forte influenciador do mesmo, havendo duas hipóteses compatíveis com o desenvolvimento do bruxismo: a teoria hiperdopaminérgica e a teoria hipodopaminérgica (LOBBEZOO et al., 1996; LAVIGNE et al., 2001).

Os estados hiperdopaminérgicos podem ser induzidos através da utilização de anfetaminas, *ecstasy* e cocaína, assim como estarem presentes em pacientes com doença de *Parkinson* que utilizam levodopa. Nestes indivíduos, pode-se desenvolver o ranger de dentes durante a vigília e o sono. O uso crônico de drogas antidopaminérgicas causa hipersensibilidade dos receptores dopaminérgicos também ocasionando distúrbios de movimento (ALOÉ et al., 2003; FALISI et al., 2014).

Já a hipótese hipodopaminérgica é justificada pelo uso de antidepressivos ISRS. Este grupo de drogas é responsável pela inibição de forma potente e seletiva da recaptação de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica, posto que aumenta a disponibilidade da serotonina na fenda sináptica (MORENO et al., 1999). O aumento da transmissão serotoninérgica induzida pelos ISRS por sua vez, produz uma redução dopaminérgica nos circuitos mesocortical e nigroestriatal, que desinibe o córtex pré-frontal, causando automatismos oromandibulares e ranger de dentes durante o sono. A dopamina é o neurotransmissor mais predominante no sistema extrapiramidal de mamíferos, apresentando a função de inibir os movimentos espontâneos (ALOÉ et al., 2003).

Outras hipóteses têm sido investigadas na tentativa de explicar a etiologia do bruxismo, como

características genéticas e fatores periféricos (como fatores oclusais instáveis e consequentemente traumáticos, causando a sobrecarga das estruturas dentais e ATM) (ALENCAR, 2005). Apesar de toda a complexidade que envolve o assunto, indivíduos com quadros de depressão, estresse, ansiedade e aqueles incapazes de exprimir sentimentos, estão mais propensos ao bruxismo. À medida que o indivíduo se depara com um evento estressante, a atividade noturna do masseter aumenta, desenvolvendo na maioria das vezes os processos dolorosos (MANFREDINI; LOBBEZO, 2009).

### 1.1.4 Manifestações do Bruxismo em Pacientes Usuários de PT

Clinicamente, é possível perceber o desgaste excessivo dos dentes das próteses, reabsorção óssea alveolar, diminuição da dimensão vertical do terço inferior da face e a anteriorização mandibular (TRINDADE; ANTUNES, 2007). Os pacientes ainda experimentam processos dolorosos na mucosa alveolar decorrente do apertamento, mesmo as próteses sendo consideradas satisfatórias nos quesitos retenção, adaptação, estabilização e equilíbrio oclusal (PIQUERO; SAKURAI, 2000). Todavia, existe grande variação individual na apresentação dos sinais e sintomas, visto que nestes indivíduos a capacidade de adaptação do sistema mastigatório frente à utilização das PT faz-se de extrema importância (RAUSTIA et al., 1997).

### 1.1.5 Controle de Hábitos Parafuncionais

Dentre diversas terapias apresentadas na literatura, na tentativa de diagnosticar e controlar a realização do bruxismo, em pacientes com PT, estão a utilização de próteses ou pistas deslizantes de Nóbilo, placas interoclusais, e os ajustes oclusais nas próteses (TRINDADE; ANTUNES, 2007). As placas interoclusais, mais precisamente as placas estabilizadoras, atuam diminuindo a sobrecarga articular nas ATM, consequentes ao hábito (principalmente de apertamento), além de promover uma mudança proprioceptiva e cognitiva.

Contudo, na tentativa de controlar a realização do bruxismo, faz-se importante, primariamente, a

conscientização do paciente acerca do próprio hábito parafuncional (ALENCAR, 2005). Para isso, deve-se auxiliá-lo a observar qual tipo de parafunção está presente (apertamento ou ato de ranger), em qual momento (diurno ou noturno) e com qual periodicidade. Trata-se de uma etapa muito importante que permite ofertar os primeiros aconselhamentos, a fim de limitar as tensões, sobretudo se elas estiverem presentes durante a vigília. Outra instrução fundamental corresponde à manutenção de níveis baixos de estresse emocional por meio de vários recursos como o exercício, a terapia e o próprio lazer (RIBEIRO et al., 2002), na tentativa de diminuir o uso dos ISRS. Assim, os protocolos terapêuticos devem ser instituídos com o objetivo de promover conforto do paciente quanto ao uso da prótese, controlando a manifestação das atividades parafuncionais ou, pelo menos, seus efeitos sobre o sistema estomatognático (BRANCO et al., 2008).

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

A paciente M. M. S., gênero feminino, 53 anos, costureira, apresentou-se ao Serviço de Diagnóstico e Orientação a Pacientes com Distúrbios Temporomandibulares da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (Serviço ATM - FO/UFJF) em julho de 2013, com queixa principal de dor na face e cefaleia. Foi relatado que a sintomatologia dolorosa apresentava localização bilateral, concentrada nas regiões frontal e temporal, com caráter difuso, constante, em pressão e sem a presença de sintomas aurais. A cefaleia manifestava-se principalmente ao acordar, exacerbando-se em períodos de maior estresse e ansiedade. A paciente também relatou a presença de otalgia e dor articular, ambas bilaterais, além da dificuldade mastigatória ocasionada devido à presença das dores. O quadro teve início há cinco anos, com exacerbação há 18 meses.

Durante a investigação de fatores envolvidos na desordem, verificou-se que a paciente realizava o hábito parafuncional do bruxismo (este principalmente cêntrico), tanto nos momentos de vigília quanto de sono. Na busca de componentes emocionais associados, a paciente relatou ser uma pessoa extremamente

ansiosa, estressada e com diagnóstico psiquiátrico prévio de depressão e ansiedade. Declarou fazer uso prescrito dos psicofármacos: Citalopram® (40mg/noite) (antidepressivo da classe ISRS) e Buspirona® (10mg/manhã) (ansiolítico agonista de receptores de serotonina). Segundo ela, o bruxismo já era percebido há cerca de dez anos. A percepção do hábito de apertamento das próteses e a exacerbação da sintomatologia dolorosa ocorreram há aproximadamente 18 meses, quando do início da utilização do Citalopram®. A realização de tal hábito diminuiu assim que iniciou-se a utilização concomitante da Buspirona®, porém sem o cessamento do bruxismo.

Durante o exame físico, foi observada sintomatologia dolorosa mediana nos músculos temporais e cervicais. Na avaliação articular, tanto através de palpação lateral, quanto intra-conduto, não houve presença de sintomatologia dolorosa, contudo, a paciente apresentava estalido na ATM direita, não reproduzido durante o teste de abertura protrusiva. Estavam ausentes saltos e crepitações. A abertura máxima sem desconforto foi de 40 mm e com desconforto de 45 mm. Foi observada a presença de desvio para o lado direito durante a trajetória de abertura bucal.

Através do exame oclusal, foi possível observar que a paciente fazia uso de próteses totais removíveis superior e inferior. Estas, foram confeccionadas seis anos atrás, apresentando-se insatisfatórias e instáveis: overjet negativo (-2mm), curva de Spee reta, e diferença entre RC/OC de 4mm. Fotografias intrabucais frontal e lateral ilustram essas condições (Figuras 1, 2 e 3). Outra queixa ainda apontada pela paciente foi a dificuldade de adaptação das próteses desde o momento da instalação das mesmas, relatando dificuldade na mastigação e fala, e grande insatisfação estética com sua utilização.



Figura 1. Fotografia intrabucal frontal



Figura 3. Fotografia intrabucal lateral esquerda



Figura 2. Fotografia intrabucal lateral direita

Através da aplicação do *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* (RDC/TMD) (DWORKIN; LERECHÉ, 1992), chegou-se ao diagnóstico de dor miofascial sem limitação de abertura. Além disso, estava presente o deslocamento de disco com redução da ATM direita. E, adicionalmente, por meio da análise da imagem de planigrafia das ATM (Figura 4), pode-se observar o aplainamento condilar esquerdo, acompanhado de diminuição do espaço articular direito, acompanhado de diminuição do espaço articular direito. Logo, o diagnóstico final foi de dor miofascial e deslocamento de disco com redução do lado direito, associado à presença de cefaleia atribuída a transtornos da ATM.



Figura 4. Planigrafia da ATM. As tomadas realizadas na posição de MIH evidenciam espaço articular anterior diminuído do lado direito (a) e preservado do lado esquerdo (d). A trajetória excursiva da cabeça da mandíbula é menor do lado direito (b), enquanto é observada a hiperexcursão do lado esquerdo (c). A morfologia da cabeça da mandíbula direita apresenta-se preservada (a,b), entretanto, é observado o aplainamento anterior do lado esquerdo (c,d).

## 2.1 TRATAMENTOS PROPOSTOS E EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA

Uma vez que diversos fatores estavam envolvidos no desenvolvimento do bruxismo na paciente em questão, variadas condutas terapêuticas foram adotadas concomitantemente para o controle sintomatológico. Uma delas foi a utilização da placa estabilizadora, na tentativa de que fatores oclusais inadequados e,

principalmente, a sobrecarga articular acarretada pela realização do bruxismo e uso de próteses inadequadas fossem diminuídas sobre as ATM. Com a utilização deste dispositivo interoclusal, objetivou-se ainda alterar o padrão de contração muscular e proteger as próteses contra possíveis desgastes realizados pelo bruxismo. A placa estabilizadora foi confeccionada em resina acrílica termoativada, incolor, com aproximadamente 2 mm de espessura, recobrindo as superfícies incisais e/ou oclusais

dos dentes da arcada superior, na tentativa de que uma oclusão estável fosse estabelecida. A placa foi ajustada na posição de relação cêntrica, a cada 15 dias.

A médica psiquiatra da paciente foi comunicada sobre a exacerbação do bruxismo com a utilização de Citalopran® e Bupiriona®, momento este que fora solicitada a adequação das doses e acompanhamento da terapia medicamentosa. Sobretudo, devido ao grau da depressão apresentada, manteve-se a medicação prescrita adequando somente o horário de utilização para o da manhã, com o intuito de otimizar a qualidade do sono e a diminuição dos efeitos adversos à noite.

Também foram instituídas diversas orientações sobre auto-cuidados e efeitos deletérios do bruxismo, assim como a sua associação com o quadro emocional existente, sendo recomendada a realização de atividades físicas que trouxessem prazer, como a caminhada e/ou hidroginástica. Recomendações sobre a posição mandibular adequada durante a vigília, alimentos que deveriam ou não ser ingeridos, além dos prejuízos causados pelos movimentos excessivos da mandíbula foram reforçados.

As orientações e instituição terapêutica da placa oclusal por 24hs/dia nas três primeiras semanas (retirando-a apenas para alimentação e higienização) resultou em uma melhora de 70% da sintomatologia neste primeiro momento. Com o acompanhamento clínico nos dois meses seguintes, o uso da placa foi progressivamente diminuído em decorrência da redução da sintomatologia dolorosa. Após três meses de acompanhamento foi possível reduzir o uso do dispositivo oclusal a 8hs/dia, quando já não havia mais relato de dor facial ou cefaleia. Ao fim da terapia para controle da dor e disfunção foi assinado o termo de alta. A paciente foi então orientada e encaminhada para a confecção de novas próteses totais e acompanhamento psicológico.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A relação existente entre o desenvolvimento de alterações psicológicas, como a depressão e a ansiedade em indivíduos usuários de PT, é apresentada em diversos estudos presentes na literatura (BONTEMPO; ZAVANALLI, 2009). A perda de dentes associada à dificuldade de

adaptação ao componente protético proporciona insatisfação nesse grupo de pacientes, que associada a fatores emocionais individuais, frequentemente culminam em transtornos psíquicos (SOUZA et al., 2004). Indivíduos com quadros de depressão, estresse, ansiedade e aqueles incapazes de exprimir sentimentos, estão mais propensos ao desenvolvimento do bruxismo, principalmente aquele realizado em vigília (MANFREDINI; LOBBEZOO, 2009). No presente relato, foi verificada a presença de tais transtornos caracterizados pela depressão e ansiedade pré-diagnosticadas.

Na tentativa de estabilizar/reverter quadros emocionais, muitos usuários de PT são direcionados à utilização de drogas ISRS, contribuindo para a instalação do bruxismo, o que pode desencadear variados tipos de DTM (SANTOS et al., 2007). A paciente em questão desenvolveu o hábito parafuncional após o início do tratamento psicotrópico, com consequente instalação do quadro de desordem temporomandibular.

Os efeitos adversos de tratamentos envolvendo os ISRS favorecem o surgimento de desordens de movimento, possibilitando a instalação do bruxismo, que prejudica os órgãos do sistema estomatognático e proporciona deterioração das próteses instaladas (RANJAN et al., 2006). O caso clínico descrito corrobora com tal afirmação. Embora outras condições emocionais poderiam estar presentes, foi percebida exacerbação do hábito parafuncional quando da utilização do medicamento Citalopram® (40mg/noite). Estudos bioquímicos e comportamentais mostraram que o Citalopram® é um potente inibidor da recaptação de serotonina. Ao contrário dos antidepressivos tricíclicos e de alguns dos mais novos inibidores da recepção de serotonina, o Citalopram® apresenta baixa ou nenhuma afinidade a receptores ligados a este neurotransmissor. Essa ausência de efeitos sobre receptores, por sua vez, poderia explicar as razões pelas quais Citalopram® produz uma quantidade menor de efeitos colaterais tradicionais, como boca seca, distúrbios vesicais e intestinais, visão turva, sedação, cardiotoxicidade e hipotensão ortostática. Em contrapartida, os eventos adversos mais comumente relatados com o uso deste medicamento são: sudorese aumentada, cefaleia, tremor, sonolência, insônia, boca seca, náuseas, constipação e astenia.

Contudo, após a associação medicamentosa com a Buspirona® (10mg/manhã), foi observada diminuição da realização de apertamento e rangimento dentário. A Buspirona é um agonista parcial 5-HT<sub>1A</sub> e tem se mostrado eficaz para redução do bruxismo induzido por drogas antidepressivas da classe ISRS (RANJAN et al., 2006; WISE, 2001). Essa ação diferencial da Buspirona sobre os receptores de 5-HT<sub>1A</sub> pré-sinápticos e pós-sinápticos traz normalização da ação dopaminérgica levando ao desaparecimento do bruxismo induzido (WISE, 2001). Assim, mudanças na direção de dosagem tanto do antidepressivo da classe dos ISRS quanto da Buspirona®, podem favorecer o equilíbrio serotonina-dopamina (RANJAN et al., 2006; YAKUPA.; OKANE., 2011). No presente caso, o ajuste de dose ou troca de medicação não fora realizado de imediato pelo psiquiatra, dado que poderia acarretar em prejuízos ao quadro depressivo, já estável e, ainda, a não adaptação de uma nova medicação.

Com isso, a conduta terapêutica foi direcionada também à eliminação/redução de outros fatores desencadeantes do bruxismo e tratamento da queixa principal da paciente, referente à presença de DTM associada a episódios de cefaleia.

Devido a variações na capacidade de adaptação do sistema mastigatório, associado ao aumento da sobrecarga articular em indivíduos edêntulos, as DTM nestes pacientes são marcadas principalmente por sintomatologia dolorosa na região do músculo masseter (SANTOS et al., 2004; AL-JABRAH; AL-SHUMAILAN, 2006; DERSIS, 2004), ruídos na ATM (SANTOS et al., 2004; GOIATO et al., 2010; AL-JABRAH; AL-SHUMAILAN, 2006; DERSIS, 2004) e sensibilidade à palpação da região pré-auricular (AL-JABRAH; AL-SHUMAILAN, 2006). Cabe assim reiterar que o diagnóstico clínico da paciente foi caracterizado como dor miofascial em masseter, com presença de ponto gatilho que irradiava para a região pré-auricular. A presença do deslocamento de disco com redução estava associada à artralgia.

A conduta terapêutica para usuários de próteses totais traumáticas que apresentam DTM é baseada na remoção dos fatores de risco e consequente reeducação e proteção neuromuscular por meio da instalação de placas interoclusais capazes de diminuir a sintomatologia dolorosa, recuperar a estabilidade mandibular e devolver

a dimensão vertical de oclusão. Na presença de hábitos parafuncionais, esses dispositivos também atuam na proteção dos dentes artificiais das próteses (TRINDADE; ANTUNES, 2007). Salienta-se que a paciente utilizou este dispositivo inicialmente por 24hs/dia, diminuindo seu uso progressivamente com a melhora dos sintomas, que associada às recomendações de autocuidados, cessaram ao final de três meses.

Vieira et al. (2007) evidenciaram ainda, em seu estudo, a eficácia da prática de exercícios físicos associada ao tratamento convencional para depressão ao justificar que a inatividade física é um fator que tem sido relacionado fortemente a estados variados da doença. Os autores indicam esse complemento terapêutico ao tratamento da depressão, evidenciando resultados positivos quando comparados ao tratamento convencional realizado apenas com antidepressivos. A paciente em estudo foi orientada à prática de atividade física, uma vez que tal prática é capaz de produzir naturalmente neurotransmissores envolvidos com os mecanismos da depressão e dores crônicas (VIEIRA et al., 2007). A finalidade da reeducação dos hábitos consiste na reversão e estabilização das desarmonias psicológicas, a fim de diminuir a sua influência sobre o bruxismo realizado.

Desse modo, profissionais que trabalham com este grupo de pacientes devem estar atentos aos diversos panoramas biopsicossociais que envolvem as diversas manifestações clínicas, dentre elas a ocorrência do bruxismo. O tratamento multidisciplinar e a conscientização do paciente sobre a presença deste hábito, assim como de todos os mecanismos capazes de influenciá-lo, pode ser a principal medida terapêutica realizada. O controle da dor, depressão e DTM apresentam-se muitas vezes inter-relacionados, devendo o controle destes fatores ser efetuado periodicamente por profissionais capacitados.

#### 4 CONCLUSÃO

O hábito parafuncional do bruxismo é um fator desencadeante de dor orofacial e DTM, enquanto o uso de próteses inadequadas, os efeitos adversos dos ISRS e

características psicossociais desfavoráveis compreendem fatores agravadores dos sintomas de DTM e do próprio hábito parafuncional.

Os usuários de próteses totais funcional e esteticamente desfavoráveis podem estar mais propensos à presença de transtornos psicossociais, muitas vezes decorrentes do processo de perda dos dentes e da difícil adaptação ao novo componente protético.

Para tanto, equipes multiprofissionais, dentre eles o cirurgião-dentista, devem estar atentos aos diversos mecanismos e terapêuticas envolvidas no desenvolvimento deste hábito parafuncional, o qual se não controlado, pode comprometer gravemente o sistema estomatognático.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR JÚNIOR, F. G. P. **Oclusão, dores orofaciais e cefaléia**. 1ª Ed, São Paulo: Editora Santos, 2005, p. 289.
- AL-JABRAH, O. A.; AL-SHUMAILAN, Y. R. Prevalence of temporomandibular disorder signs in patients with complete versus partial dentures. **Clinical Oral Investigations**, v. 10, n. 3, p. 167-173, Sept. 2006
- ALOÉ, F. et al. Bruxismo durante o Sono. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 4-17, 2003.
- BONTEMPO, K. V.; ZAVANELLI, R. A. Fatores etiológicos correlacionados à desordem temporomandibular em pacientes portadores de próteses totais bimaxilares: uma análise comparativa. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 57, n.1, p. 67-75, jan./mar. 2009.
- BRANCO, R. S. R. et al. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 61-69, mar./abr. 2008.
- DALLANORA, A. F. et al. Prevalence of temporomandibular disorders in a population of complete denture wearers. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. e865–e869, Jun. 2012.
- DERVIS, E. Changes in temporomandibular disorders after treatment with new complete dentures. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 31, n. 4, p. 320-326, Apr. 2004.
- DIVARIS, K. et al. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. e192-e199, Jun. 2012.
- DWORKIN, S. F.; LERESCHE L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. **Journal of Craniomandibular Disorder**, v. 6, p. 327-330, 1992.
- FALISI, G. et al. Psychotropic drugs and bruxism. **Expert Opinion on Drug Safety**, v. 13, n. 10, p. 1319-1326, Oct 2014.
- GOIATO, M. S.; SANTOS, M. D.; MONTEIRO, D. R. Joint Sounds in Complete Denture Wearers. **The New York State Dental Journal**, v. 76, n. 1, p. 46-49, Jan. 2010.
- LAVIGNE, G. J. et al. Rhythmic masticatory muscle activity during sleep in humans. **Journal Dental Research**, v. 80, n. 2. p. 443-448, Feb. 2001.
- LOBBEZOO, F. et al. The effect of catecholamine precursor L-dopa on sleep bruxism: a controlled clinical trial. **Movement Disorders**, v. 12, n. 1, p. 73-78, Jan. 1997.
- LOBBEZOO, F. et al. Striatal D2 receptor binding in sleep bruxism: A controlled study with iodine-123-iodobenzamide and singlephoton-emission computed tomography. **Journal Dental Research**, v. 75, n. 10, p. 1804-1810, Oct. 1996.
- LOBBEZOO, F. et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. **Jornal Oral Rehabilitation**, v. 40, n. 1, p. 2-4, Jan. 2013.
- LOBBEZOO, F.; NAEIJE, M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. **Journal Oral Rehabilitation**, v. 28, n. 12, p. 1085-1091, Dec. 2001.
- MANFREDINI, D.; LOBBEZOO, F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. **Journal of Orofacial Pain**, v. 23, n. 2, p. 153-166, 2009.

- MILANLIOGLU, A. Paroxetine-induced severe sleep bruxism successfully treated with buspirone. **Clinics**, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 191-192, Feb. 2012.
- MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 24-40, maio 1999.
- PIQUERO, K.; SAKURAI, K. A clinical diagnosis of diurnal (non-sleep) bruxism in denture wearers. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 27, n. 6; p. 473-482, Jun. 2000.
- RAJA, M.; RAJA, S. Two Cases of Sleep Bruxism Associated With Escitalopram Treatment. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 34, n. 3, p. 403-405, Jun 2014.
- RANJAN, S. et al. Antidepressant-induced bruxism: need for buspirone? **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 9, n. 4, p. 485-487, Aug. 2006.
- RAUSTIA, A. M.; PELTOLA, M.; SALONEN, A. M. Influence of complete denture renewal on craniomandibular disorders: a 1-year follow-up study. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 24, n. 1, p. 30-36, Jan. 1997.
- RIBEIRO, R. A. et al. Prevalência de disfunção craniomandibular em pacientes portadores de próteses totais duplas e pacientes dentados naturais. **Ciência Odontológica Brasileira**, v. 5, n. 3, set./dez. 2002.
- SANTOS, A. A. R. et al. Análise Crítica Da Participação Dos Fatores Odontológicos E Psicológicos Na Etiologia Do Bruxismo. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 28, n. 2, p. 20-24, maio/ago. 2007.
- SANTOS, J. F. F. et al. Symptoms of craniomandibular disorders in elderly Brazilian wearers of complete dentures. **Gerodontology**, v. 21, n. 1, p. 51-52, Mar. 2004.
- SOUZA, R. O. A.; NOVAES, M. P.; CERVEIRA H. Complete prosthesis X psychosocial aspect - a Case report. **Revista Ibero-americana de Prótese Clínica e Laboratorial: PCL**, v. 6, n. 31, p. 262-268, maio/jun 2004.
- TRINDADE, M. O.; ANTUNES, T. C. Atendimento clínico imediato em paciente bruxista desdentado total. **International Journal Of Dentistry**, v. 6, n. 4, p. 141-145, out /dez. 2007.
- VIEIRA, M. P.; ROCHA, P. G. M. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 1, p. 23-28, 2007.
- WINOCUR, E. et al. Drugs and Bruxism: A Critical Review. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 17, n. 2, 2003.
- WISE, M. E. J. Citalopram-induced bruxism. **British Journal of Psychiatry**, v. 178, p. 177-184, Feb. 2001
- YAKUP, A.; OKAN, E. Duloxetine-Induced Nocturnal Bruxism Resolved by Buspirone: Case Report. **Clinical Neuropharmacology**, v. 34, n. 4, p. 137-138, July/Aug. 2011.

Recebido em: 03 de julho de 2014  
Aceito em: 16 de dezembro de 2014