



Revisão de
Literatura

BRUXISMO INFANTIL: UM ENFOQUE ODONTOPEDIÁTRICO

Child bruxism:
a pediatric approach

CÁSSIA FRANCO REGINATO

Cirurgiã-Dentista, Centro de Pós-Graduação Uningá Eleva Especialização em Odontopediatria, Santa Maria, RS, Brasil

MARCELA MARQUEZAN

Cirurgiã-Dentista, Centro de Pós-Graduação Uningá Eleva Especialização em Odontopediatria, Santa Maria, RS, Brasil

CARINE WEBER PIRES

Cirurgiã-Dentista, Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

GRAZIELA BOTTON

Cirurgiã-Dentista, Centro de Pós-Graduação Uningá Eleva Especialização em Odontopediatria, Santa Maria, RS, Brasil

CAROLINA CÔVOLO DA COSTA

Cirurgiã-Dentista, Centro de Pós-Graduação Uningá Eleva Especialização em Odontopediatria, Santa Maria, RS, Brasil

Resumo: O bruxismo é uma parafunção que tem como principal característica o ato de ranger e/ou apertar os dentes. De natureza multifatorial, pode estar relacionado a fatores psicológicos, comportamentais, neurológicos e sistêmicos. No que concerne ao bruxismo infantil, o diagnóstico é feito, basicamente, pelo relato dos responsáveis, seguido de avaliação de sinais clínicos pelo odontopediatra. Diversas formas terapêuticas têm sido empregadas, tanto para controle do número de episódios, como para os sinais e sintomas decorrentes desta desordem. Portanto, o objetivo deste trabalho foi realizar uma Revisão de Literatura a respeito do bruxismo infantil com enfoque nas condutas a serem realizadas pelo odontopediatra. Foi realizada uma busca na base de dados Medline (PubMed) sem restrições de tempo ou idioma. Para identificar os artigos relevantes, foram utilizados os seguintes descritores na pesquisa: "bruxismo", "pediátrico", "crianças", "adolescentes", "tratamento". Os estudos obtidos foram avaliados e selecionados conforme o tipo de estudo, forma de coleta de dados, idade dos participantes e formas de diagnóstico e tratamento empregados. Esta Revisão de Literatura levou à conclusão de que existem diferentes condutas adotadas tanto para o diagnóstico, como para o controle, do bruxismo infantil.

Palavras-chave: Bruxismo. Transtornos do Sono-Vigília. Odontopediatria.

Como citar este artigo: Reginato CF, Marquezan M, Pires, CW, Botton, G, Costa, CC. Bruxismo infantil: um enfoque odontopediátrico. Rev Nav Odontol. 2017, 44(1):23-27.

Submetido: 11 de junho de 2017

Revisado e aceito: 13 de julho de 2017

Endereço de contato: Rua Tuiuti, 1401/201, Centro - Santa Maria - RS - CEP - 97015-663

E-mail: cassiafreginato@outlook.com

Os autores não relatam interesse comercial, financeiro ou de propriedade nos produtos ou empresas descritos neste artigo.

Bruxismo infantil: um enfoque odontopediátrico

Child bruxism: a pediatric approach

INTRODUÇÃO

O bruxismo é um problema comum da sociedade moderna, atingindo todas as faixas etárias. Juntamente com a cárie dentária, tem impacto negativo na qualidade de vida infanto-juvenil (1-3).

De acordo com a Associação Americana de Distúrbios do Sono (AASD), o bruxismo pode ser definido como um distúrbio do sono, mais especificamente, uma parassonia, que tem como característica o movimento periódico e estereotipado do sistema mastigatório com ranger e/ou cerrar de dentes (4-5).

De etiologia multifatorial, suas causas podem ser classificadas como de origem local, sistêmica, psicológica ou ocupacional, demonstrando a complexidade que, muitas vezes, representa um desafio para muitos profissionais da saúde (1,3).

Apesar de os pais reconhecerem os sinais e sintomas que envolvem particularmente as estruturas orofaciais, o primeiro profissional da saúde a ser procurado na busca de um diagnóstico e tratamento tem sido o pediatra (2).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão na literatura a fim de compreender fatores relacionados à etiologia, diagnóstico, consequências e abordagens preconizadas para o seu controle.

MÉTODOS

Estudo de revisão bibliográfica descritiva. Foi realizada uma busca na base de dados Medline (PubMed) sem restrições de tempo ou idioma. Para identificar os artigos relevantes, foram utilizados os seguintes descritores na pesquisa: "bruxismo", "transtornos sono-vigília", "odontopediátrico", "pediátrico", "crianças", "adolescentes", "tratamento".

Também foram consultados os principais livros brasileiros de odontologia em relação ao assunto.

As referências encontradas foram avaliadas e selecionadas conforme o tipo de estudo, forma de coleta de dados, idade dos participantes e formas de diagnóstico e tratamento empregados.

REVISÃO DA LITERATURA

Manifestações do bruxismo

O bruxismo pode apresentar duas manifestações circadianas: o bruxismo diurno, que tem como característica principal o apertamento dentário, evidenciado durante a realização de atividades que demandem esforços físicos ou concentração; e o bruxismo do sono, que ocorre quando as pessoas dormem (5-11).

Prevalência

Estudos apontam que o bruxismo do sono é a parassonia mais comumente evidenciada em crianças e adolescentes, com índices que variam de 3,5 a 40,6% nas crianças e 19% nos adolescentes (11-13). Atribuem-se as diferentes prevalências encontradas

na literatura à falta de uniformidade metodológica, pois não existe uma padronização dos modelos de estudo e dos questionários utilizados na investigação (13-14).

Os episódios de bruxismo tendem a diminuir com a idade, sendo evidenciado em cerca de 28% das crianças, 14% dos adultos e 3% dos idosos. Atribui-se a diminuição da prevalência a um aumento da maturidade e adaptação ao estresse (11,15). No que concerne ao gênero, ANTONIO, PIERRO e MAIA (1), em 2006, apontaram ser o sexo feminino o mais afetado pelo bruxismo. Em contrapartida, SOUZA et al. (12), em 2015, correlacionaram uma maior prevalência de casos de bruxismo ao gênero masculino. Tal associação seria explicada pela menor capacidade do sexo masculino em expressar seus sentimentos. Não há, portanto, um consenso na literatura quanto a prevalência relacionada ao gênero.

Fatores associados ao sono

As parassonias são movimentos ou comportamentos decorrentes da estimulação do sistema nervoso central durante o sono, que ocorrem majoritariamente em nível subconsciente, estando os mecanismos de proteção ausentes (16).

SERAJ et al. (17), em 2010, ao investigarem os fatores associados ao bruxismo, constataram que o ato de babar foi evidenciado em 25,8% das crianças com bruxismo. Da mesma forma, SIMÕES-ZENARI e BITAR (18), em 2010, declararam que a sialorreia foi um dos fatores mais associados ao bruxismo do sono. Os autores relacionaram o aumento da salivação à necessidade de lubrificação das estruturas do esôfago e cavidade oral. Além disso, a sialorreia também pode ser um forte indicativo de respiração bucal durante o sono.

Estudos verificaram a relação entre qualidade do sono das crianças e o bruxismo (2,16). NAHÁSCOCATE, COELHO e ALMEIDA (16), em 2014, afirmaram que crianças com sono agitado têm 2,1 mais chances de ter bruxismo. Nesse sentido, atos como babar, roncar, falar, chorar dormindo ou ser sonâmbulo, de acordo com SERRA-NEGRA et al. (2), em 2013, poderiam ser indicativos de agitação noturna. CORTESE et al. (19), em 2013, citaram que de 3% a 10% das crianças com bruxismo noturno roncam durante a noite.

Entre os fatores associados ao sono, MUTHU e PRATHIBA (20), em 2008, demonstraram que a enurese noturna foi considerada um fator predisponente para o bruxismo por ser um fator estressante e ter impacto negativo na autoestima da criança.

Já PINTO et al. (8), em 2015, correlacionaram a dificuldade para dormir com o bruxismo, demonstrando que crianças com quantidade inferior a 8 horas de sono por noite apresentaram maiores chances de desenvolver bruxismo. Adicionalmente, SIMÕES-ZENARI e BITAR (18), em 2010, constataram a

relação entre menos horas de sono e um risco aumentado em cinco vezes para o bruxismo.

Fatores psicológicos

A ansiedade tem sido fortemente associada ao bruxismo, sendo que OLIVEIRA et al. (21), em 2015, citaram que a mesma é frequentemente observada na clínica infantil, com índices variando de 10,6% a 24%. No entanto, casos de ansiedade infantil são, muitas vezes, subdiagnosticados já que os sintomas sofrem mudanças com as diferentes fases do desenvolvimento.

Estudo realizado no Brasil correlacionou a ocorrência de episódios de bruxismo a problemas comportamentais, sendo que 82,7% das crianças que apresentaram algum tipo de distúrbio emocional tiveram sinais e sintomas relacionados ao bruxismo (22). Na literatura são apontados como fatores contribuintes: separação dos pais, nascimento de irmãos, mudança escolar e até mesmo a convivência em áreas violentas (1,17,20). Da mesma forma, cobranças excessivas em relação a notas escolares e afazeres domésticos podem desenvolver mecanismos emocionais de defesa relacionados a hábitos parafuncionais (21). Segundo PINTO et al. (8), em 2015, o bruxismo em vigília possui forte associação a tiques nervosos, ao estresse gerado por responsabilidades familiares, a situações de concentração como estudar, usar o computador e jogar videogame.

SERRA-NEGRA et al. (2), em 2013, afirmaram haver uma forte relação entre o bruxismo e traços de personalidade da criança, ressaltando a importância do estabelecimento precoce de um tratamento multidisciplinar para ensinar a criança a lidar com conflitos e tensões. Nesse sentido, RESTREPO et al. (23), em 2001, demonstraram a redução dos sinais do bruxismo em crianças de 3 a 6 anos com o emprego de técnicas psicológicas.

O bruxismo do sono tem sido relacionado também a quadros de hiperatividade e déficit de atenção. Crianças que fazem uso de metilfenidato para o tratamento de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) apresentam alta prevalência de bruxismo secundário ao uso da medicação (8,14,24).

INSANA et al. (25), em 2013, advertiram que o bruxismo pode ser um importante preditor de problemas emocionais que se não tratados precocemente, na vida adulta favorecerão a manutenção da parafunção. O diagnóstico e intervenção terapêutica especializada, ainda na infância, têm o poder de evitar futuros problemas emocionais e comportamentais (5).

Fatores sistêmicos

O bruxismo pode servir como possível marcador para condições adversas de saúde (20). Diversos estudos demonstraram que crianças com necessidades especiais exibem maior frequência de bruxismo que crianças normorreativas. LÓPEZ-PÉREZ

Bruxismo infantil: um enfoque odontopediátrico

Child bruxism: a pediatric approach

et al. (4), em 2007, demonstraram que 42% das crianças portadoras da síndrome de Down, na faixa etária dos 11 anos, apresentavam episódios de bruxismo. Ainda, SOUZA et al. (12), em 2015, encontraram uma prevalência de 37,9% de episódios de bruxismo em crianças com paralisia cerebral.

Outro fator que tem suscitado debate é o papel das alergias respiratórias na etiologia do bruxismo. Foi levantada a hipótese de que o bruxismo seria resultado de um aumento das pressões negativas nas cavidades timpânicas decorrentes de edemas alérgicos na mucosa das tubas auditivas (26). De acordo com PINTO et al. (8), em 2015, a presença do bruxismo do sono foi quatro vezes mais frequente em crianças que apresentavam rinite alérgica, asma e infecções do trato respiratório, estando a obstrução nasal presente em 62,5% dos casos. Corroborando com estas afirmações, crianças submetidas à adenoidectomia apresentaram diminuição significativa da frequência do bruxismo (19,27).

Entre os fatores secundários associados ao bruxismo, MONTALDO et al. (28), em 2012, constataram que crianças cujos pais e/ou responsáveis eram fumantes e que foram expostas a altos níveis de fumaça de cigarro apresentaram mais episódios de bruxismo do sono, podendo esta associação estar relacionada à intensificação de processos alérgicos e respiratórios causados pelas substâncias químicas do cigarro.

O bruxismo também pode ser secundário a um quadro de refluxo gastroesofágico e SOUZA et al. (12), em 2015, demonstraram que indivíduos com refluxo tinham 2,28 vezes mais chance de apresentar bruxismo. Tal associação teria como causa principal o aumento da atividade rítmica pela excitação dos músculos mastigatórios e do reflexo de deglutição. Também estaria associado a um aumento da salivação como forma de neutralizar o baixo pH do esôfago (12,26).

Estudos têm correlacionado o bruxismo do sono a dores de cabeça (3,18). Neste sentido, a privação do sono tem sido apontada como um dos principais gatilhos para a forma mais comum de dor de cabeça primária em crianças, a migrânea. JUNQUEIRA et al. (3), em 2013, apontaram cerca de três vezes mais ocorrências de cefaleias em crianças com bruxismo. Adicionalmente, SERRA-NEGRA et al. (29), em 2015, evidenciaram que 65,9% das crianças com bruxismo possuíam dores de cabeça. Já SIMÕES-ZENARI e BITAR (18), em 2010, demonstraram que 55,3% das crianças na faixa etária dos 4 aos 6 anos tinham bruxismo, dentre elas 76% apresentaram dores de cabeça e 35% dormiam menos que o recomendado para a idade

Fatores morfológicos

De acordo com MACHADO et al. (14), em 2014, a instabilidade oclusal durante o período de troca da

dentição é outro fator etiológico relacionado ao bruxismo infantil. PINTO et al. (8), em 2015, correlacionaram a presença do bruxismo com a erupção dos incisivos centrais superiores durante a dentadura mista.

RESTREPO, MEDINA e PATINO (30), em 2011, afirmaram que o bruxismo não pode ser considerado normal nas dentições decídua e mista. Entretanto, também não pode ser considerado patológico sem evidências de dano às estruturas do sistema estomatognático.

Diagnóstico do bruxismo infantil

De acordo com MUTHU e PRATHIBA (20), em 2008, os critérios utilizados no diagnóstico do bruxismo do sono pela Associação Americana de Medicina do Sono são: o relato, por parte dos responsáveis, de barulhos relacionados ao ranger de dentes durante a noite, ausência de desordem sistêmica ou mental, e ainda ausência de outras desordens relacionadas ao sono. Já MACHADO et al. (14), em 2014, acrescentaram a esses critérios a ocorrência de episódios de 3 a 5 noites por semana, durante 6 meses, presença de desgaste dentário, desconforto ou fadiga dos músculos mastigatórios ao despertar e hipertrofia do músculo mastigatório masséter.

O diagnóstico do bruxismo em crianças e adolescentes é um desafio por basear-se, principalmente, no relato dos responsáveis, sendo a subjetividade uma desvantagem, que causa imprecisão. LÓPEZ-PÉREZ et al. (4), em 2007, alertaram sobre o fato de que entrevistas ou questionários podem subestimar ou superestimar a ocorrência do bruxismo. Nesse sentido, RESTREPO, MEDINA e PATINO (30), em 2011, destacaram que apesar de o relato dos responsáveis ser uma forma de diagnóstico confiável, o fato de não dormirem no mesmo ambiente que os filhos pode não quantificar o real número de casos.

Para tanto, LOBBEZOO et al. (31), em 2013, elaboraram uma escala com três níveis de diagnóstico. O diagnóstico é denominado de "possível" quando se baseia exclusivamente no autorrelato do paciente (desconforto ou dor facial pela manhã, dores de cabeça, sensibilidade dentária ao frio ou calor), "provável" quando ao autorrelato somam-se evidências de sinais clínicos (fraturas de restaurações, desgaste dentário, recessão gengival, ruídos articulares, endentações na língua e bochechas, dor miofascial e hipertrofia muscular) e "definitivo", quando acrescido de polissonografia (8-9,24).

A investigação por meio de facetas de desgaste é um exame utilizado por muitos clínicos. Além de ser um método subjetivo, pode não ser representativo de um hábito presente, uma vez que a criança pode apresentar facetas de desgaste e já não possuir mais episódios de bruxismo, sendo apenas

uma cicatriz e significar um hábito pregresso (14,19,27). Como a própria estrutura biológica dos dentes decíduos é mais suscetível à perda mineral, devem ser investigados fatores endógenos que podem ser confundidores como dieta do paciente, xerostomia decorrente de medicações e condições patológicas, refluxo gastroesofágico ou erosão química (8).

A polissonografia tem sido citada como o método padrão para a investigação do sono, por fornecer um diagnóstico preciso e por mapear os episódios de bruxismo (13-14). Conforme PINTO et al. (8), em 2015, os principais eventos fisiológicos do sono são avaliados na polissonografia através do eletroencefalograma (EEG), eletrooculograma (EOG), eletromiograma (EMG), eletrocardiograma (ECG), fluxo aéreo, microfone traqueal e sensor de posição. No entanto, existem algumas limitações como: custo financeiro, tempo dispendido, resultados não representativos (pelo fato da criança não estar em ambiente familiar), necessidade de cooperação por parte da criança e necessidade de múltiplos registros, uma vez que os eventos podem variar de uma noite para outra (5,8,14,27). Por isso, segundo IMPARATO (9), muitos especialistas afirmam que a polissonografia não representa, fidedignamente, o padrão de sono.

Consequências do bruxismo infantil

Do ponto de vista clínico, o bruxismo ocasiona prejuízos para a saúde orofacial da criança, podendo acelerar a rizólise dos decíduos e alterar a cronologia de erupção dos permanentes (16). Os efeitos danosos desta parafunção não se restringem apenas aos dentes. O periodonto é afetado de forma a apresentar destruição de estruturas de suporte, recessão gengival, reabsorção do osso alveolar e mobilidade dentária (5,27).

Da mesma forma, músculos da mastigação também ficam comprometidos pela sobrecarga decorrente dos movimentos mandibulares, sendo evidenciados sinais e sintomas como dor e/ou limitação dos movimentos mandibulares, hipertrofia do masséter, hipertonicidade e sensibilidade dos músculos mastigatórios e cefaleia ao acordar. A sobrecarga no sistema musculoesquelético tem sido associada a uma maior ocorrência de distúrbios na articulação temporomandibular (5).

Controle do bruxismo infantil

Para o manejo clínico do bruxismo, o ideal seria utilizar o termo "controle" e não tratamento, uma vez que não existe até o presente momento, nenhuma terapêutica definitiva para a sua remissão. Todas as modalidades disponíveis atualmente visam controlar a atividade ou prevenir as sequelas de sua ocorrência (8,27).

Por sua etiologia multifatorial, o tratamento muitas vezes reside em uma abordagem multiprofissional, devendo o paciente ser submetido à avaliação médica com otorrinolaringologista para

Bruxismo infantil: um enfoque odontopediátrico

Child bruxism: a pediatric approach

investigação de possíveis obstruções das vias aéreas e com médico especialista em sono para analisar a qualidade do mesmo e acompanhamento psicoterapêutico com o intuito de administrar e reduzir estresse e ansiedade, além de promover mudanças comportamentais. Pelas inúmeras implicações no sistema estomatognático, se faz necessário acompanhamento e abordagem odontológica (24).

Diante disso, sugere-se que o controle/manejo se baseie em três fatores: informar, controlar e proteger. O aconselhamento à criança, ao adolescente e aos responsáveis envolve: informações sobre a etiologia do bruxismo, importância da qualidade do sono, técnicas de relaxamento e terapias cognitivo-comportamentais. Orienta-se, atualmente, sobre a higiene do sono, que consiste em uma adequação da criança e do ambiente, buscando uma diminuição das atividades e estímulos audiovisuais no período que antecede o adormecer. Entre estas condutas estão: reduzir as atividades noturnas, evitar o uso de alimentos e bebidas que promovam excitação cerebral e dormir pelo menos 8 horas por noite (24). Neste sentido, CORRÊA (7), em 2011, defendeu que os pais devem atentar para o momento anterior ao sono, de forma a proporcionar à criança um sono mais tranquilo. Assim, deve-se evitar a tendência de fazer "a criança cansar para dormir", pois, desta forma, ocorrerá uma maior estimulação, efeito esse, contrário ao que se deseja. O aconselhável seria ir diminuindo o ritmo da criança a partir do final da tarde para que ela possa ter uma passagem mais calma do momento da excitação para o sono.

De acordo com RESTREPO, MEDINA e PATINO (30), em 2011, a partir do momento em que um plano de tratamento é estabelecido se torna fundamental a colaboração do paciente e dos responsáveis. Neste contexto, a criança ou o adolescente deve ter papel participativo e ativo. Para tanto, deve receber instruções para que não encoste os dentes durante o dia, podendo-se recorrer ao uso de dispositivos recordatórios como adesivos coloridos, despertador ou aplicativos de celulares específicos para o auxílio a pacientes com bruxismo. Os pacientes devem ser orientados e estimulados a reduzir e/ou controlar hábitos parafuncionais como roer unhas, chupar dedo, morder canetas (8).

Os responsáveis e adolescentes devem receber orientações quanto a fatores de risco que podem predispor a ocorrência do bruxismo como exposição ao álcool, fumo, consumo excessivo de cafeína e uso de drogas ilícitas estimulantes como cocaína, crack e ecstasy (8).

Atualmente, as abordagens terapêuticas incluem o uso de placa miorelaxante (rígida ou siliconada), tratamento ortodôntico para possível reestabelecimento da oclusão e melhoria das condições de passagem do ar (18). RESTREPO, MEDINA e PATINO (30), em 2011, citam que o

tratamento mais comumente empregado para o bruxismo, em adultos, é o uso de placa rígida por ser econômica, transparente, fácil de usar, promover proteção aos dentes, produzir o relaxamento da musculatura mastigatória, reduzir a pressão na ATM, manter o côndilo em posição cêntrica, manter a dimensão vertical e reduzir a atividade parafuncional. Durante a busca de artigos para esta Revisão de Literatura, não foram encontrados estudos suficientes que indiquem ou contraindiquem o uso de placas rígidas na primeira dentição.

A Literatura mostra que a placa oclusal rígida não tem sido experimentada na dentição decídua sob a alegação de que poderia causar restrição ao crescimento do processo alveolar maxilar (12,31). PORDEUS e PAIVA (24), em 2013, citam que os estudos sobre crescimento e desenvolvimento dos maxilares demonstraram que mudanças transversais e sagitais não seriam perceptíveis até o começo da dentição mista, entre 5 e 7 anos. Contudo, a colocação de uma placa oclusal poderia implicar em alteração do padrão de irrupção dental, modificação da direção do crescimento e alteração das relações esqueléticas. Por isso, os autores recomendam que o uso de placa miorelaxante nessa faixa etária deva ser avaliado criteriosamente a fim de evitar iatrogenias que interfiram no crescimento das arcadas dentárias.

De acordo com ANTONIO, PIERRO e MAIA (1), em 2006, a placa oclusal deve ter de 2 a 3 mm com extensão de vestibular para lingual. Sobre o tempo mínimo de uso, RESTREPO, MEDINA e PATINO (30), em 2011, defendem que a mesma seja utilizada por, no mínimo, 2 anos para que haja uma mudança no reflexo muscular.

PINTO et al. (8), em 2015, alertaram que a utilização de placas deve ser monitorada cuidadosamente pelos responsáveis. Os mesmos esclarecem que, recentemente, tem sido sugerido o emprego de placas maleáveis, flexíveis, confeccionadas em silicone, sob o pretexto de maior comodidade e conforto ao paciente. Entretanto, as placas flexíveis estão associadas ao aumento da atividade muscular. Cabe destacar que a instalação de dispositivos interoclusais para o tratamento de bruxismo em crianças e adolescentes, ainda é controversa por não existirem evidências científicas que suportem a eficácia e a segurança do uso em crianças.

Sobre o emprego de substâncias farmacológicas no tratamento do bruxismo, PINTO et al. (8), em 2015, citam que diversos fármacos foram testados, entre eles: clonazepam, clonidina, gabapentina, topiramato, buspirona e toxina botulínica. Porém, os autores afirmam que a Literatura carece de estudos que avaliem a ação destes fármacos em crianças. Estudo realizado em crianças, em que o cloridrato de hidroxizina foi empregado, demonstrou redução da severidade do quadro de sinais e sintomas relacionados ao bruxismo do sono

(32). Sustenta-se que os efeitos positivos obtidos sejam decorrentes da sonolência provocada, melhora na ansiedade e relaxamento muscular, não tendo sido observados efeitos colaterais relacionados ao uso da medicação. Os autores aconselham que mais estudos sejam realizados e que o fármaco seja prescrito com cautela, uma vez que não são conhecidos os efeitos adversos a longo prazo.

CORRÊA (7), em 2011, recomendou práticas de relaxamento, como massagens faciais, como forma de reduzir o estresse para alívio das tensões musculares na criança. Neste sentido, RESTREPO et al. (23), em 2001, salientaram que quando a ansiedade for tratada, seja de forma farmacológica ou através de técnicas psicológicas, haverá decréscimo dos sintomas relacionados ao bruxismo.

Em concordância, PINTO et al. (8), em 2015, recomendaram sua indicação para pacientes com comprometimento psiquiátrico ou neurológico e para os que não demonstraram melhora com as terapias usualmente empregadas. Quanto ao uso de toxina botulínica, CHEDID (27), em 2013, advogou ser uma alternativa eficaz e segura a ser empregada no tratamento de pacientes especiais. O mecanismo responsável pela atuação da toxina baseia-se na inibição da liberação da acetilcolina na junção neuromuscular que resulta em redução da atividade muscular.

Uma alternativa para pacientes com distúrbios respiratórios com deficiência maxilar transversal é a expansão rápida de maxila. Uma vez que o bruxismo relaciona-se com a permeabilidade das vias aéreas, a expansão poderia ampliar a dimensão das vias aéreas nasais, e, conseqüentemente, reduzir a ocorrência de distúrbios respiratórios e bruxismo do sono. BELLERIVE et al. (33), em 2015, avaliaram o tratamento com expansor palatino, em crianças com deficiência maxilar transversal maior que 5 mm e observaram uma redução de 65% da atividade de bruxismo nestes pacientes. Assim, os autores sugerem a expansão rápida de maxila como tratamento alternativo ou adjuvante em crianças com distúrbios respiratórios e bruxismo do sono.

CONCLUSÃO

O bruxismo tem sido propósito de importantes e variadas pesquisas na atualidade pelo impacto que produz na qualidade de vida da população pediátrica. Com base nos estudos analisados concluiu-se que existem diferentes condutas adotadas para o controle do bruxismo infantil.

ABSTRACT

Bruxism is a parafunction characterized by the act of grinding and/or clenching one's teeth. It has a multifactorial nature, which may be related to psychological, behavioral, neurological and systemic factors. Diagnosis of child bruxism is usually done after caretakers report, followed by a clinical sign evaluation

Bruxismo infantil: um enfoque odontopediátrico

Child bruxism: a pediatric approach

by a pediatric dentist. Several therapeutic procedures are used to reduce the number of episodes, as well as control signs and symptoms resulting from this disorder. The aim of this study was to perform a literature review of child bruxism with focus on treatment by the pediatric dentist. Medline database (PubMed) with no time or language restrictions was searched. The following descriptors were used in the research to identify relevant articles: "bruxism", "pediatric", "children", "adolescents", "treatment". Articles were evaluated and selected according to type of study, data collection procedure, age of participants, and kinds of diagnosis and treatment employed. This review of literature demonstrates that exist different behaviors adopted in the diagnosis and the control of childhood bruxism. Keywords: Bruxism, Sleep Wake Disorders, Pediatric Dentistry.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio AG, Pierro VSS, Maia LC. Bruxism in children: a warning sign for psychological problems. *J Can Dent Assoc.* 2006 Mar;72(2):155-60.
2. Serra-Negra JM, Tirsá-Costa D, Guimarães FH, Paiva SM, Pordeus IA. Evaluation of parents/ guardian knowledge about the bruxism of their children: Family knowledge of bruxism. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2013 Jul-Sep; 31(3):153-58.
3. Junqueira TH, Nahás-Scocate ACR, do Valle-Corotti KM, Conti ACCF, Trevisan S. Association of infantile bruxism and the terminal relationships of the primary second molars. *Braz Oral Res. (São Paulo)* 2013 Jan-Feb; 27(1):42-7.
4. López-Pérez R, López-Morales P, Borges-Yáñez AS, Maupomé G, Parés-Vidrio G. Prevalence of bruxism among mexican children with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract.* 2007 Jul;12(1):45-9.
5. Massara MLA, Rédua PCB. Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2ª ed. São Paulo: Santos, 2013; p. 236-238.
6. Serra-Negra JM, Paiva SM, Abreu MH, Flores-Mendoza CE, Pordeus IA. Relationship between tasks performed, personality traits, and sleep bruxism in Brazilian school children – a population-based cross-sectional study. *PLoS ONE.* 2013 Nov. 8(11): e80075 1-6.
7. Corrêa MSNP. Odontopediatria: na primeira infância. 3ª ed. 1 Reimp. São Paulo: Santos, 2011. p. 725-727.
8. Pinto T, Garib DG, Janson GV, da Silva Filho OG. PRO-ODONTO ORTODONTIA Programa de atualização em Ortodontia. Ciclo 8 / [Organizado pela] Associação Brasileira de Odontologia: organizador geral, Tarcísio Pinto; organizadores, Daniela Gamba Garib, Guilherme Janson, Omar Gabriel da Silva Filho. – Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. Ciclo 8, v.4, p.97-141.
9. Imparato JCP. Livro Anuário 02: Odontopediatria clínica integrada e atual. In: Ortega AOL, Zwir LF, Guimarães AS. Bruxismo em odontopediatria. Ed. Napoleão, 2015, 126-133.
10. Okeson JP. Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão / Jeffrey P Okeson; [tradução Roberta Loyola Del Caro... et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. p.125-126.
11. Branco RS, Branco CS, Tesch RS, Rapoport A. Frequência de relatos de parafunções nos sub-grupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). *R Dental Press OrtodonOrtop Facial.* 2008 Mar-Abr;13(2):61-9.
12. Souza VAF, Abreu MHNG, Resende VLS, Castilho LS. Factors associated with bruxism in children with developmental disabilities. *Braz Oral Res [online].* 2015; 29(1):1-5.
13. de Luca Canto G, Singh V, Conti P, Dick BD, Gozal D, Major PW, et al. Association between sleep bruxism and psychosocial factors in children and adolescents: a systematic review. *Clin Pediatr.* 2015 May; 54(5):469-78.
14. Machado E, Dal-Fabro C, Cunali PA, Kaizer OB. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review. *Dental Press J Orthod.* 2014 Nov-Dec;19(6):54-61.
15. Odebrecht R, Canto GL, Bortolon AC. Estudo comparativo da reabsorção radicular apical em pacientes bruxíctomos e pacientes sem sinais clínicos de desgaste dentário. *R Dental Press OrtodonOrtop Facial.* 2004 Mar-Abr; 9(2):44-9.
16. Nahás-Scocate ACR, Coelho FV, Almeida VC. Bruxism in children and transverse plane of occlusion: Is there a relationship or not? *Dental Press J Orthod.* 2014 Sep-Oct;19(5):67-73.
17. Seraj B, Shahrbani M, Ghadimi S, Ahmadi R, Nikfarjam J, Zayeri F, et al. The prevalence of bruxism and correlated factors in children referred to dental schools of Tehran, Based on parent's report. *Iran J Pediatr.* 2010 Jun;20(2):174-80.
18. Simões-Zenari M, Bitar ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2010 Out-Dez;22(4):465-72.
19. Cortese SG, Fridman DE, Farah CL, Bielsa F, Grinberg J, Biondi AM. Frequency of oral habits, dysfunctions, and personality trait in bruxing and nonbruxing children: a comparative study. *CRANIO.* 2013 Oct; 31(4):283-90.
20. Muthu MS, Prathibha KM. Management of a child with autism and severe bruxism: a case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2008 Jun;26(2):82-4.
21. Oliveira MT, Bittencourt ST, Marcon K, Destro S, Pereira JR. Sleep bruxism and anxiety level in children. *Braz Oral Res [Online].* 2015;29(1):1-5.
22. Ferreira-Bacci AV, Cardoso CLC, Diaz-Serrano KV. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Braz Dent J.* 2012;23(3):246-51.
23. Restrepo CC, Alvarez E, Jaramillo C, Velez C, Valencia I. Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth. *J Oral Rehabil.* 2001 Abr;28(4): 354-62.
24. Pordeus IA, Paiva SM. Odontopediatria. Abeno: Odontologia Essencial Parte Clínica. São Paulo: Artes medicas, 2013. p. 127-137.
25. Insana SP, Gozal D, McNeil DW, Montgomery-Downs HE. Community based study of sleep bruxism during early childhood. *Sleep Med.* 2013 Feb;14(2):183-88.
26. Imbaud TCS, Mallozi MC, Domingos VBTC, Solé D. Frequency of rhinitis and orofacial disorders in patients with dental malocclusion. *Rev Paul Pediatr.* 2016 Abr-Jun;34(2):184-88.
27. Chedid SJ. Ortopedia e ortodontia para a dentição decídua: atendimento integral ao desenvolvimento da oclusão infantil. São Paulo: Santos, 2013. p. 347-354.
28. Montaldo L, Montaldo P, Caredda E, D'Arco A. Association between exposure to secondhand smoke and sleep bruxism in children: a randomised control study. *Tob Control.* 2012 Jul;21(4):392-95.
29. Serra-Negra JM, Paiva SM, Auad SM, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: a case-control study. *Braz Dent J.* 2012;23(6):746-52.
30. Restrepo CC, Medina I, Patino I. Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxism children. *Eur J Dent.* 2011 Out;5(4): 441-50.
31. Lobbezoo F et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil.* 2013 Jan;40(1):2-4.
32. Ghanizadeh A. Treatment of bruxism with hydroxyzine: preliminar data. *Eur Rev Med Pharmacol.* 2013; 17(6):839-41.
33. Bellerive A, Montpetit A, El-Khatib H, Carra MC, Remise C, Desplats E, et al. The effect of rapid palatal expansion on sleep bruxism in children. *Sleep Breath.* 2015 Dez;19(4):1265-71.



Descerramento da placa de Conclusão das Obras de Revitalização e Ampliação da Odontoclínica Central da Marinha