

Bruxismo infantil: A importância do diagnóstico e tratamento - Revisão de literatura

Renata Aparecida Silva **SANTOS**¹, Márcia Silva Lima **MEDEIROS**², Renan Bezerra **FERREIRA**³, Danuze Batista Lamas **GRAVINA**⁴, Letícia Diniz Santos **VIEIRA**⁵

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo buscar o conhecimento quanto ao diagnóstico e tratamento do bruxismo na infância, a fim de esclarecer e oferecer opções de tratamento mais seguros e eficazes. O bruxismo é uma atividade muscular mastigatória rítmica, caracterizada por ranger e apertar os dentes. Este artigo apresenta um estudo de revisão de literatura, feito com busca eletrônica nos sites Scielo, Pubmed. Conclui-se que o bruxismo é uma atividade parafuncional de etiologia e diagnóstico complexos, que não há um tratamento único para o bruxismo infantil, nem mesmo uma cura, e que a forma de tratamento discutido depende do fator etiológico, fazendo-se necessário um tratamento de forma individual e multidisciplinar.

Palavras-chave: Bruxismo. Bruxismo do Sono. Etiologia. Diagnóstico.

¹Aluna do curso de pós-graduação em Odontopediatria da UNINGÁ – DF.

²Cirurgiã-Dentista, Pedagoga, MBA em saúde pública, Especialista em ortodontia.

³Especialista e mestre em Odontopediatria. Especialista em Ortodontia. Professor do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - Uniceplac-DF.

⁴Especialista em Odontopediatria, Mestre em Ciências da Saúde – UNB – DF.

⁵Especialista, mestre e doutora em Odontopediatria. Especialista em Ortodontia. Professora do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - Uniceplac-DF.

Submetido: 31/05/2020 - **Aceito:** 30/06/2020

Como citar este artigo: Santos RAS, Medeiros MSL, Ferreira RB, Gravina DBL, Vieira LDS. Bruxismo infantil: A importância do diagnóstico e tratamento - Revisão de literatura. R Odontol Planal Cent. 2020 Jan-Jun;10(1):10-18.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Renata Aparecida Silva Santos
Endereço: Condomínio Terra Park, Avenida Hélio Rodrigues de Queiroz, Rua das Palmeiras, Quadra 01, Lote 30, Luziânia-Go, CEP 72805-140

E-mail: renata21ssantos@gmail.com

Categoria: Revisão de literatura
Área: Odontopediatria

Introdução

O fenômeno conhecido pelo termo bruxismo, surgiu no ano de 1907, e teve sua origem da palavra *Brychein* que tem por significado apertar ou ranger dos dentes, e da palavra *Mania*, com significado de compulsão. Na literatura odontológica o termo *Bruxomania*, foi citado por dois

pesquisadores, Pietkiewicz e Marie. E somente no ano de 1931, o termo foi adequado para bruxismo¹.

O bruxismo é definido como uma atividade muscular parafuncional que envolve os músculos mastigadores, podendo ocorrer durante o sono ou vigília. Ele pode ser caracterizado ainda como cêntrico e excêntrico (apertar e ranger respectivamente), causando danos ao sistema estomatognático^{2,3}.

A etiologia dessa parafunção é de origem multifatorial podendo estar relacionado a fatores sistêmicos, ambientais, psicológicos e hereditário, podendo também estar ligado a parossonias¹⁻³. Apresentando sinais e sintomas como: o ranger dos dentes, que causam ruído no momento da atrição, desgaste e fraturas nas estruturas dental, mais comum em esmalte, nas faces oclusais e incisais, causado pelo aumento das forças oclusais, que resultam em cargas extras para dentição, causando hipersensibilidade e mobilidade dentária, retração ou inflamação gengival e reabsorção do osso alveolar e entre outros ainda, a hipertrofia do músculo masseter, a cefaleia e dores orofaciais^{1,6-10}.

Ainda com relação aos fatores etiológicos, o bruxismo também pode ser classificado como primário ou secundário. Sendo classificado como bruxismo primário

quando não há indícios de sua causa e bruxismo secundário quando associado ao uso de medicamentos com efeitos psíquicos, a distúrbios do sono, drogas e desordens médicas^{2,4,11}.

De acordo com Machado et al. (2014)¹², a etiologia do bruxismo é multifatorial, com atuação do SNC (sistema nervoso central), com associações de ordem genética e psicossocial.

Alguns autores acreditam que fatores comportamentais relacionados aos aspectos emocionais como a ansiedade, o estresse e a hiperatividade, estão ligados ao desenvolvimento do bruxismo^{13,14}.

De acordo com os estudos, para avaliar a relação dos fatores psicossociais com bruxismo, alguns pesquisadores obtiveram resultados que demonstraram que as características da personalidade e condições emocionais como depressão, ansiedade e estresse estavam ligadas ao desenvolvimento do bruxismo¹⁵.

Apesar da inconclusividade na etiologia do bruxismo, alguns pesquisadores sugerem que sua etiologia, também esteja ligada a fatores psicossociais, socioeconômicas e culturais¹⁶.

Com base nos dados obtidos através da revisão de literatura, este trabalho teve por objetivo buscar o conhecimento quanto ao diagnóstico e tratamento do bruxismo na infância, a fim de esclarecer e oferecer opções de tratamento mais seguros e eficazes.

Revisão da Literatura

Por meio da revisão de literatura, tendo por objetivo avaliar o bruxismo infantil e suas variáveis, é possível verificar que o bruxismo é considerada a atividade parafuncional que mais causa danos no sistema estomatognático. O bruxismo tem trazido preocupação para os cirurgiões-dentistas, não só com relação ao desgaste e ao trauma dentário, mas devido ao grande impacto negativo na qualidade de vida e por ser um fator de risco para desenvolvimento de disfunções temporomandibulares (DTM)^{2,17} conforme FIGURA 1.



FIGURA 1 - Imagem intrabucal de uma criança na dentição decídua com desgaste provocado por bruxismo. Fonte: www.vidadedentista.com.br.

Nos estudos feitos por Simões-Zenari et al.¹⁷, para investigar os fatores associados ao bruxismo, feito com 141 crianças de 4 a 6 anos de idade, observou-se que a criança que dormia um número de horas insuficiente, assim como o recomendado para cada idade, estava associado ao bruxismo e com um risco cinco vezes maior, com relação a outras crianças. Reafirmando essa correlação, estudos feitos por Nahás-Scocate et al.¹⁸, descrevem que crianças com o sono agitado, apresentam maior predisposição ao bruxismo.

Ainda com relação a má qualidade do sono e o bruxismo, Serra-Negra et al.¹⁹, em seus estudos feitos com 183 estudantes de odontologia brasileiros com idade entre 17 e 46 anos, também verificaram que a má qualidade do sono foi um fator importante no desenvolvimento do bruxismo diurno e noturno.

Quando se tratando da associação do bruxismo aos hábitos orais deletérios, Simões-Zenari et al.¹⁷, observaram em seus estudos que o mesmo estava relacionado a sialorreia, ao uso de chupeta, ao ato de roer unhas (onicofagia) e morder os lábios. Sendo que, no uso da chupeta, a criança tem sete vezes maiores chances de desenvolver o bruxismo.

Com relação a outros fatores que podem levar o indivíduo a desenvolver o bruxismo, é possível citar o uso de alguns medicamentos para tratar o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade), um transtorno neurocomportamental com início na infância, que caracteriza-se por um conjunto de sintomas que envolvem hiperatividade motora, impulsividade e desatenção. Estudos mostram que crianças com TDAH, tratadas com o uso de medicamentos, apresentaram uma probabilidade maior de desenvolver o

bruxismo, quando comparadas àquelas que não faziam uso de medicamentos^{12,20}.

Se tratando da ação medicamentosa, em estudos, foram obtidos resultados, que mostraram que pacientes psiquiátricos em uso de fármacos de ação psicotrópica (receptores de dopamina), apresentaram maior desgaste dentário, causado pelo bruxismo. Se tratando de ação a nível do SNC (sistema nervoso central), há indícios da participação neural dopaminérgica, como o mais importante neurotransmissor ligado ao bruxismo do sono^{9,11}.

Alguns estudos indicam que o bruxismo do sono também esteja ligado a um sono fragmentado, sendo articulado pela ação de neurotransmissores no SNC, tendo como principal a dopamina (neurotransmissor monoaminérgico)^{9,21}.

Um estudo transversal sociodemográfico e psicossocial, feito por Gomes *et al.*¹⁶, para avaliar os fatores associados ao bruxismo do sono em crianças com idade pré-escolares. O estudo foi feito através de questionários aplicados aos pais e avaliações clínicas bucais. Foram encontradas associações do bruxismo ao desgaste dentário e a má qualidade do sono. Sendo o desgaste dentário um dos sinais mais encontrados em crianças. Porém somente a observação do desgaste dessas estruturas, não confirmam o diagnóstico do bruxismo do sono, pois ele pode também estar associado a outros sinais e sintomas.

Nahás-Scocate *et al.*⁴, em uma pesquisa para avaliar a associação do bruxismo a características oclusais, a má qualidade do sono e a cefaleia, foram selecionadas de uma escola em Tatuapé-SP, 937 crianças de 2 a 6 anos e 11 meses de idade. Como método de diagnóstico, foram utilizados questionários respondidos pelos pais/responsáveis e exames clínicos feitos pelos profissionais, onde foram obtidos resultados que mostraram que crianças como sono agitado tinham 2,4 vezes mais chances de desenvolver o bruxismo e 1,6 vezes mais chances quando relacionado a cefaleia, porém não houve nenhuma associação do bruxismo aos aspectos oclusais no sentido anteroposterior.

Nahás-Scocate *et al.*¹⁸, em seus estudos para avaliar a prevalência de bruxismo com a presença de mordida cruzada

posterior, selecionaram 940 crianças de 2 a 6 anos de idade, onde os dados coletados foram por meio de questionários respondidos por pais ou responsáveis, exame clínicos, para obter as características oclusais. E foram obtidos através deste estudo resultados que mostraram a associação do bruxismo a sono agitado com 2,1 vezes mais chances de desenvolver o bruxismo e a associação do bruxismo com a cefaleia com 1,5 vezes mais chances de desenvolver essa parafunção, e nenhuma relação da mordida cruzada posterior ligada ao bruxismo. Porém acredita que há uma limitação para chegar aos fatores etiológicos do bruxismo infantil, devido a poucos estudos aplicados, e com padrões, que possam definir a associação entre o bruxismo e seus fatores etiológicos.

Definições

É definido como uma atividade muscular parafuncional que envolve os músculos mastigadores, podendo ocorrer durante o sono ou vigília^{2,3,10}. De origem multifatorial relacionado a vários fatores como: sistêmicos, hereditário, ambiental, ocupacional e psicológicos, podendo também estar associada a parossonias^{1,3,4,14}.

a) Fatores sistêmicos

Condições sistêmicas respiratórias como bronquite, asma e rinite alérgica, estão sendo avaliadas em alguns estudos como fator predisponente para o desenvolvimento do bruxismo. Sendo assim, estudos feitos por Motta *et al.*²², com 90 crianças de 4 a 7 anos de idade, avaliou a associação dos problemas respiratórios ao bruxismo, obtendo como resultado, uma significativa relação como o bruxismo.

Alguns autores concluíram que as crianças que dormiam menos que oito horas por noite, em ambientes iluminados e expostos ao barulho eram mais propensas ao desenvolvimento do bruxismo¹⁶.

Estudos feitos por Nahás-Scocate *et al.*⁴, através de dados coletados por meio de questionários e exames clínicos, onde foram selecionadas 937 crianças, de ambos gêneros, entre 2 e 6 anos de idade, verificou-se que crianças com o sono agitado apresentaram 2,4

vezes mais chances de desenvolverem o bruxismo, e as que apresentavam cefaleias 1,6 vezes mais chances, comparadas as outras crianças, evidenciando uma ligação do fator emocional a etiologia do bruxismo.

Uma associação entre o Bruxismo do Sono (BS) e a Apneia Obstrutiva do Sono (SAHOS), em alguns estudos, tem mostrado uma associação entre as mesmas, podendo ocorrer numa média de 50% dos pacientes, porém se apresenta dessa forma, somente nos casos mais leves e moderados da apneia obstrutiva do sono, sendo que os episódios de bruxismo do sono, ocorrem no período do término obstrutivo respiratório⁶.

b) Fatores psicológicos

O estresse, a ansiedade, a hiperatividade, o déficit de atenção, a depressão e os distúrbios do sono, são os maiores fatores psicológicos encontrados em crianças com bruxismo. Geralmente essas crianças apresentam comportamentos mais agitados^{1,15,20}.

Estudos feitos por Simões-Zenari *et al.*¹⁷, apontam que crianças que possuem hábitos deletérios como a onicofagia, o ato de morder lábios, e sucção não-nutritiva (chupeta e digital), estão mais propensas a desenvolver essa parafunção. Sendo que as crianças que faziam uso da chupeta apresentaram um risco sete vezes maior com relação as outras crianças.

c) Fatores hereditários ou genéticos

Com relação aos fatores de ordem genética, em estudos foi confirmado que o bruxismo apresenta com significância uma relação a predisposição genética, porém sem exatidão com relação ao mecanismo de transmissão^{1,3,21}.

d) Fatores ambientais

Em uma pesquisa feita com crianças com bruxismo do sono associado a exposição do cigarro verificou-se que as crianças expostas frequentemente a fumaça do cigarro, apresentaram sinais e sintomas do bruxismo. A explicação científica é que fumaça ao ser inalada pela criança no ambiente, faz com que ela seja exposta a nicotina,

substância capaz aumentar a liberação de dopamina no organismo, um neurotransmissor responsável por várias sensações e sentimentos²³.

e) Fatores ocupacionais

Tais fatores podem estar relacionados a ambientes ou atividades que causam estresse. Os fatores psicossociais são considerados um dos aspectos mais relacionados ao bruxismo, se tratando de situações de exposição a ansiedade e ao estresse¹⁶.

Segundo Serra-Negra *et al.*²⁴, em seus estudos feitos com crianças entre 7 a 10 anos de idade, de escolas públicas e privadas, para avaliar a prevalência do bruxismo ligada a fatores psicossociais, os resultados mostraram que crianças com excesso de responsabilidade, altos níveis de irritabilidade e emoções negativas, eram classificadas com uma propensão duas vezes maior a desenvolver o bruxismo.

Prevalência

Se tratando da prevalência de bruxismo em crianças, há uma incerteza quando equiparamos resultados de estudos científicos, por tratarem métodos distintos, resultando em diferentes conclusões. Vários são os fatores relacionados ao bruxismo, porém Diniz *et al.*¹, acredita que a prevalência do bruxismo tem sido mais comum em crianças de idade pré-escolar.

Segundo Serra-Negra *et al.*²⁴, em uma pesquisa realizada com crianças de 7 a 10 anos de idade, feita através de questionários respondidos pelos pais, onde respondiam a perguntas relacionadas aos sinais e sintomas do bruxismo, e se os mesmos eram notados em seus filhos, além de outras perguntas relacionadas ao bruxismo, concluiu-se que a prevalência do bruxismo, nesta idade foi de 35,3%.

Porém, Machado *et al.*¹², com seus estudos acreditam que os resultados se diferem nas prevalências, por se tratar de estudos com diferentes critérios, ou seja sem uma padronização, o que dificulta a precisão da prevalência do bruxismo.

Diagnóstico

O diagnóstico do bruxismo retrata como um grande desafio para a odontologia, principalmente quando se tratando de crianças e por ser de origem multifatorial. Para que se tenha um diagnóstico confiável é preciso avaliar fatores fisiopatológicos, morfológicos e psicossociais. Ele depende não só do histórico do paciente, ou seja de uma boa anamnese, mas também de uma avaliação clínica dos desgastes das estruturas dentárias e dos músculos mastigatórios, para ver se há presença de hipertrofia e dores na articulação^{6,12,25}.

Além da avaliação clínica, como método alternativo para diagnóstico do bruxismo, há o exame polissonográfico, que avalia atividades rítmicas noturnas dos músculos mastigatórios no paciente, durante o sono, porém não é muito utilizado para esse fim, pela complexidade relacionada ao valor e a dificuldade de se dormir em um laboratório do sono, o que se torna ainda mais difícil utilizar em crianças^{12,21,25,26}.

Tratamento multidisciplinar

Sabe-se que a etiologia do bruxismo é de origem multifatorial, sendo assim atualmente o tratamento do bruxismo tem sido adotada de forma multidisciplinar, sendo proposto por alguns autores, a escolha do tratamento conforme o fator etiológico e os seus sinais e sintomas apresentados, trabalhando de forma individualizada^{17,22,27}.

O tratamento do bruxismo, com relação aos fatores psicológicos, deve ser trabalhado de maneira a controlar o estresse, buscando os fatores motivacionais dessas tensões, que levam ao desenvolvimento do bruxismo^{3,24,25}.

Alfaya *et al.*⁸, em seu estudo de caso clínico, com paciente de 9 anos de idade, que tinha como queixa principal a cefaleia e apertamento dentário (bruxismo), como forma de tratamento, foi tratado com a placa oclusal, onde apresentou como resultado, uma excelente terapia para a resolução da cefaleia. No entanto, verificou-se ainda a necessidade de mais estudos clínicos de longo prazo, para buscar a melhor forma de tratar o

bruxismo infantil.

De acordo com Giannasi *et al.*²⁸, em seus estudos, onde foram selecionadas 9 crianças para avaliação, onde as mesmas apresentavam sinais e sintomas como: dor de cabeça, respiração bucal, ronco e bruxismo, como forma de tratamento foram aplicados o uso de placas oclusais em resina acrílica na maxila, por um prazo de 90 dias. Após esse período, foram verificados resultados positivos, diminuindo o bruxismo e os outros sinais e sintomas citados, conseqüentemente, evitando o desgaste das estruturas dentárias.

Restrepo *et al.*²⁹, investigaram a efetividade de duas técnicas de relaxamento muscular direto (técnica psicológica) e reação competente em crianças com bruxismo. Foram selecionadas para o estudo total de 33 crianças de 3 a 6 anos de idade, com característica oclusais, sem hábitos orais e com pelo menos um tipo de desordem temporomandibular. Os resultados vistos nos pacientes, foi a redução no nível de ansiedade e desordem temporomandibular, com resultados positivos estatisticamente. Concluindo-se que as técnicas psicológicas foram efetivas na redução dos sinais do bruxismo em crianças com dentição decídua.

Restrepo *et al.*³⁰, em seus novos estudos, quiseram avaliar a eficácia das placas oclusais em crianças bruxômeras, com 3 a 6 anos de idade. Com a aplicação desse tratamento, as mesmas apresentaram com o uso redução no desgaste dental, nas desordens da ATM e na redução da ansiedade. Porém concluíram que o uso das placas oclusais rígidas não foi eficiente, como um todo, na redução dos sinais do bruxismo, mas reduziu o desvio da mandíbula durante a abertura.

Alguns autores acreditam que técnicas psicológicas podem ser utilizadas como um dos principais tratamentos para eliminar o bruxismo, quando sua etiologia é de ordem psicológica, já que o tratamento psicológico, em sua forma terapêutica, trabalha o relaxamento, controlando e diminuindo o estresse do paciente, considerado um fator predisponente para o desenvolvimento do bruxismo²¹.

Se tratando do aspecto comportamental, Alóe *et al.*¹¹ consideram que como forma de tratamento, para alívio dos

sintomas causados pelo bruxismo, podem ser usadas técnicas de hipnose, de relaxamento e higiene do sono. Ele afirma que não há tratamento farmacológico específico e efetivo a longo prazo, considerando que alguns fármacos podem causar dependência e intolerância medicamentosa.

De acordo com Macedo *et al.*²¹, não há um tratamento único para o bruxismo, nem mesmo a cura, e a forma de tratamento discutida depende do fator etiológico, fazendo-se necessário um tratamento de forma individual e multidisciplinar, para obter resultados mais positivos e eficazes. E que quando necessário estabelecer tratamento com fármacos, os mesmos devem ser adotados em casos de bruxismo com episódios frequentes e com mais gravidade, sugerindo o uso de relaxantes musculares, antidepressivos, benzodiazepínicos e beta-bloqueadores.

Estudos epidemiológicos, apontam que o bruxismo tem sua origem no SNC (sistema nervoso central), estando associado a vários fatores predisponentes, tendo como um deles o estresse, estado emocional de difícil controle. Desta forma alguns pesquisadores acreditam que não há evidências científicas pertinentes que sustente o tratamento do bruxismo em crianças³¹.

De acordo com as observações feitas por alguns pesquisadores através da revisão da literatura, é possível definir que se faz importante o diagnóstico precoce e a implantação do tratamento de forma multidisciplinar.

Discussão

Sabe-se que a etiologia do bruxismo é de origem multifatorial, podendo estar relacionado a fatores sistêmicos, ambientais, psicológicos e hereditários, podendo também estar associados a parossônias, e devido à prevalência do bruxismo do sono em crianças, o diagnóstico correto e precoce é de suma importância, para poder traçar um bom plano de tratamento, afim de melhorar a qualidade de vida da criança^{1,3,4,12,14}.

Com relação ao tratamento, em um apanhado de estudos feitos por vários pesquisadores, verifica-se as diferentes formas de tratamento e seus resultados na

eliminação ou diminuição dos sinais e sintomas do bruxismo.

Nos estudos feitos por Serra-Negra *et al.*^{24,25} e nos estudos feitos pelos pesquisadores Gama *et al.*³, para verificar a relação do bruxismo com fatores psicológicos, tais pesquisadores acreditam que quando o bruxismo está relacionado a esse fator, para obter-se um bom resultado, o tratamento deve ser trabalhado de maneira a controlar o estresse, de forma a buscar os fatores motivacionais dessas tensões, que levam ao desenvolvimento do bruxismo, para obter um resultado melhor.

Nos estudos feitos por Restrepo *et al.*²⁹ com 33 crianças, de 3 a 6 anos de idade que apresentavam pelo menos um tipo de desordem temporomandibular, onde foram usadas técnicas psicológicas de relaxamento muscular, para o tratamento do bruxismo, verifica-se que as técnicas utilizadas, foram efetivas na diminuição dos sinais e sintomas do bruxismo. Porém já em 2011, Restrepo *et al.*³⁰, em seu novo estudo, ainda com crianças de 3 a 6 anos de idade que apresentavam bruxismo, eles utilizaram uma nova técnica para o tratamento, o uso de placa oclusal e seus resultados não foram positivos com relação aos sinais do bruxismo, porém houve redução nas desordens da ATM.

Então Giannasi *et al.*²⁸, em seus estudos com crianças bruxômeras, assim como Restrepo *et al.*³⁰, também optaram como forma de tratamento para o bruxismo, o uso de placas oclusais confeccionadas com resina acrílica. Porém Giannasi *et al.*²⁸ utilizaram um protocolo diferente, indicando o uso da placa por um período de 90 dias, verificando-se que houve nessa escolha de tratamento resultados melhores, atuando na diminuição dos sinais e sintomas causados pelo bruxismo, como o ranger dos dentes e cefaleia, melhorando até o humor das crianças avaliadas, sendo assim considerado um tratamento com resultados positivos.

E Alfaya *et al.*⁸, em seu estudo de caso clínico, com um paciente de 9 anos de idade, que apresentava como queixa principal a cefaleia e apertamento dentário, como forma de tratamento, também aplicaram o uso da placa oclusal, que resultou como uma excelente terapia para a cefaleia, reduzindo seu sintoma. Entretanto notou-se a necessidade de mais estudos clínicos a longo

prazo, para buscar uma forma melhor de tratar o bruxismo infantil, o que nos faz entender, que seus estudos comparados aos estudos de Restrepo *et al.*³⁰ e Giannasi *et al.*²⁸, com a mesma forma de tratamento, o uso da placa oclusal, ele não obteve resultados tão positivos quanto aos deles.

Alóe *et al.*¹¹ acreditam que com relação ao tratamento para o bruxismo, não há um tratamento exclusivo para essa parafunção, nem a cura e afirma que não há tratamento farmacológico específico e efetivo a longo prazo para esse tipo de parafunção, considerando que alguns fármacos podem causar dependência e intolerância medicamentosa.

Macedo²¹ acredita que não há um tratamento único para o bruxismo, nem mesmo a cura, porém acredita que a forma de tratamento discutida depende do fator etiológico, fazendo-se necessário um tratamento de forma individual e multidisciplinar, para obter resultados mais positivos e eficazes. E que quando faz-se necessário o uso de fármacos para ajudar no tratamento do bruxismo, os medicamentos devem ser indicados em casos mais graves e com frequentes episódios de bruxismo, sugerindo o uso de relaxantes musculares, antidepressivos, benzodiazepínicos e betabloqueadores.

E de acordo com os pesquisadores Ortega e Guimarães³¹, em seus estudos, acredita-se que não há evidências científicas pertinentes, que sustente o tratamento do bruxismo em crianças.

Conclusão

Com base nos artigos revisados para finalização deste trabalho, concluiu-se que o bruxismo é uma atividade parafuncional de etiologia e diagnóstico complexos e que não há um tratamento único para o bruxismo infantil, nem mesmo a cura, e que a forma de tratamento discutido depende do fator etiológico, fazendo-se necessário um tratamento de forma individual e multidisciplinar.

Childhood bruxism: The importance of diagnosis and treatment: Literature review

Abstract

The objective of this study was to investigate the diagnosis and treatment of bruxism in childhood in order to clarify and offer safer and more effective treatment options. Bruxism is a muscular rhythmic masticatory activity characterized by grinding and clenching the teeth. This article presents a review of literature, done with electronic searches on the websites Scielo and Pubmed. It was concluded that bruxism is a parafunctional activity of complex etiology and diagnosis, that there is no single treatment for infant bruxism, not even a cure, and that the form of treatment discussed depends on the etiological factor, making an individual and multidisciplinary treatment necessary.

Descriptors: Bruxism. Oral habits. Sleep bruxism. Etiology. Diagnosis.

Referências

- Diniz MB, Silva RC, Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(3):329–34.
- Gonçalves LPV, Toledo OA, Otero SAM. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press J. Orthod.* 2010;15(2):97-104.
- Gama E, Andrade AO, Campos RM. Bruxismo: Uma revisão da literatura (Bruxism: Literature review). *Ciênc Atual–Rev.* 2013;1(1):16-97.
- Nahás-Scocate ACR, Trevisan S, Junqueira TH, Fuziy A. Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2012;66(1):18–23.
- Feitosa GMA, Félix RCR, Sampaio DC, Vieira-Andrade RG, Santos CCO, Fonseca-Silva T. Perfil do comportamento características do sono e sintomatologia. *J Dent Public Health.* 2016;7(2):94-104.
- Sander HH, Pachito DV, Vianna LS. Outros distúrbios do sono na Síndrome da Apnéia do Sono. *Med Ribeirao Preto Online.* 2006;39(2):205–11.
- Pizzol K, Carvalho JCQ, Konishi F, Marcomini EMS, Giusti JSM. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. *Rev Odontol UNESP.* 2006;35(2):157–63.
- Alfaya TA, Tannure PN, Barcelos R, Dip EC, Uemoto L, Gouvêa CVD. Clinical management of childhood bruxism. *RGO-Rev Gaúcha Odontol.* 2015;63(2):207–12.
- Morais DC, de Oliveira AT, Monteiro AA, Alencar MJS. Bruxismo e sua relação com o Sistema Nervoso Central: Revisão de Literatura. *Rev Bras Odontol.* 2015;72(1/2):62-5.
- Souza KM, Silva JWG, Lemos AD, Lins RDAU. Bruxismo infantil: prevalência, etiologia, diagnóstico e tratamento uma abordagem literária:[revisão]. *Ortho Sci Orthod Sci Pr.* 2010;3(10):145–49.
- Alóe F, Gonçalves LR, Azevedo A, Barbosa RC. Bruxismo durante o sono. *Rev Neurociências.* 2003;11(1):4–17.
- Machado E, Dal-Fabbro C, Cunali PA, Kaizer OB. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review. *Dent Press J Orthod.* 2014;19(6):54–61.
- Shinkai RSA, Santos L de M, Silva FA, Santos MN dos. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1998;12(1):29–37.
- Feitosa GMA, Félix RCR, Sampaio DC, Vieira-Andrade RG, Santos CCO, Fonseca-Silva T. Bruxismo na Infância: perfil de comportamento, características do sono e sintomatologia. *Rev Bahiana Odontol.* 2016;7(2):94–104.
- Ferreira-Bacci AV, Cardoso CLC, Díaz-Serrano KV. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Braz Dent J.* 2012;23(3):246–251.
- Gomes MC, Neves ÉT, Perazzo MF, Souza EGC, Serra-Negra JM, Paiva SM, et al. Evaluation of the association of bruxism, psychosocial and sociodemographic factors in preschoolers. *Braz Oral Res.* 2018;32:e009.
- Simões-Zenari M, Bitar ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono Rev Atualização Científica.* 2010;22(4):465–72.
- Nahás-Scocate ACR, Coelho FV, Almeida VC. Bruxism in children and transverse plane of occlusion: Is there a relationship or not? *Dent Press J Orthod.* 2014;19(5):67–73.
- Serra-Negra JM, Scarpelli AC, Tirsá-Costa D, Guimarães FH, Pordeus IA, Paiva SM. Sleep bruxism, awake bruxism and sleep quality among Brazilian dental students: a cross-sectional study. *Braz Dent J.* 2014;25(3):241–7.
- Oliveira GAS, Beatrice LCS, Leão SFS. Reabilitação oral em pacientes com bruxismo: o papel da Odontologia Restauradora/Oral rehabilitation in bruxist patients: restorative dentistry profile. *IJD Int J Dent.* 2007;6(4):117–123.
- Macedo CR. Bruxismo do sono. *Rev Dent Press Ortod E Ortop Facial.* 2008;13(2):18–22.
- Motta LJ, Bortoletto CC, Marques AJ, Ferrari RAM, Fernandes KPS, Bussadori SK. Association between respiratory problems and dental caries in children with bruxism. *Indian J Dent Res.* 2014;25(1):9.
- 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;21:392-395.
- Serra-Negra JM, Ramos-Jorge ML, Flores-Mendoza CE, Paiva SM, Pordeus IA. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. *Int J Paediatr Dent.* 2009;19(5):309–17.
- 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;31(3):153.
- Cunali RS, Bonotto DMV, Machado E, Hilgenberg PB, Bonotto D, Farias AC, et al. Bruxismo do sono e disfunções temporomandibulares: revisão sistemática. *Rev Dor.* 2012;13(4):360–4.
- Winocur E, Gavish A, Voikovitch M, Emodi-Perlman A, Eli I. Drugs and bruxism: a critical review. *J Orofac Pain.* 2003;17(2):99-111.
- Giannasi LC, Santos IR, Alfaya TA, Bussadori SK, de Oliveira LVF. Effect of an occlusal splint on sleep bruxism in children in a pilot study with a short-term follow up. *J Bodyw Mov Ther.* 2013;17(4):418–22.
- 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;28(4):354–60.

30. Restrepo CC, Medina I, Patiño I. Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxist children. *Eur J Dent.* 2011;5(4):441.
31. Ortega AOL, Guimarães AS. Fatores de risco para disfunção temporomandibular e dor orofacial na infância e na adolescências. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2013;67(1):14–7.