

# RELAÇÃO ENTRE A PREVALÊNCIA DE BRUXISMO E A APNEIA DO SONO

*Andressa Bergmeier*

Discente da Escola de Odontologia da IMED.  
E-mail: <dessavg@hotmail.com>.

*Alexandra Magalhães Silveira*

Docente da Escola de Odontologia da IMED

## RESUMO

**Objetivo:** A síndrome da apneia obstrutiva do sono é considerada um transtorno respiratório cuja característica principal são pausas na respiração durante o sono. Estas paradas podem ter relação com várias patologias, como por exemplo o bruxismo, que nada mais é que o contato não-funcional dos dentes. O objetivo do presente trabalho foi verificar a prevalência do bruxismo em pacientes com a apneia do sono e avaliar se há uma relação deste com o grau de apneia. **Metodologia:** A avaliação foi realizada através de exame polissonográfico, onde foram avaliados 23 pacientes que se submeteram à polissonografia. **Resultados:** os resultados da pesquisa demonstraram que 52% dos participantes foram diagnosticados com apneia do sono do tipo grave e destes, 75% além de apneia possuíam bruxismo. A apneia moderada foi diagnosticada em 26% dos pacientes, onde 8,30% tiveram episódios de bruxismo. Já 22% dos pacientes possuíam Apneia leve, e destes 16,70% tiveram episódio de bruxismo. Não houve Correlação significativa entre o grau de apneia e a frequência de bruxismo ( $\rho = 0,403$  e  $p = 0,057$ ). **Conclusão:** concluiu-se então, que o bruxismo não apresentou relação estatisticamente significante com o grau de apneia do sono, mesmo ele ocorrendo com uma maior predominância em pacientes que possuíam apneia do tipo grave.

**Palavras-chave:** bruxismo, apneia do sono, polissonografia

## INTRODUÇÃO

O sono é um fenômeno fisiológico diário necessário ao ser humano. Ele é caracterizado principalmente pela ausência da consciência. Existem várias patologias do sono catalogadas pela American Academy of Sleep Medicine (AASM) (1), porém o interesse deste trabalho se volta para o bruxismo, a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e a Síndrome da Resistência das Vias Aéreas Superiores (SRVAS).

O Bruxismo do Sono (BS) é considerado um distúrbio de movimento relacionado ao sono. Essa parafunção é caracterizada pelo contato não-funcional dos dentes, que podem ocorrer de forma

consciente ou inconsciente, manifestando-se pelo ranger ou apertar dos mesmos. O Bruxismo do Sono não pode ser considerado uma doença, mas quando exacerbada pode levar a um desequilíbrio fisiopatológico do sistema estomatognático (2).

Normalmente seu diagnóstico é feito através da anamnese e exame físico do paciente, raramente são necessários exames complementares, exceto quando há suspeita de Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) associada, nestes casos é indicado a realização de um exame polissonográfico (1,3). Quando este é realizado utiliza-se atualmente como parâmetro tanto de bruxismo, quanto de apneia e hipopneia os Scores determinados pela AASM de 2014 (1).

A Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) é um transtorno respiratório do sono, que possui a capacidade de fragmentar a arquitetura do sono, devido aos micro-despertares noturnos e pausas respiratórias (1). A prevalência da SAHOS é estimada em 2% das mulheres e 4% dos homens. Ela é definida pelo índice de apneias mais hipopneias por hora de sono (IAH). Deve-se considerar um paciente portador destas patologias que apresentarem no mínimo cinco apneias mais hipopneias por hora de sono, com os sintomas clínicos como o ronco alto e a sonolência diurna excessiva (3).

Com base nos autores e definições citadas acima, acredita-se ser de relevância o conhecimento da presença da Apneia do Sono, do Bruxismo e a verificação de uma possível relação entre estas patologias.

(SNN) da cidade de Passo Fundo durante o período de um mês (parecer CEP: 853 622\2014). O diagnóstico de apneia do sono foi obtido por meio de polissonografia (Bio-logic®Systems Corp) utilizando como parâmetros o protocolo de 2014 da AASM para distúrbios do sono. A obtenção dos dados para verificação da Apneia foram através de sensores em locais pré-determinado de acordo com o protocolo do SNN.

O método utilizado para avaliação do Bruxismo foi através de sensores em região de masseter, os quais registravam a contração deste músculo verificando através dos parâmetros recomendados pela AASM se o paciente era portador ou não desta patologia. A interpretação de todo os dados polissonográficos foram feitos por um médico especialista do sono.

## METODOLOGIA

Para realização deste trabalho foram avaliados 23 pacientes que realizaram exame polissonográfico no Serviço de Neurologia e Neurocirurgia

## RESULTADOS

O número de pacientes portadores de Apneia do Sono avaliados nessa pesquisa foi de 23 indivíduos, que após a coleta dos dados ficaram distribuídos, conforme a Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes em relação ao grau de apneia e a presença de Bruxismo

	Não apresenta Bruxismo	Apresenta Bruxismo	Total
Apneia Leve	3	2	5
Apneia Moderado	5	1	6
Apneia Grave	3	9	12
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>23</b>

Quanto à porcentagem, os pacientes ficaram distribuídos segundo a figura 1A e 1B.

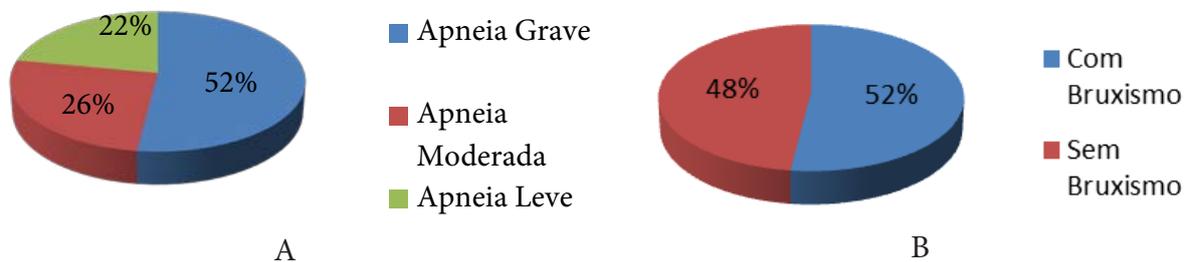
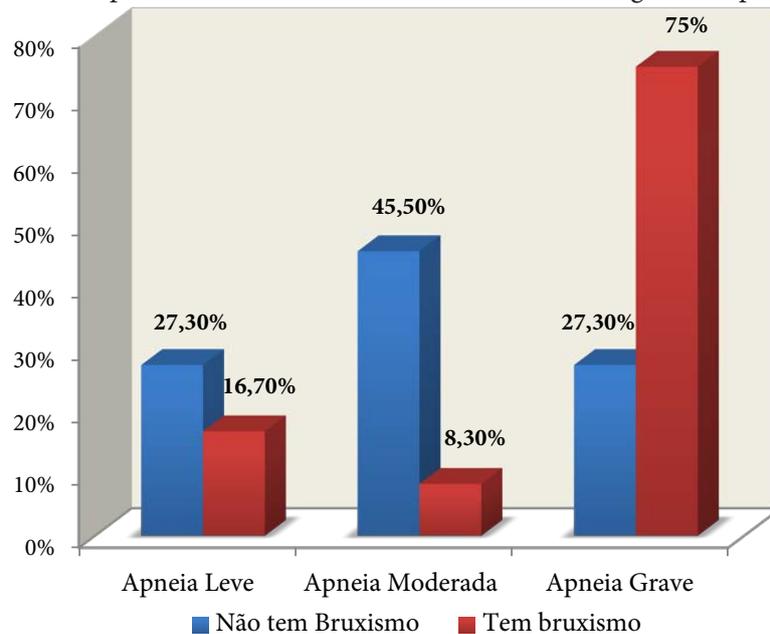


Figura 1A: Porcentagem de paciente diagnosticado com apneia do sono do tipo grave, moderada e leve. B: Porcentagem de pacientes que foram diagnosticados com a presença de bruxismo e sem a presença de bruxismo.

A Gráfico 1 demonstra, em porcentagem, quantidade de pacientes portadores de Apneia do Sono em relação ao seu grau de Apneia.

**Gráfico 1.** Quantidade de pacientes com bruxismo relacionado a cada grau de apneia



De posse dos dados acima foi realizado os testes estatísticos Qui-quadrado e correlação de Spealman. Os resultados obtidos foram que no teste Qui-quadrado  $p < 0,05$  ( $p=0,057$ ) e no teste de Spealman o resultado foi de  $\rho = 0,403$  não havendo correlação significativa entre o grau de Apneia e a frequência de Bruxismo.

## DISCUSSÃO

De acordo com o Consenso Brasileiro Das Diretrizes de Apneia do Sono, a Apneia Obstrutiva do Sono é caracterizada por colapsos recorrentes na faringe durante o sono, resultando na redução do fluxo aéreo, ou seja, apneia e hipopneia (4). Esta definição foi ampliada pela Academia Americana de Medicina do Sono (AAMS) que definiu a Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS) como “episódios recorrentes de obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores, onde uma redução é nomeada de Hipopneia e a cessação completa do fluxo é nomeada de Apneia” (1).

Quanto a prevalência de distúrbios do sono, segundo Peparad et al. (5) ela é de 10% em homens entre 30-40 anos, 17% em homens de 50-70 anos, considerando distúrbios moderados à grave. Utilizando estes mesmos parâmetros, em mulheres estes números variam em 3% em mulheres de 30-49 anos de idade e 9% entre as mulheres de 50-70 anos. Segundo os autores houve um aumento na

presença de distúrbios do sono de 14% em homens e 55% em mulheres nas últimas duas décadas.

Ao considerar os diagnósticos de apneia do sono, o Consenso Brasileiro da Apneia do Sono nas diretrizes em 2012, define que o diagnóstico de apneia do sono deve ser feito através do exame clínico, questionários, escala de Epworth e a polissonografia. De acordo com o Consenso, a história clínica não é suficiente para definir o diagnóstico e o grau de severidade nos casos de Síndrome da Apneia/hipopneia do sono (4). Esta conclusão vem de encontro com Loureiro et al. (7), e Nogueira et al. (8). Porém Izu et al. (9), além da polissonografia e dos exames otorrinolaringológicos, consideram interessante realizar, principalmente em crianças, nasofibroscopia e/ou radiografia em perfil de Cavum, pois a respiração oral poderá estar relacionada à hipertrofia adenoamigdaliana. Faria et al. (10) colocam ainda, que seria necessário avaliar os pacientes também utilizando a ressonância magnética para avaliar as modificações da área faringe durante a vigília e o sono induzido em paciente com SAOS. Na presente pesquisa, para se avaliar a presença de apneia do sono foi seguido o protocolo utilizado pela SNN, que consiste em questionários clínicos, teste de Epworth e polissonografia.

Quanto aos fatores causais, o Consenso Brasileiro em ronco e Apneia de Sono (4) relata que a SAHOS é uma doença de causa multifatorial não totalmente definida decorrente de alterações anatômicas da via aéreas superiores e do esquele-

to crânio facial associada a alterações neuromusculares da faringe. O estudo de Eckert et al. (11), confirma que a SAHOS realmente é uma doença de causas heterogêneas, entretanto, coloca a principal seria a anatomia, pois a pressão crítica de fechamento passivo das vias aéreas superiores e as alterações nas características nananatomic (capacidade de resposta do músculo geniogloss, o limiar de excitação, controle de estabilidade respiratória e ganho de malha) estão presentes na maioria dos pacientes com SAHOS.

As principais queixas, consequências e comorbidade relacionadas à Síndrome da Apneia/hipopneia são o ronco, a sonolência/cansaço, o ranger de dentes, as dores no corpo, a interrupção do sono, a paralisia do sono e o sono agitado. Outra patologia associada à Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono foi o refluxo laringofaríngeo (12,13). A perturbação do ritmo cardíaco aumentada em pacientes portadores de SAOS presente em 92,3% contra 53,3% dos não portadores e as queixas de arritmias cardíacas noturnas também são comorbidades importantes que aumentam com a gravidade da SAOS (14). Na contrapartida, aparentemente a tolerância ao esforço físico em pacientes com Síndrome de Apneia/hipopneia Obstrutiva do Sono não é afetada (15).

Sogebi e Ogunwale (16) avaliaram seis fatores significantes associados com a SAOS, incluindo o estado civil a pressão arterial, idade, horas de trabalho, tabagismo e IMC, porem segundo os autores foram os quatro últimos que permaneceram preditivos para um alto risco da SAOS.

A presença de SAHOS é um grande desafio clínico e econômico no pós-operatório, pois pacientes que apresentam essa síndrome, possuem 1,59 vezes e 1,86 mais chances de complicações cardíacas e de complicações pulmonares no pós-operatório respectivamente. Isso sem levar em consideração o maior tempo de internação bem como outros cuidados de assistência intensiva (17).

Outra consequência bastante frequente é que os sintomas da Síndrome da Apneia/hipopneia Obstrutiva do Sono tornam os pacientes mais propensos a acidentes laboratoriais e de trânsito (18). Ao se levar em conta o acima citado, este seria um problema deveras preocupante ao menos no Brasil, pois segundo o estudo de Camargo et al. (19) a maioria da população brasileira desconhece os distúrbios do sono e não sabe relatar a sintomatologia do mesmo para os profissionais da área da saúde.

Outra preocupação bastante grande é quanto às crianças, Gomes et al. (20), ao avaliar a qualidade de vida de crianças com Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) e ronco primário (RP) obtiveram resultados que evidenciam que os distúrbios respiratórios do sono na infância causam comprometimento real na qualidade de vida tanto das crianças quanto dos pais, e ao se observar que a SAOS é uma condição que afeta 1-5% de crianças não obesas (21) e que a obesidade agrava esta patologia, é deveras preocupante que exista um aumento na taxa de obesidade infantil.

Agora quanto à população idosa, Burgos e Carvalho (22) não encontraram correlação com significância estatística entre a sonolência excessiva derivada de SAOS e a maior falta de equilíbrio (Pearson,  $p \leq 0,01$ ).

É conveniente observar também, que a ansiedade é um distúrbio muito encontrado nos pacientes portadores da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, 33,3% sendo que na população geral é de 3% (7). Esta é uma etiologia também muito comum no bruxismo (23).

Quanto a fatores predisponentes e perpetuantes, os pacientes com Bruxismo foram duas vezes mais propensos a relatar grave estresse e ansiedade do que aqueles que não tem bruxismo (24). Alguns trabalhos demonstram que também pode haver associação positiva com fatores bio-sociais (25,26) e predisposição genética (23).

Segundo a AASM o Bruxismo é o contato oclusal não funcional dos dentes, ela explica que contatos oclusais podem interferir em grupos musculares quando a pessoa voluntariamente aperta e movimenta para posições excêntricas (1). Bruxismo também é considerado um desarranjo de movimentos estereotipados e periódicos, que estão associados ao ranger ou apertar de dentes durante o sono, decorrentes da contração rítmica dos músculos mastigatórios (3).

O diagnóstico do Bruxismo é realizado pelos exames clínicos de bruxismo é caracterizado pela presença de dor a palpação e na ATM, abertura de boca, medidas de excursão mandibulares, exames extra orais e oclusais (27).

O Consenso Brasileiro de Apneia (4) define o exame da polissonografia como padrão ouro para diagnóstico de bruxismo. A polissonografia (PSG) de noite inteira é realizada no laboratório sobre supervisão de um técnico habilitado em polissonografia. Existem quatro tipos desse exame, as quais são: tipo I - assistida em laboratório > 7

canais de monitorização; tipo II - não assistida > 7 canais de monitorização; tipo III - monitorização entre 4 e 7 canais e tipo IV - monitorização 1 ou 2 canais, onde um dos canais é a oximetria. No presente trabalho a polissonografia utilizada foi o tipo I assistida em laboratório com mais de 7 canais de monitorização. (4). Em 2014 a AASM para diagnóstico de bruxismo recomenda que utilize eletrodos no queixo EMG, e alguns eletrodos adicionais no músculo masseter<sup>1</sup>, porém em nossa pesquisa foi utilizado eletrodos somente em masseter.

Associações entre BS e outras patologias ocorrem. Uma delas é a DTM (Disfunção Temporomandibular), segundo Santos et al. (27) foi verificado que o bruxismo esteve associado a DTM em 80 % da população. Entretanto Blini e colaboradores (28) encontraram um índice de 50% da relação de Bruxismo com DTM. Deve se atentar para o fato que o Bruxismo pode possuir outras alterações que não são muito citadas, como a encontrada por Moreno et al. (29) que relaciona o Bruxismo com cervicalgia, cefaleia e dificuldade para dormir.

Atualmente sabe-se que a qualidade do sono é importante para a saúde física, mental e psicológica. Silva et al. (30), verificaram a ocorrência de Bruxismo e relacionada a má qualidade do sono e concluem que houve uma alta ocorrência de bruxismo e distúrbios do sono na população. Serra-Negra e colaboradores (31) avaliaram a relação de Bruxismo do sono, bruxismo diurno e a má qualidade do sono. Os autores concluíram que a má qualidade do sono foi um fator importante (e ou determinante) no Bruxismo do Sono e no Bruxismo Diurno.

Ao se observar a relação da apneia do sono e o Bruxismo, os resultados obtidos nesse trabalho foram que dos 23 pacientes estudados 52% apresentavam Bruxismo e 48% não apresentavam Bruxismo.

Ao se avaliar distribuição do Bruxismo em relação ao grau de apneia, o presente estudo obteve como resultado que, 52% dos participantes foram diagnosticados com apneia do sono do tipo grave e destes, 75% além de apneia possuía bruxismo. A apneia moderada foi diagnosticada em 26% dos pacientes, onde 8,30% tiveram episódios de bruxismo. Já 22% dos pacientes possuíam Apneia leve, sendo que 16,70% destes tiveram episódio de bruxismo. Esta prevalência está muito acima dos resultados de Coelho et al. (2), que obtiveram 5,2% de correlação de apneia com

bruxismo. Porém ao se fazer uma correlação estatística foi obtido um  $p < 0,057$  demonstrando que não houve correlação estatisticamente significativa. Este fato pode ter ocorrido por várias situações inclusive o número de pacientes da amostra.

## CONCLUSÃO

Os resultados apresentaram que houve uma maior predominância de pacientes portadores de Bruxismo entre os que tinham Apneia Obstrutiva do Sono do tipo grave, segundo a avaliação estatística essa predominância não foi significativa. Seria interessante mais estudos para melhor avaliar estes dados.

## REFERÊNCIAS

1. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
2. Coelho PR, Curcio WB, Leite FPP, Chaves AM. Prevalência da Comorbidade entre o Bruxismo do Sono e a Síndrome de Apneia - Hipopneia Obstrutiva do Sono: Um Estudo Polissonográfico. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2012; 12(4): 96-491.
3. Machado E, Machado P, Cunali PC, Fabbro CD. Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. *Dental Press J Orthod*. 2011; 16(2): 58-64.
4. Sociedade brasileira de sono; Sociedade brasileira de rinologia; Sociedade brasileira de otorrinolaringologia. I Consenso em Ronco e Apnéia do Sono. São Paulo, 2012.
5. Peparad PE, Jodi TYH, Hagen EW. O aumento da prevalência de distúrbios respiratórios do sono em adultos. *Journal Am jof epidemiol*. 2013; 177(9): 14-1006.
6. Camargo EP, Carvalho LBC, Prado LBF, Prado F.A população está devidamente informada sobre os distúrbios do sono?. *Rev. Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo. 2012; 71(2): 92-99.
7. Loureiro CC, Drummond M, Winck JC, Almeida J. Características clínicas e polissonográficas de doentes com distúrbio respiratório do sono em REM. *Rev Portuguesa de Pneumologia*, Portugal. 2009; 15(5): 847-857.
8. Nogueira IC, Azevedo P, Magalhães CBA, Lacerda VMA, Oliveira AC. The effectiveness of the Epworth sleepiness scale as an auxiliary resource

- in the diagnosis of Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Rev Bras Promoç Saúd, Fortaleza*. 2013; 26(1): 56-62.
9. Izu SC, Itamoto CH, Pradella-Hallinan M, Pizarro GU, Tufik S, Pignatari S, Fujita RR. Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) in mouth breathing Children. *Braz J Otorhinolaryngol, São Paulo*. 2010; 76(5): 552-556.
  10. Faria AC, Garcia LV, Santos AC, Diniz PRB, Ribeiro HT, Mello-Filho FV. Comparison of the area of the pharynx during wakefulness and induced sleep in patients with Obstructive Sleep Apnea (OSA). *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(1): 103-8.
  11. Eckert DJ, White DP, Amy SJ, Malhotra A, Wellman. Definindo causas fenotípicas da apneia obstrutiva do sono. Identificação de novos alvos terapêuticos. *Journal Respir Crit Care Med*. 2013; 188(8): 996-1004.
  12. Aguiar IC, et al. Características Clínicas, Funcionais e Variáveis Polissonográficas de Pacientes de um Laboratório de Pesquisa em Distúrbios do Sono, *Rev. Científica Ciências Biológicas Saúde*. 2011; 13(4): 227-31.
  13. Xavier SD, Moraes JP, Eckley CA. Prevalence of signs and symptoms of laryngopharyngeal reflux insnorers with suspected obstructive sleep apnea. *Braz J Otorhinolaryngol, São Paulo*. 2013; 79(5): 589-593.
  14. Cintra FD. et al. Apneia do Sono e Aritmia Cardíaca Noturna: Estudo Populacional. *Arquivo Brasileiro Cardiologia arquivo online, Santana de Parnaíba, maio/junho*, 2014.
  15. Nascimento AP, Passos VMM, Pedrosa RP, Santos MSB, Barros IML, Costa LOBF. Qualidade do sono e tolerância ao esforço em portadores de apneia obstrutiva do sono. *Rev. Bras Med Esp, São Paulo*. 2014; 20(2): 115-118.
  16. Sogebi OA, Ogunwale A. Risk factors of obstructive sleep apnea among nigerian outpatients. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78 (6): 27-33.
  17. Memtsoudis S. G., et al. O impacto da apnéia do sono sobre a utilização dos recursos de pós-operatório e os resultados adversos. *Journal Anesth Analg*. 2014; 118(2): 407-18.
  18. Sousa CC, Luz CAF. Avaliação da qualidade do sono em pacientes com Apneia Obstrutiva do Sono em Teresina-PI. *Ver. Eletr. Acervo Saúde, Piauí*. 2014; 6(2): 623-2014.
  19. Camargo EP, Carvalho BC, Prado LBF, Prado GF. A população está devidamente informada sobre os distúrbios do sono?. *Rev. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo*. 2012; 71 (2): 92-99, 2012.
  20. Gomes AM, Santos OM., Pimentel K, Marambaia PP, Gomes LM, Márcia Pradella-Hallinan M, Garcia Lima MG. Qualidade de vida em crianças com distúrbios respiratórios do sono. *Braz. J. otorhinolaryngol, São Paulo*. 2012; 78(5).
  21. Ramos RT. Síndrome da Apneia Obstrutiva no Sono na Infância. *Rev. Pulmão. Rio de Janeiro*. 2013. 22(3): 26-30.
  22. Burgos RA, Carvalho GA. Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e sonolência diurna excessiva (SDE): influência sobre os riscos e eventos de queda em idosos. *Fisioter. Mov., Curitiba*. 2012; 25(1): 93-103.
  23. Okeson JP. Tratamento das desordens Temporomandibulares e oclusão 6ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
  24. Ahlberg J, et al. Auto-relato de bruxismo, ansiedade e estresse em adultos. *Rev. Medicina Oral Patologia Oral e Cirurgia Bucal, Espanha*. 2013; 18(1): 7-11.
  25. Rodrigues MM, Dibbern RS, Santos VJB, Passeri LA. Influence of obesity on the correlation between laryngopharyngeal reflux and obstructive sleep apnea. *Braz J Otorhinolaryngol, São Paulo*. 2014; 80(1): 5-10, 2014.
  26. Santos T, Moura AD, Piva MR, Carvalho LPM. Relação dos desgastes dentários com as disfunções temporomandibulares. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe*. 2009; 9(2): 73-80.
  27. Busanello-stella A, Berwig LC, Almeida FL, Silva AMT, Mello FM. Aspectos do sistema estomatognático de indivíduos bruxistas. *Ver Salusvita, Bauru*. 2011; 30(1): 7-20
  28. Blini CC, Morisso MF, Bolzan GP, Silva AMT. Grau de sintomatologia de disfunção temporomandibular. *Rev. CEFAC, São Paulo*, 2009; 12(3): 1-7.
  29. Moreno B, Malsuf SA, Maruques AP, Crivelho-junior O. Avaliação clínica e da qualidade de vida de indivíduos com disfunção temporomandibular. *Rev. Bras. Fisioter., São Carlos*. 2009; 13(3): 210-2014.
  30. Silva BBR, Lacerda KRRS, Ferreira APL, Figueiroa MS. Prevalência de bruxismo e distúrbio do sono em deficientes visuais. *Rev. Fisioter. mov., Curitiba*. 2013; 26(1): 66-159.
  31. Serra-negra JMS, et al. Bruxismo do sono, Bruxismo diurno e qualidade do sono de estudantes de odontologia do Brasil: Um estudo transversal. *Journal Brazilian Dent, Ribeirão Preto*. 2014; 3(25): 241-247.

## *Relationship between the prevalence of bruxism and sleep apnea*

### **ABSTRACT**

The obstructive sleep apnea syndrome is considered a respiratory disorder whose main characteristic are pauses in breathing during sleep. These impairments may have relationship with several pathologies, such as for example the bruxism, which is nothing more than the non-functional contact of the teeth. The objective of this work was to verify the prevalence of Bruxism in patients with sleep apnoea and assess whether there is a relationship with the degree of apnea. The evaluation was performed through polysomnography exam, where were evaluated 23 patients who underwent polysomnography. The data of the research showed that 52% of the participants were diagnosed with sleep apnoea severe type and of these, 75% in addition to apnea had bruxism. The moderate apnea was diagnosed in 26% of patients, where 8.30% had episodes of Bruxism. Already 22% of the patients had mild apnea, and of these 16.70% had episode of Bruxism. There was no significant correlation between the degree of apnea and the frequency of Bruxism ( $\rho=0.403$  and  $p=0.057$ ). Conclusion then is that bruxism showed no statistically significant relation with the degree of sleep apnoea, even he occurring with greater predominance in patients who had severe type apnoea.

**Keywords:** bruxism, sleep apnea, polysomnography