Bruxismo na infância e adolescência: Revisão de literatura

Thalia Ariadne Fernandes **BONIFÁCIO**[1], Renan Bezerra **FERREIRA**[2], Letícia Diniz Santos **VIEIRA**[3]

Resumo

O Bruxismo e/ou Briquismo é um transtorno/disfunção de movimentos involuntários que acarretam desgastes dentários e outras consequências causando alterações bucais e sociais em crianças e adolescentes. Têm-se tornado comum e frequente crianças com aparecimento de bruxismo, onde o impacto na qualidade de vida delas tem sido negativo, afetando principalmente na condição do sono. Este presente trabalho teve como objetivo uma revisão de literatura com base nos artigos científicos dos últimos 05 anos acerca do bruxismo em crianças e adolescentes. Foi abordada uma revisão de literatura, com definição, classificação, subtipos, fatores etiológicos, diagnósticos, tratamento e prevalência do descrito como bruxismo. Concluiu-se que, o bruxismo em crianças e adolescentes possui etiologia multifatorial com predomínio noturno (bruxismo do sono), maior prevalência em gênero masculino acarretando diversos problemas bucais, funcionais, sociais e psicológicos. O diagnóstico e o tratamento são individualizados e de abordagem multiprofissional cuja intervenção precoce quando bem direcionada beneficia o paciente melhorando sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Bruxismo. Saúde Bucal. Qualidade de Vida.

[1] Acadêmico em Odontologia no Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – UNICEPLAC-DF.

[2] Mestre em Odontopediatria pela São Leopoldo Mandic Campinas- SP. Especialista em Odontopediatria e Ortodontia pela HODOS UNINGÁ-DF, Professor de Saúde Coletiva e Odontopediatria do Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos- UNICEPLAC-DF.

[3] Pós doutora em Biofotônica pela UNINOVE-SP, Doutora em Odontopediatria pela UNICSUL-SP, Especialista em Odontopediatria pela APCD-SP, Especialista em Ortodontia pela HODOS-UNINGÁ-DF, Mestre em odontopediatria pela São Leopoldo Mandic - SP, Coordenadora de Odontopediatria da HODOS-UNINGÁ-DF, Professora de Odontopediatria e membro do NDE do Centro Universitário do Planalto central Apparecido dos Santos- UNICEPLAC-DF. Habilitada em Óxido Nitroso e Laser pela ABO-DF, Certificada em CardioEmotion pela Intelectus-SP.

Como citar este artigo: Bonifácio TAF, Ferreira RB, Vieira LDS. Bruxismo na infância e adolescência – Revisão de Literatura. R OdontolPlanal Cent. 2020.

- 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: Thalia Ariadne Fernandes Bonifácio
Endereço: Qsd 33 casa 18. Taguatinga - Sul. Brasília – DF.
E-mail: thaliafernandes.odonto@gmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Odontopediatria

Introdução

O bruxismo também é conhecido por Bruxomania, Briquismo e Abrasão[1], e é definido como um hábito involuntário e mórbido de ranger/apertar os dentes por uma atividade repetitiva do movimento dos músculos mastigadores[1-6], ou como a própria literatura odontológica define, são movimentos não funcionais da mandíbula[1], sendo caracterizados como rítmicos (fásica) ou não rítmicos (tônica)[4] e conduzidos por contrações rítmicas do músculo masseter e de outros músculos da mastigação[5].

Pode ser organizado em dois tipos de bruxismo, o diurno (vigília) e o noturno (sono) e acomete todas as faixas etárias e em ambos os sexos[1,2,7] sendo classificado em bruxismo primário ou idiopático, onde não se tem uma causa aparentemente evidente, seja ela médica, sistêmica ou psiquiátrica, e o bruxismo secundário em que é associado a um transtorno clínico, neurológico ou psiquiátrico, associado a retirada de substâncias ou medicamentos, ou a outros transtornos do sono[1-5,7].

O diagnóstico deverá ser estabelecido com base nos possíveis fatores etiológicos, e não apenas nos exames clínicos. Todas essas informações constituem um protocolo de avaliação-padrão, sendo assim o estresse, a ansiedade e características de personalidade serão considerados a fim de se obter um melhor entendimento no desenvolvimento deste distúrbio[6].

Bruxismo é descrito em adultos e frequentemente na infância e adolescência[5], ocasionando inúmeros danos ao sistema estomatognático, porém este hábito torna-se comum até aos seis anos de idade devido ao organismo estar em preparação para a troca de dentes (dentição mista), e acomodando os mesmos na arcada bucal[7].

Em geral, e por motivos diversos, hábitos bucais podem se desenvolver em crianças com pouca idade, causando um desequilíbrio

tanto em função bucal como em seu crescimento. O bruxismo é estudado em diversos trabalhos científicos, devido a sua etiologia bastante diversificada e complexa em que causa danos ao sistema estomatognático, periodonto, músculos, oclusão e a ATM[8].

O bruxismo é um problema negativo na qualidade de vida das crianças e adolescente de ambos os sexos, e deverá ser diagnosticado e conhecido pelo cirurgião-dentista, assim como se deve informar aos responsáveis sobre tal disfunção, onde conseguirão identificar em seus filhos possíveis alterações, levando-os ao cirurgião-dentista prevenindo assim futuras complicações[9].

Sendo assim, este artigo objetivou revisar a literatura baseada em evidências nos últimos 05 anos sobre o bruxismo em crianças e adolescentes na base de dados da Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Nacional de Medicina (PUBMED).

Revisão de literatura

Definição

O termo bruxismo data de 1907, utilizado por Marie e Pietkeiwiez como "*labruxomanie*" (bruxomania) e tem sua origem da palavra grega "*brychein*" que significa triturar ou ranger os dentes com a terminação *mania*, cuja definição é compulsão. Devido a este último termo a palavra foi adaptada, e atualmente é conhecida como bruxismo[1]. É definida por uma atividade repetitiva do movimento dos músculos mastigadores[1-6], onde são conduzidos por contrações rítmicas do músculo masseter e de outros músculos da mastigação[5].

É uma patologia multifatorial, que tanto adulto quanto crianças são afetadas, e possui características clínicas e etiológicas bastante diversificadas[1]. O bruxismo é um hábito que ocorre em todas as idades, e ocasiona inúmeros danos ao sistema estomatognático[7].

Existem dois tipos de bruxismo: o do sono e o diurno, nos quais se diferenciam por envolver distintos estados de consciência, ou seja, em um o paciente estará dormindo (sono) e no outro acordado (vigília)[3], podendo ser nomeado também como excêntrico, ocorrendo mais frequentemente durante a noite, pelo

ranger de dentes causando ruídos e o cêntrico, ocorrendo sem ruídos e mais comum durante o dia. Considera-se mais destrutivo (cêntrico) devido às forças serem menos toleradas e contínuas. Torna-se impossível para o bruxista reproduzir quaisquer sons relacionados ao bruxismo noturno, pois os ruídos são tão altos que se torna difícil repeti-los conscientemente[1].

Segundo a International Classification of Sleep Disorders (ICSD) a definição do bruxismo noturno (sono) como uma desordem na categoria das parassonias ou distúrbios que interferiam no sono, não apresentaram associação com as queixas de insônia ou sonolência[4].

Danos ao sistema mastigatório, desordens temporomandibulares e sinais clínicos foram observados com bruxismo, foram citadas: dores musculares, dores de cabeça, desgastes dentários, prejuízo aos tecidos periodontais, problemas respiratórios, distúrbios do sono e prejuízos na fala[6].

Todas essas consequências tiveram fator etiológico multifatorial, sendo ponderado como fisiológico, neurológico ou patológico[7].

As alterações que ocorrem na musculatura mastigatória estão diretamente ligadas aos reflexos do bruxismo na articulação temporomandibular (ATM) o desconforto e a dor são queixas recorrentes do paciente. O ruído na ATM é contínuo em crianças com disfunção temporomandibular (DTM), e existe associação entre a presença desse ruído articular com o bruxismo, estes ruídos ocorrem tanto na abertura como no fechamento mandibular, e são simples (estalido) e múltiplos (crepitação)[10].

Crianças bruxistas apresentam um índice de maior ansiedade do que aquelas que não apresentam o bruxismo, e junto com a angústia são diagnosticados em maior grau em pacientes bruxistas. A ansiedade é um transtorno iterado que se desenvolve na infância e crianças bruxistas tendem a apresentarem sintomas de ansiedade e crises nervosas. Entende-se que a ansiedade infantil pode ocorrer por razões de sua presença no ambiente circundante e é instigado por fatores sociais como lições de casa e tarefas domésticas[11].

O bruxismo é constante na infância e na adolescência,

acometendo ambos os sexos, no entanto, crianças podem desenvolver o bruxismo por motivos diversos, afetando assim o equilíbrio entre função e desenvolvimento[5].

Há uma preocupação progressiva nos últimos anos devido ao abalo negativo na qualidade de vida das crianças e por ser uma ameaça para desordens temporomandibulares. Menciona-se que é mais comum em crianças o bruxismo do sono, mesmo não sendo atípico em adultos e com ocorrência diminuída em idosos[12].

Há uma necessidade em se atentar nessa parafunção durante a infância, pois, ao longo dos anos perdura até a fase adulta. Crianças com asma ou rinite, ou qualquer obstrução das vias aéreas superiores ou problema respiratório, tende a desenvolver a prática do bruxismo[13].

O tratamento consiste em um trabalho multidisciplinar, que tem a atuação da odontologia, medicina e psicologia, pois pode haver a inevitabilidade de um tratamento médico sistêmico com o uso de medicação ou um acompanhamento psicológico[14].

Classificação e tipos

A classificação do bruxismo foi dividida em primário ou idiopático[3,5,7,9], definido como sem causa aparente[5] ou em outros termos, sem causa médica evidente, sistêmica ou psiquiátrica[3,9]. E secundário, associado a um transtorno clínico, neurológico ou psiquiátrico, relacionado ao uso ou a retirada de substâncias, medicamentos ou a outros transtornos do sono. O bruxismo será cêntrico e excêntrico, sendo assim, diurno e noturno[3,5,7,9].

A subdivisão consiste; em cêntrico (bruxismo diurno ou vigília)[3,5,7,9,15], que está relacionado ao apertamento maxilo-mandibular, quando à pressão exercida sobre os dentes em posição de intercuspidação ou em relação de oclusão cêntrica[5,7,9,15], e é uma atividade involuntária da mandíbula[5], envolvendo os músculos masseter e temporal[9]. E o excêntrico (bruxismo do sono ou noturno)[3,5,7,9,15], relacionado ao apertamento e deslizamento dos dentes, realizando movimentos de lateralidade e látero-protrusivas em um padrão denominado como contração de isotônico. Tem uma atividade inconsciente de ranger[5,7], e uma pressão fora da área de oclusão

habitual, onde existe uma função anormal dos músculos masseter, temporal e pterigóideo[9].

É estabelecido um critério de gravidade e duração do bruxismo do sono no (Quadro 1 e 2) a seguir:

LEVE	MODERADO	GRAVE
•Sem critério de gravidade;	•Todas as noites; •Evidência de lesão; •Comprometimento do funcionamento psicossocial (LEVE);	•Todas as noites; •Evidência de lesão; •Distúrbio da ATM; •Comprometimento do funcionamento psicossocial (MODERADO OU GRAVE).

Quadro 1 – Gravidade do Bruxismo do Sono[13].
Fonte: Quadro adaptado do autor Bracher et al[13].

AGUDA	SUBAGUDA	CRÔNICA
• 7 dias ou menos	• Mais de 7 dias até 1 mês	• 1 mês ou mais

Quadro 2 – Duração do Bruxismo do sono[13].
Fonte: Quadro adaptado do autor Bracher et al[13].

Sendo assim, esse protoclo clínico proposto (Quadro 1 e 2) quanto à gravidade e a duração do bruxismo do sono serão amplamente utilizados[13].

Fatores etiológicos

A causa do bruxismo é muito complexa e indefinida, evidenciando que sua etiologia é multifatorial[7,17], sendo uma combinação de vários fatores; sistêmicos, locais, psicológicos, ocupacionais e hereditários. Alguns fatores tendem a deixar o paciente mais propenso ao surgimento do hábito, o de ranger/apertar de dentes[7].

O estudo sobre a etiologia do bruxismo foi motivo de controvérsia[5,7], porém na literatura se faz uso da associação entre o bruxismo infantil e fatores como: mudanças na dentição, alterações oclusais, distúrbios do sono, bem como os níveis de estresse e ansiedade, ressaltando que as crianças com distúrbios psicológicos apresentam mais possibilidade de desenvolver essa parafunção[5].

O etiológico mais mencionado é o emocional, onde o estresse e a ansiedade são associados a problemas oclusais e considerados fatores de risco. No caso da

ansiedade, que é uma emoção desagradável, a qual se caracteriza por tensão, preocupação e medo, sugere-se que na infância poderá ocorrer ansiedade relacionada a fatores sociais: como dever de casa e tarefas domésticas. Crianças com bruxismo são mais inquietas e apresentam queixas frequentes de esquecimento e memória por terem maior preocupação com atividades escolares[11].

Crianças que fazem o uso de chupeta indicam a existência de respiração oral noturna, associada ao bruxismo. No ato de desapegar da chupeta ao adormecer, a criança tende a ficar de boca aberta ocasionando risco aumentando em torno de sete vezes, e criança com o costume de morder os lábios apresentam risco elevado em cinco vezes para o bruxismo[12].

Houve associações da gravidade de bruxismo do sono (moderado e grave) com sexo, costume de morder os lábios e qualidade do sono das crianças, onde a dor de ouvido e idade é associada a um possível bruxismo moderado do sono, e a prática de morder objetos e dor de cabeça associados a um possível bruxismo grave do sono[18].

No estudo o autor relata que, forte tensão emocional, crises existenciais, problemas familiares, estado de ansiedade, depressão, medo e hostilidade, fase de autoafirmação, provas escolares ou até mesmo a prática de esportes competitivos e campeonatos poderiam ser fatores de origem psicológica e ocupacional para desencadear o bruxismo[14]. Fatores comportamentais (psicológicos) como a ansiedade, estresse e traços da personalidade tem ganhado mais atenção do que fatores locais como a má oclusão[5]. O fator hereditário está relacionado com o aparecimento de bruxismo em crianças e adolescentes, se os pais apresentaram bruxismo na infância, a predisposição dos filhos desenvolverem também é de 1,8 vezes maior[5,7], embora o modo de transmissão seja ainda desconhecido[5].

A seguir, no (Quadro 3) mostra todos os possíveis fatores etiológicos que contribuem para o aparecimento do bruxismo. São fatores locais, psicológicos, associados ao sono, sistêmicos, neurológicos, sociais, etiológicos combinados e os hábitos[15].

Fatores locais:	Discrepâncias oclusais, respiradores bucais (xerostomia) e desordens temporomandibulares;
Fatores associados ao sono:	Movimentos de deglutição durante o sono, desordens do sono relacionadas com o estado emocional, relação com a fase do sono, refluxo gastroesofágico noturno, posição supina durante o sono e apneia obstrutiva durante o sono;
Fatores sistêmicos:	Potencialmente agravado pelo consumo de álcool e alguns tipos de medicamentos, parasitas intestinais, deficiências nutricionais, deficiência de Mg++ e vitaminas, desequilíbrio enzimático na digestão provocando desconforto abdominal crônico, disfunção urológica recorrente persistente, desordens endócrinas, alergias, rinite alérgica ou asma, posição anterior da cabeça devido à disfunção cervical da medula espinhal;
Hábitos:	Hábitos tabágicos;
Fatores Psicológicos:	Estresse emocional, estresse físico, libertação de histamina durante estresse, antecipação do estresse, ansiedade consciente e inconsciente, inabilidade em expressar ansiedade, raiva, sadismo, desejos libidos e agressão, educação parental rígida;
Fatores Neurológicos:	Movimentos mandibulares rítmicos alterados em relação à mastigação e deglutição, níveis alterados de serotonina, função anormal do sistema dopaminérgico, estimulação do sistema límbico, autismo, paralisia cerebral, pacientes comatosos, distúrbio do sistema nervoso central autônomo e periférico;
Fatores sociais:	Privação social e insatisfação com o trabalho;
Fatores etiológicos combinados:	Fatores psicológicos e dentários e fatores somáticos e psicogênicos.

Quadro 3 – Controvérsias do Bruxismo Infantil[15]
Fonte: Quadro adaptado do autor Almeida et al[15].

O estresse infantil se assemelha ao do adulto, porém, com várias manifestações clínicas, sendo assim, é possível que diferentes formas de

estresse tenham efeitos diferentes na criança[17].

Diagnóstico

O bruxismo é uma atividade multifatorial, e seu diagnóstico deve estar focado em identificar os fatores etiológicos e não só os sinais e sintomas[9].

O protocolo de avaliação padrão para um bom diagnóstico deve ser baseado em um excelente questionário (anamnese) que investiga a presença ou não dessa desordem. Na anamnese devem averiguar histórico médico do paciente, modificações sistêmicas e neurológicas, presença de hábitos parafuncionais, averiguar relações sociais e familiares do paciente. Em conjunto com um exame minucioso dos sinais e sintomas clínicos, tecidos moles e da língua, movimentação mandibular, análise da oclusão e exames radiográficos do sistema estomatognático[5,6], a polissonográfia é indicada para a confirmação do diagnóstico em bruxismo[13].

Crianças com bruxismo apresentam sono agitado associados ao hábito de ranger de dentes com ruídos, interferindo negativamente na qualidade do sono[2]. O bruxismo tem relação direta com a dor de cabeça e com o sono agitado, onde evidencia uma forte ligação dos fatores emocionais a este hábito, onde o estresse apresenta uma grande influência sobre o bruxismo infantil[3].

O bruxismo cêntrico é relacionado como ato de morder os lábios, bochechas, língua e chupar dedos, e a produção de sons estridentes no período em que o indivíduo dorme, está relacionado ao bruxismo excêntrico[5].

Costumes orais como mascar brinquedos e lápis, língua protuída e respiração bucal estão relacionados com o bruxismo. Desta forma a anamnese junto com o exame clínico devem ser feitos detalhadamente, quando se tem um diagnóstico prévio, os danos são reversíveis, comparados a um diagnóstico tardio. Ao realizar o exame, muitos pacientes possuem como consequência dores e ruídos na ATM, associados a estes, dores de coluna, zumbidos nos ouvidos (sendo mais comum e confundido com problemas otorrinolaringológicos), redução na amplitude de abertura máxima e desvio no trajeto de abertura

máxima[7].

Além das consequências citadas acima, ao exame clínico pode-se observar: desgastes dentais ou facetas de desgaste, sensibilidade e mobilidade dental, trauma de tecidos moles, dores de cabeça, sensibilidade dos músculos da mastigação, progressão da doença periodontal, distúrbios da articulação temporomandibular[3].

Esses desgastes podem acelerar a rizólise de dentes decíduos e provocar alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes, e são oclusais e/ou incisais, tais facetas observadas no bruxismo são denominadas de lisas (devido ao rangimento) ou rugosas (apertamento), onde acometem mais os dentes anteriores do que os posteriores, principalmente caninos decíduos e permanentes[5].

O sinal mais comum do bruxismo é a presença de desgastes anormais, seja na incisal de anteriores ou oclusal de posteriores, e a primeira estrutura que recebe essa carga parafuncional é o esmalte dentário, tornando essas facetas o primeiro sinal clínico corriqueiro[7]. Estas facetas são lisas ou rugosas, de bordos bem definidos na fase inicial atingindo mais os dentes anteriores do que os posteriores, principalmente caninos decíduos e permanentes[5].

O tipo de aleitamento também irá ter uma correlação com essa parafunção e auxiliar no diagnóstico. Quanto maior o tempo de aleitamento materno e a influência de alguns nutrientes (cálcio, ácido pantotênico e magnésio), menor será a prevalência do bruxismo[8].

Tratamento

O tratamento para essa desordem de movimentos estereotipados e periódicos será discutível[5], e individualizado[3,5,7,8]. O cirurgião-dentista deve oferecer tratamentos que protejam os dentes do bruxismo e que devem ser sempre reversíveis e conservadores[7].

O tratamento deve ser focado em identificar não apenas os sinais e sintomas, mas também os fatores etiológicos[9], deve ser multidisciplinar[3,5,8], envolvendo profissionais como pediatras, psicólogos, odontopediátras e otorrinolaringologistas[3,4].

Recomendam-se três

estratégias para o tratamento do bruxismo: dentário, farmacológico e psicológico ou psico-comportamental[5-9,12,13].

Dentário

O tratamento odontológico mais comum para crianças é o uso de placa oclusal rígida[7,8,13]. Pouco testada devido a sua restrição do crescimento do processo alveolar maxilar e uma das alternativas é o uso de placa miorrelaxante, que apaga a memória da oclusão traumática e tem-se o ajuste oclusal, tratamento ortodôntico e uso de placas oclusais apenas para proteção dentária, ressaltando que as placas dentárias não substituem a atuação do cirurgião-dentista, com objetivo de recuperar função e coordenação muscular[7], faz-se o uso de protetores bucais flexíveis para proteção dentária[13].

Quando há destruição extensa de tecido dental, é feito o uso de restaurações temporárias ou permanentes, empregando técnicas de coroas indiretas, diretas ou pediátricas. As placas oclusais em crianças não demonstraram uma eficácia clara podendo obter efeitos prejudiciais no crescimento maxilar e na erupção de dentes permanentes[9].

Farmacológico

O tratamento farmacológico deve ser feito em um curto período e é recomendado para casos severos. Faz o uso de benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, agentes dopaminérgicos, betabloqueadores, antidepressivos e relaxantes musculares[5], e uso de hidroxizina[9], no entanto, ainda não há efetividade dessas condutas[5,9].

Por esse motivo, esses medicamentos devem ser usados com cautela, preferindo um tratamento mais conservador[9].

No uso de terapêutica medicamentosa miorrelaxante, os benzodiazepínicos poderão ser usados rotineiramente, assim como associar massagens e calor úmido para ativar a musculatura e aumentar sua circulação[8].

Psico-comportamental ou psicológico

O tratamento na psicologia recomendado é a psicoterapia, que é

de suma importância o acompanhamento para identificar o fator causal, diagnosticar e sugerir o tratamento mais adequado para cada paciente, e mais seguro, associado do acompanhamento odontológico[7].

A técnica psicológica tem efetividade no tratamento, e poderá ser usada, onde há grande tensão e ansiedade, a participação do psicólogo é recomendada para que não ocorra recidiva no tratamento[8].

Junto ao tratamento psico-comportamental ou psicológico, recomenda-se o aconselhamento do psicólogo, hipnose, condicionamento físico, exercícios de relaxamento e biofeedback. O uso de métodos elétricos como estímulos eletrolíticos para relaxamento muscular também é válido. Na ausência de fatores sistêmicos, exercícios orais são recomendados para dessensibilização, uso de sensibilidade térmica. Crianças e adolescentes também devem ser ensinados a reconhecer condições musculares de tensão e relaxamento[9].

Casos em que se tem uma deficiência nutricional fazem a suplementação com cálcio, ácido pantotênico (vitamina B5) ou magnésio, associado ao aconselhamento nutricional, suplementação de vitaminas e minerais[8,9].

Seguindo com o tratamento, crianças de 4 a 6 anos necessitam dormir entre 10 e 11 horas por noite, em média, um tempo menor poderá levá-las à hiperatividade e conduta impulsiva, prejudicando a capacidade de aprender. O desempenho acadêmico aponta influência no excesso de peso/obesidade (três vezes mais risco), contribui também nos hormônios controladores do apetite, ou seja, criança que dorme mal é propensa ao aparecimento de bruxismo. Pais e professores precisam reconhecer as consequências dos problemas do sono para identificarem precocemente e tratar[12].

Prevalência

Em relação ao gênero, observaram de acordo com a literatura, que a prevalência deste hábito parafuncional ocorre mais em crianças do gênero masculino[3,16,18], essa prevalência do sexo masculino se deve ao fato de os meninos serem mais agitados do que as meninas, em geral motivados a ter que conter suas

emoções, isso favorecia o aumento de movimentos involuntários[16].

Em outra associação a prevalência do hábito durante a noite é de 27,3% nas crianças e 2,0% durante o dia, representando um total de 29,3%, relacionado à dor de cabeça, relatam-se que há uma prevalência onde as crianças que sofrem dores de cabeça apresentam 1,6 vezes mais chances de ter o bruxismo do que comparadas as crianças sem dores de cabeça[3].

Alguns estudos constatam que 82,7% das crianças com bruxismo têm problemas emocionais ou de comportamento, necessitando de algum tipo de intervenção psicológica ou psiquiátrica. Já em pacientes infantis acometidos por medos, tensões e ansiedade encontraram uma alta prevalência[6].

A prevalência do bruxismo foi maior quando avaliado os sinais clínicos e não apenas por meio do questionário, tem-se 47% das crianças com facetas de desgastes atípicas que inclusive é uma característica bem evidente do bruxismo, enquanto apenas 15% apresentaram apenas relatos de bruxismo[8].

Em bebês, o bruxismo será evidenciado após a erupção dos incisivos decíduos por volta de um ano de idade, a taxa de prevalência em crianças maiores de 11 anos de idade é a mais alta, variando entre 14% e 20%[5].

Estudos apontam uma prevalência de 40% em pré-escolares de 3 a 6 anos de idade, de 17% na faixa etária de 6 a 7 anos de idade e 24% entre 8 e 9 anos, outros afirmam uma prevalência de bruxismo em crianças de 43% em uma faixa etária de 2 a 3 anos, 35% entre 4 e 5 anos e 34% entre 10 e 11 anos de idade[14].

Discussão

Estudos demonstraram que o termo bruxismo se define por uma atividade repetitiva do movimento dos músculos mastigadores, sendo assim, uma desordem de movimento[2-17], por outro lado, o bruxismo (sono) não é considerado uma desordem de movimento e nem do sono em indivíduos saudáveis, e acrescenta que havia deixado de ser uma parafunção, segundo a International Classification of Sleep Disorders (ICSD)[4].

Estudos descreveram que este

hábito parafuncional ocorre mais em crianças do gênero masculino[3,16,18]. Porém em discordância, outros descreveram a prevalência do bruxismo infantil mais evidente no gênero feminino[8,13,15], além disso, dores de cabeça eram mais comuns em crianças mais velhas e do gênero feminino[8], entretanto outro autor acrescenta que não encontrou diferenças significantes entre os dois gêneros[3].

Quanto à etiologia do bruxismo, há um consenso com relação à natureza multifatorial, por outro lado, alguns autores são contingentes quanto o fator etiológico ser indefinido e possuir controvérsias[1-7,9], são incluídos fatores locais ou ocupacionais, sistêmicos, hereditários e psicológicos, além disso, está relacionado ao bruxismo fatores como distúrbios do sono e parassonias[7,13], em outro fator, a ideia de que o estresse não é um fator inicial e de manutenção para a condição clínica do bruxismo[17].

O bruxismo do sono impactou negativamente na qualidade de vida das crianças em relação à saúde bucal[2,5,12,16], além disso, a frequência de sono inadequada e fragmentação do sono como pequenos despertares, resultou em sono fraco e inquieto, que levou a um desempenho escolar ruim devido a fadiga de noite mal dormida[18], entretanto, a ansiedade foi apontada como o principal fator que interferiu na qualidade de vida de crianças brasileiras com bruxismo noturno[6].

O diagnóstico desta parafunção varia individualmente e podem ser apresentados principalmente pela atrição e desgaste de facetas dentais[1,3,4,7,8,9,14,16], do mesmo modo, o diagnóstico do bruxismo infantil tem um grau de dificuldade elevado, e crianças que não possuem o hábito de ranger de dentes podem se queixar-se de alguns sintomas de disfunção temporomandibular, e que não estão associadas a esta parafunção, dificultando o diagnóstico correto[15].

Assim como o diagnóstico, o tratamento do bruxismo em cada criança ou adolescente terá uma estratégia dentária, farmacológica e psicológica ou psico-comportamental, todos os autores estão em consenso quanto a estas estratégias, e, sobretudo, é acrescentado que o tratamento é individualizado, visto sua etiologia é variada, seu tratamento deve ser multidisciplinar[1,3,6-9,11,13,14].

Conclusão

O bruxismo em crianças e adolescentes possui etiologia multifatorial com predomínio noturno (bruxismo do sono), maior prevalência em gênero masculino acarretando diversos problemas bucais, funcionais, sociais e psicológicos. O diagnóstico e o tratamento são individualizados e de abordagem multiprofissional cuja intervenção precoce quando bem direcionada beneficia o paciente melhorando sua qualidade de vida.

Bruxism in childhood and adolescence – Literature review

Abstract

Bruxism and / or Briquism is a disorder / dysfunction of involuntary movements that cause dental wear and other consequences causing oral and social changes in children and adolescents. Children with bruxism have become common and frequent, where the impact on their quality of life has been negative, affecting mainly the sleep condition. This work aimed to review the literature based on scientific articles from the last 05 years about bruxism in children and adolescents. A literature review was addressed, with definition, classification, subtypes, etiological factors, diagnoses, treatment and prevalence of what is described as bruxism. It was concluded that bruxism in children and adolescents has a multifactorial etiology with nocturnal predominance (sleep bruxism), a higher prevalence in males, causing several oral, functional, social and psychological problems. Diagnosis and treatment are individualized and have a multidisciplinary approach whose early intervention, when well targeted, benefits the patient by improving his quality of life.

Keywords: Bruxism. Oral Health. Quality of Life.

Referências

1. Cariola TC. O desenho a figura humana de crianças com bruxismo. Boletim de Psicologia. 2006; 56(124):37-52.
2. Silva CC, Lima MDM, Lopes TSP, Moura LFAD, Lima CCB, Andrade NS. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com bruxismo do sono. Fisioter Bras. 2017; 18(1):38-46.
3. 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):18-22.
4. Holanda TA. Bruxismo do sono e fatores associados: estudos envolvendo polissonografias. Dissertação. Mestrado Odontologia. Noéli Boscato, orientadora. Faculdade de Odontologia de Pelotas, Universidade Federal de Pelotas; 2019. 82 f.
5. Ribeiro TA, Freitas FCN. Bruxismo do sono na infância. Caderno Odontologia UNIFESO. 2020; 01(01):101-109.
6. Rios LT, Aguiar VNP, Machado FC, Rocha CT, Neves BG. Bruxismo infantil e sua associação com fatores psicológicos – revisão sistemática da literatura. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2018 jan-mar; 30(1):64-76.
7. Simplicio TR, Bueno TH. Bruxismo Infantil. Porto Velho - RO: Centro Universitário São Lucas; 2018. 21 p. Odontologia.
8. Pizzol KEDC, Carvalho JCQ, Konishi F, Marcomini EMS, Giusti JSM. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. Rev odontol UNESP. 2006; 35(2):157-63.
9. Álvarez-Gastañaga VA. Baldeón-López MC. Malpartida-Carrillo V. 2019: Bruxismo en niños y adolescentes: Revisión de la literatura. ODOVTOS-Int. J. Dental Sc.
10. Motta LJ, Silva PFC, Godoy CHL. et al. Avaliação dos ruídos da articulação temporomandibular em crianças com bruxismo. Rev. CEFAC. 2015 Jan-Fev; 17(1):111-116.
11. Oliveira MT, Bittencourt ST, Marcon K, Destro S, Pereira JR. Sleep bruxism and anxiety level in children. Braz Oral Res 2015; 29(1):1-5.
12. Simões-Zenari M, Bitar ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2010 out-dez; 22(4):465-72.
13. Bracher LC. Influência emocional e comportamental no bruxismo do sono em crianças. Tese. (Doutorado em Clínica Odontológica) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas; 2019. 84 s.
14. Diniz MB, Silva RC, Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. Rev Paul Pediatr 2009; 27(3):329-334.
15. Almeida LMC. Controvérsias do Bruxismo Infantil. Mestrado Integrado de Medicina Dentária. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; 2009. 17 p.
16. Sousa HCS, Lima MDM, Neta NBD, Tobias RQ, Moura MS, Moura LFAD. Prevalência e fatores associadas ao bruxismo do sono em adolescentes de Teresina, Piauí. Rev Bras Epidemiol. 2018; 21: 1-11.
17. Sampaio NM, Oliveira MC, Andrade AC, Santos LB, Sampaio M, Ortega A. Relationship between stress and sleep bruxism in children and their mothers: A case control study. Sleep Sci. 2018; 11(4):239-244.
18. Soares JP, Giacomin A, Cardoso M, Serra-Negra JM, Bolan M. Association of gender, oral habits, and poor sleep quality with possible sleep bruxism in schoolchildren. Braz. Oral Res. 2020;34(19):1-7.