

# Editorial: “Headache and Bruxing Behavior Types in Craniomandibular Disorders (Cmds) Patients”

*Leila Azevedo de Almeida*

Médica Assistente, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Nas últimas décadas, o notório avanço do conhecimento acerca do Sono e suas patologias associadas ocorreu simultaneamente a uma prática clínica multidisciplinar. Nesse contexto, o Bruxismo constitui exemplo evidente, podendo envolver profissionais dentistas, neurologistas, psicólogos, psiquiatras e pediatras. O artigo publicado nessa edição, “Tipos de Dores de Cabeça e Bruxismo em Pacientes com e sem Distúrbios Craniomandibulares”<sup>1</sup>, escrito por odontólogos, abrange diferentes e variadas áreas de interesse.

Na Classificação Internacional dos Transtornos do Sono (CITS), o Bruxismo do Sono é definido como um transtorno do movimento caracterizado por atividade de ranger ou cerrar os dentes, geralmente associado a microdespertares. Dentre suas consequências, são citados dor em musculatura mastigatória e região temporal. Apenas o termo “dor temporal” é (raramente) utilizado, refletindo a escassez de estudos investigando de forma mais detalhada a relação do bruxismo com os diferentes tipos de cefaléias.

Os estudos associando bruxismo, Distúrbios Craniomandibulares (DCM) e cefaléias são até o momento contraditórios, devido provavelmente a questões metodológicas, como, por exemplo, a pouca especificidade na avaliação diagnóstica de bruxismo, focada em auto-relatos e questionários, e a falta de diferenciação entre o comportamento de cerrar os dentes, em vigília, associado a estresse e ansiedade, e o hábito de ranger os dentes durante a noite, mais prevalente em crianças. Ainda, os desenhos de estudo têm permitido apenas associações, e não necessariamente relações causa-efeito<sup>2-4</sup>. A associação entre bruxismo/DTM e cefaléia primária é controversa. Já foi encontrada uma maior ocorrência de DTM em pacientes com migrânea e cefaléia tensional, não sendo possível, entretanto, se inferir causalidade<sup>4</sup>. Nesse con-

texto, inputs nociceptivos envolvidos com sensibilização central, e fatores ambientais e genéticos modulando um processamento anormal de dor podem responder por algum grau de sobreposição entre as entidades<sup>5,6</sup>.

O papel do bruxismo ainda precisa ser definido de forma inequívoca no que diz respeito à gênese das DTMs, sendo que as correlações com cefaléias primárias são de investigação incipiente. Os autores puderam contribuir de forma relevante no sentido de abordar um tema ainda controverso na literatura, de interesse multidisciplinar, ao verificar a ocorrência de cefaléia e bruxismo em indivíduos com e sem Disfunções Craniomandibulares (DCM). Os pacientes foram classificados como portadores ou não de cefaléia, sendo os portadores subdivididos, de acordo com as características migranosas, tensionais, combinadas ou miofasciais da dor. Em relação a vários estudos prévios, representa um ganho em detalhamento e, de forma bastante interessante, aborda a associação de DCM e bruxismo com cefaléias primárias. O diagnóstico de bruxismo não esteve restrito a questionário, contando com exame físico especializado, e estratificação de gravidade. Nesse estudo, mesmo não sendo possível o estabelecimento de uma relação causa-efeito, observou-se correlação entre bruxismo, DCM e cefaléia, com destaque para cefaléia do tipo tensional. Diante de uma literatura controversa, os dados se somam aos que encorajam estudos longitudinais abordando a questão.

Em suma, apesar da ausência de evidências definitivas de relações causais claras, podemos afirmar que existem sobreposições de sintomas envolvendo bruxismo, DTM e cefaléias primárias, principalmente cefaléia tensional, sendo que um transtorno pode provavelmente contribuir para a exacerbação do outro, ou mesmo desempenhar papel de gatilho. Encontra-se justificada, como não poderia deixar de ser, uma prática clínica mais

holística. A anamnese em odontologia deve ser detalhada, assim como a avaliação da ATM, e a procura por sinais de DTM deve fazer parte do exame físico rotineiro praticado por médicos de diferentes especialidades na abordagem de pacientes com queixas relacionadas a DTM, algias cranianas e transtornos do sono.

## REFERÊNCIAS

1. Molina OF, Peixoto MG, Eid NLM, Aquilino RN, Rank RCIC. Headache and Bruxing Behavior Types in Craniomandibular Disorders (Cmds) Patients.

Rev Neurocienc 2011;19:449-57.

2. Nagamatsu-Sakaguchi C, Minakuchi H, Clark GT, Kuboki T. Relationship Between the Frequency of Sleep Bruxism and the Prevalence of Signs and Symptoms of Temporomandibular Disorders in an Adolescent Population. *Int J Prosthodont* 2008;21:292-8.

3. Lobbezoo F, Lavigne GJ. Do Bruxism and Temporomandibular Disorders Have a Cause-and-Effect Relationship? *J orofacial Pain* 1997;11:15-23.

4. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. *Journal of Oral Rehabilitation* 2008;35:476-494.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x>

5. Evans RW, Bassiur JP, Schwartz AH. Bruxism, Temporomandibular Dysfunction, Tension-Type Headache, and Migraine. *Headache* 2011;51:1169-72.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.01948.x>

6. Svensson P, Jadidi F, Arima T, Baad-Hansen L, Sessle BJ. Relationships between craniofacial pain and bruxism. *J Oral Rehab* 2008 35; 524-47.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.2008.01852.x>