

FACULDADE DE SETE LAGOAS

CINTHIA MAIA OLIVEIRA LOPES

**BRUXISMO NA INFÂNCIA:
REVISÃO DE LITERATURA**

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2017

FACULDADE DE SETE LAGOAS

CINTHIA MAIA OLIVEIRA LOPES

**BRUXISMO NA INFÂNCIA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso de Especialização da Faculdade de Sete Lagoas, como requisito parcial para conclusão do Curso de ortodontia.

Orientador: Adriano Almeida Rodrigues

**MONTES CLAROS – MINAS GERAIS
2017**

Lopes, Cinthia Maia Oliveira

Bruxismo na infância: Revisão de literatura / Cinthia Maia
Oliveira Lopes.

nº de f. 29.

Orientador: Adriano Almeida Rodrigues

Monografia (especialização) – Faculdade de Sete Lagoas,
2017

1 – Bruxismo 2 – Infância 3 – Tratamento

I – Bruxismo na infância: Uma revisão de literatura

II – Adriano Almeida Rodrigues

FACULDADE DE SETE LAGOAS

Monografia intitulada “**Bruxismo na infância: Revisão de literatura**” de autoria da aluna Cinthia Maia Oliveira Lopes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Luiz Pedro Abdala

Adriano Almeida Rodrigues

Alisson Luiz D’Afonseca Santos

Rodrigo Andraus de Andrade

Montes Claros – Minas Gerais
Abril/2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por me guiar pelo caminho do bem e por todas as coisas boas que vivi ao longo deste curso de especialização.

Agradeço aos meus pais, pelo amor incondicional e pela oportunidade de poder colocar os estudos sempre em primeiro lugar, por fazerem parte da minha vida, por me apoiarem sempre e por despertarem em mim a vontade de ser alguém melhor, sempre. A vocês, minha eterna gratidão e amor!

Ao meu amado marido Eduardo Antônio, por todo amor, compreensão, companheirismo e torcida. A sua presença e o seu apoio foram um incentivo para não desistir e seguir em frente, tornando o caminho mais fácil de ser cumprido. Te amo!

Agradeço a toda minha família e amigos, que me deram suporte durante toda a minha trajetória na especialização, e me incentivaram sempre a alcançar meus objetivos.

Agradeço a todos os professores pela forma exemplar em transmitir o conhecimento e por demonstrarem paixão pela nossa profissão, em especial ao professor Adriano Almeida Rodrigues pelos conhecimentos e experiências transmitidas, foi um grande prazer ser sua orientada.

Agradeço também aos colegas que ao longo do curso se tornaram amigos e grandes parceiros de profissão. Sentirei saudade!

DEDICATÓRIA

A Deus por iluminar o meu caminho e por marcar a minha vida com realizações diárias. Obrigada por se fazer sempre presente.

RESUMO

O bruxismo infantil é definido como um hábito não funcional do sistema mastigatório, caracterizado pelo ato de ranger ou apertar os dentes, podendo ocorrer durante o dia e durante o sono. O grande aumento das forças oclusais geradas pelo bruxismo durante a infância resulta em cargas extras não só na dentição, mas também em todo o sistema estomatognático, podendo causar efeitos variados como danos à ATM, aos músculos, ao periodonto e à oclusão. A etiologia é multifatorial e a literatura sugere vários fatores associados: dentário, fisiológico, psicológico e neurológico. O sinal mais comum é o desgaste nas faces incisais dos dentes anteriores e oclusais nos posteriores, além de mobilidade e hipersensibilidade dentárias, fratura de cúspides e restaurações e hipertonicidade dos músculos mastigatórios. Como não existe uma etiologia única para o bruxismo infantil, as diferentes formas de tratamento devem ser individualizadas para cada paciente. Com base na revisão da literatura, a autora apresenta e discute os principais fatores etiológicos, as consequências e os possíveis tratamentos para o bruxismo em crianças.

Palavras-chave: Bruxismo, Infância, Tratamento.

ABSTRACT

Child bruxism is defined as a nonfunctioning habit of the masticatory system, characterized by the act of grinding or clenching the teeth, which may occur during the day and during sleep. The large increase in occlusal forces generated by bruxism during childhood results in extra loads not only in the dentition, but also throughout the stomatognathic system, which can cause varied effects such as TMJ damage, muscles, periodontium and occlusion. The etiology is multifactorial and the literature suggests several associated factors: dental, physiological, psychological and neurological. The most common sign is the wear on the incisal faces of the anterior and occlusal teeth in the posterior ones, besides dental mobility and hypersensitivity, fractures of cusps and restorations and hypertonicity of the masticatory muscles. Because there is no single etiology for infant bruxism, the different forms of treatment should be individualized for each patient. Based on the literature review, the author presents and discusses the main etiological factors, consequences and possible treatments for bruxism in children.

Key words: Bruxism, Childhood, Treatment.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 2. PROPOSIÇÃO | 10 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA..... | 12 |
| 3.1 Classificação do bruxismo infantil..... | 13 |
| 3.2 Prevalência e Etiologia | 14 |
| 3.3 Fatores locais | 15 |
| 3.4 Fatores sistêmicos | 15 |
| 3.5 Fatores psicológicos | 16 |
| 3.6 Sinais e Sintomas | 16 |
| 3.7 Tratamento | 18 |
| 4. DISCUSSÃO..... | 21 |
| 5. CONCLUSÃO..... | 24 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 26 |

1- INTRODUÇÃO

1- INTRODUÇÃO

As crianças de uma maneira geral e por motivos variados, podem desenvolver hábitos bucais, prejudicando o equilíbrio entre função e crescimento.

Segundo as pesquisas de Molina (1989), em 1907, Marie e Pietkiewiez introduziram o termo “Bruxomania” para designar o hábito de cerramento de dentes e, somente em 1931, através de Frohman o termo “Bruxismo” passou a ser usado.

Vários fatores etiológicos podem estar associados ao desenvolvimento do bruxismo, como os fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e hereditários (DINIZ et al., 2009).

De acordo com Pizzol et al. (2006), a forma de tratamento mais indicada depende do fator etiológico, bem como dos sinais e sintomas apresentados, sendo, portanto, fundamental o diagnóstico correto. Podem-se destacar os tratamentos psicológicos, os medicamentosos, os procedimentos restauradores, o uso de placa de mordida e o ajuste oclusal, que devem ser usados em conjunto e de preferência de forma multidisciplinar, envolvendo profissionais como pediatras, odontopediatras, psicólogos e otorrinolaringologistas.

É vasto o acervo de estudos que abordam as causas, consequências e tratamento do bruxismo, quando este afeta a população adulta, no entanto, as manifestações e fatores etiológicos desta condição em crianças ainda são pouco explorados. Sendo assim, esta revisão de literatura tem como objetivo apresentar:

- Classificação;
- Prevalência;
- Sinais e sintomas;
- Consequências;
- Possíveis tratamentos, para o bruxismo em crianças.

2- PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre o bruxismo na infância abordando sua classificação, prevalência, sinais e sintomas, consequências e possíveis tratamentos.

3- REVISÃO DE LITERATURA

3.1- Classificação do Bruxismo Infantil

O ato de ranger os dentes pode ser classificado segundo a relação maxilomandibular e dental, ou seja, bruxismo cêntrico e excêntrico. Nos indivíduos com bruxismo cêntrico, ocorre apertamento dental em oclusão cêntrica e/ou relação cêntrica. A contração muscular é isométrica, o que propicia o acúmulo de irritantes locais, principalmente ácido acético e ácido láctico. Não apresenta facetas de desgaste dental de deslizamento, e os indivíduos, com esse tipo de bruxismo, podem apresentar contatos prematuros cêntricos com ou sem tensão emocional aumentada. Nos casos de bruxismo excêntrico, há apertamento e deslizamento dos dentes nas posições protusivas e laterais-protusivas. As facetas de desgaste são excêntricas, tanto nos dentes anteriores como nos posteriores, e os contatos prematuros podem ser cêntricos ou excêntricos. Os movimentos mandibulares são bordejantes, a contração muscular é isotônica e a musculatura elimina com maior facilidade os resíduos energéticos, ácidos e irritantes. Os indivíduos, porém, com bruxismo excêntrico apresentam dor, disfunção, hipertrofia muscular e sensibilidade à palpação. O bruxismo cêntrico produz contração isométrica e os impulsos sensoriais dolorosos causam tensão psíquica no indivíduo e agravam a hiperatividade muscular, gerando com isso, um ciclo vicioso de retroalimentação permanentemente (CEZARO, 1999).

Zambra e Rodríguez (2003), classificam o bruxismo em primário e secundário. O bruxismo primário ou idiopático corresponde ao apertamento diurno e o bruxismo do sono, quando não reconhecer os problemas ou por razões médicas. Bruxismo secundário, também chamado de "iatrogenia" corresponde às formas de bruxismo associado com doenças neurológicas, psiquiátricas, distúrbios do sono e administração de medicamentos.

Segundo Gimenes et al. (2008), o bruxismo do sono se diferencia do bruxismo diurno por envolver distintos estados de consciência, isto é, sono e vigília, e diferentes estados fisiológicos com diferentes influências na excitabilidade oral motora. Assim, o bruxismo diurno é caracterizado por uma atividade semi-voluntária da mandíbula, de apertar os dentes enquanto o indivíduo se encontra acordado, onde geralmente não ocorre o ranger de

dentes, e está relacionado a um tique ou hábito vicioso, como por exemplos, contatos entre dente e corpo estranho, podem citar o ato de morder lápis, caneta, ou entre dentes, membrana e mucosa, o ato de morder o lábio, língua, bochechas e chupar dedos. O bruxismo do sono, também é chamado de bruxismo noturno, mas o termo mais apropriado é bruxismo do sono, pois o ranger de dentes pode também se desenvolver durante o sono diurno.

3.2- Prevalência e Etiologia

Na clínica odontológica, é comum observar desgaste excessivo nas faces oclusais e incisais das superfícies dentárias, principalmente na dentição decídua. Durante a infância, o bruxismo é mais severo nas crianças em idade pré-escolar devido às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos, embora também apareça em crianças maiores e na dentição permanente (DINIZ et al., 2009).

Simões-Zenari et al. (2010), acredita que o bruxismo do sono seja mais comum na infância, ainda que não seja incomum em adultos e apresente ocorrência reduzida em idosos. A prevalência desse distúrbio não está precisamente estabelecida, devido às diferenças metodológicas dos estudos, sendo observada em crianças variação de 6% a 35%.

Alguns estudos sobre a etiologia do bruxismo ainda são inconclusivos. Os pesquisadores têm sugerido que fatores locais, como a maloclusão, estão perdendo a importância, enquanto os fatores cognitivos comportamentais como o estresse, ansiedade e traços da personalidade estão ganhando mais atenção. O foco atual está voltado para o fato de que o bruxismo faz parte de uma reação de despertar. Essa atividade parafuncional, parece ser modulada por vários neurotransmissores do Sistema Nervoso Central, mas não se pode afirmar que tenha regulação apenas central. Dessa forma, o bruxismo pode ser associado às disfunções crânio mandibulares, incluindo dor de cabeça, Disfunção Têmporo Mandibular (DTM), dor muscular, perda precoce de dentes devido à atrição excessiva e mobilidade, além da interrupção do sono do indivíduo e de seu companheiro de quarto (GONÇALVES et al., 2010).

Segundo Torunsky et al. (2012), o bruxismo pode ser multifatorial, incluindo fatores psicológicos (ansiedade), fatores locais (maloclusões e restaurações defeituosas), fatores sistêmicos (deficiências nutricionais,

infecções intestinais parasitárias, disfunção renal, rinite alérgica e paralisia cerebral) e a teoria neurofisiológica, principalmente com relação à fisiologia do sono, no bruxismo noturno. Torna-se necessário uma visão preventiva, realizando-se exames cada vez mais precoces a fim de se detectar os sinais e sintomas da parafunção.

No entanto, como a etiologia do bruxismo ainda é controversa na literatura, esta atividade vem sendo objeto de estudo em diferentes especialidades nas áreas de odontologia, psicologia e medicina (NAHÁS-SCOCATE et al., 2012).

3.3- Fatores Locais

Dentre os fatores locais, de acordo com Gama et al. (2013) pode-se observar maloclusões, traumatismo oclusal, contato prematuro, reabsorção radicudilar, presença de cálculo dental, cistos dentígeros, dentes perdidos, excesso de material restaurador e tensão muscular.

Segundo Costa (2013) existem dois grupos etiológicos, um de fatores periféricos (morfológicos) e outros de fatores centrais (patológicos e psicológicos), porém há evidências de que os fatores morfológicos exercem pouca influência e que o bruxismo é mediado principalmente pelos fatores centrais.

3.4- Fatores Sistêmicos

Sistematicamente, segundo Costa (2013) deficiências nutricionais e vitamínicas, alergias, parasitoses intestinais, distúrbios otorrinolaringológicos, distúrbios gastrintestinais, desordens endócrinas, paralisia cerebral, Síndrome de Down e deficiência mental podem estar relacionadas ao desenvolvimento do hábito.

Os pesquisadores observaram uma associação positiva entre problemas respiratórios durante o sono, como a obstrução das vias aéreas devido à hiperplasia tonsilar, e a presença de bruxismo em crianças. Os autores relataram que, após a cirurgia de adenóides e tonsilas, as crianças apresentaram uma melhora significativa no quadro de bruxismo. As funções orgânicas são controladas, principalmente, pelo sistema nervoso central (SNC), através de atividades voluntárias e involuntárias. As atividades involuntárias

são controladas pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA), subdividido em simpático e parassimpático. O sistema simpático sobressai-se em situações de estresse e o parassimpático, por sua vez, em situações de repouso. No período de sono ocorre um predomínio da atividade parassimpática. Porém, no início do sono REM (rápido movimentados olhos) que ocorre de 6 a 8 vezes durante o sono, há uma redução da atividade parassimpática e um aumento da atividade simpática, denominada de micro despertar. Este corresponde a despertares curtos com duração de 3 a 15 segundos, que aumentam a atividade alfa e delta cerebral demonstrada por meio de eletro encefalograma que, possivelmente, sejam controlados por vários neurotransmissores do SNC, principalmente pelo sistema dopaminérgico. A dopamina pode causar o aumento dos batimentos cardíacos, náuseas, aumento do tônus dos músculos supra-hióideos e início da atividade muscular mastigatória rítmica do masseter e, conseqüentemente, o ranger de dentes. Também vaso constrição, assim se houver a contração anormal dos músculos a falta de vascularização causará a dor (GAMA et al., 2013).

3.5- Fatores Psicológicos

De acordo com Costa (2013), fatores de origem psicológica ocupacional como: forte tensão emocional, problemas familiares, crises existenciais, estado de ansiedade, depressão, medo e hostilidade, crianças em fase de autoafirmação, provas escolares ou mesmo prática de esportes competitivos e campeonatos, também são relatados como associados ao desencadeamento do bruxismo. Em casos de ansiedade o bruxismo tem sido descrito como resposta de escape, isso porque além da cavidade bucal ser considerada um local de expressão a impulsos reprimidos, emoções e conflitos, possui forte potencial efetivo. Com isso algumas crianças, rangem ou apertam os dentes como forma de compensar seus anseios, desejos e necessidades ou até mesmo como forma de autoagressão. Alterações de personalidade da criança também são consideradas como responsáveis pelo desenvolvimento do bruxismo.

3.6- Sinais e Sintomas

Os efeitos do bruxismo no periodonto são visualizados por intermédio de agravamento da doença periodontal, perda de inserção acelerada e perdas ósseas verticais ou anguladas, nas regiões de maior trauma. Em presença de saúde periodontal, recessões generalizadas, reabsorção da crista óssea alveolar horizontal, espessamento da lâmina dura, podendo gerar hiper cementose e cementomas visualizados através de radiografias. Adicionalmente, os traumas dentais são responsáveis por fraturas dentais, principalmente se desvitalizados, por serem mais friáveis. Podem também causar extrusão dental por inflamação do ligamento periodontal. O dente extruído, por sua vez sofrerá ainda mais trauma, levando à mobilidade e agravamento da condição. Como o bruxismo pode ser caracterizado apenas pelo apertamento, nem sempre o desgaste dentário é evidente. É possível que o paciente apresente mobilidade de elementos isolados como únicos sinais do bruxismo ou somente espessamento da lâmina dura e histórico de fratura recorrente de restaurações (GAMA et al., 2013).

O bruxismo é comum na infância e pode causar danos às estruturas do sistema estomatognático como dores de cabeça, desgaste ou fraturas nos dentes anteriores, desordens temporomandibulares, perdas óssea e até mesmo perda dos elementos dentais. Alguns danos nos tecidos moles podem também ser observados, como mordida na bochecha, dor/ hipertonicidade dos músculos mastigatórios, dependendo da duração, frequência e a intensidade do bruxismo em cada caso (BECKER et al., 2014).

Ainda segundo Becker et al. (2014) o sinal mais evidente da atividade do bruxismo, durante o exame intrabucal, são as facetas de desgaste atípicas, já que o esmalte é a primeira estrutura que recebe a carga parafuncional do hábito. Essas facetas são mais evidentes nas faces incisais dos dentes anteriores e vértices de cúspides de caninos decíduos. A dor de cabeça é provavelmente o sintoma mais relatado por pacientes bruxistas, porém outros fatores também podem causar ou contribuir para o seu aparecimento.

De acordo com Calderan (2015) o indivíduo que exerce o bruxismo com frequência, está mais propenso a desenvolver um desequilíbrio no sistema estomatognático, afetando algumas funções importantes, como a mastigação. Além disso, as atividades repetitivas que ocorrem durante o bruxismo podem

ocasionar o distúrbio na articulação temporomandibular. Os sinais clínicos de DTM que podem ser observados em crianças com dentição decídua são:

- Desvio mandibular durante abertura de boca, à esquerda ou à direita;
- Estalidos ou criptações da ATM registrados durante abertura e fechamento, usando o dedo indicador ou estetoscópio;
- Limitações dos movimentos mandibulares por dor;
- Sensibilidade dolorosa das articulações e/ou músculos mastigatórios quando palpados.

3.7– Tratamento

Alfaya et al. (2015) relata que intervenções clínicas visam proteger estruturas dentárias, reduzir a ranger, dor facial e temporal alívio e promover melhorias na qualidade do sono . O início do tratamento é indicada quando a frequência, intensidade e duração da doença começam a interferir com o desenvolvimento normal do sistema estomatognático e estruturas orofaciais.

Durante muitos anos, acreditou-se que a origem do bruxismo estava ligada à existência de interferências dentárias capazes de alterar os padrões oclusais e musculares do paciente. A indicação de tratamento era pautada na realização de ajuste oclusal, pela alteração dos padrões de contato dentário, visando à prevenção e o controle do bruxismo. No entanto como não há evidências suficientes para a comprovação da eficácia deste procedimento no gerenciamento do bruxismo, essa prática continua controversa (CALDERAN, 2015).

O tratamento do bruxismo com uso de placas oclusais miorrelaxantes permite que o paciente seja tratado, sem provocar alterações irreversíveis e permite que o paciente receba o tratamento de outras áreas envolvidas na terapêutica das desordens, como por exemplo, a fisioterapia, a fonoaudiologia e a psicanálise. Em relação à utilidade das placas miorrelaxantes, uma de suas funções é promover temporariamente uma posição articular ortopedicamente mais estável. Este tipo de aparelho geralmente está indicado para tratar a hiperatividade muscular, apertamento, mio-espasmo e miosite. Podem ser usadas para promoverem uma oclusão funcional ótima que reorganiza a atividade reflexa neuromuscular, a qual, por sua vez, reduz a atividade muscular anormal enquanto propicia uma função muscular mais normal. As

placas miorrelaxantes são dispositivos intrabucais removíveis confeccionados geralmente em resina acrílica. São usadas para recobrir as superfícies incisais e/ou oclusais dos dentes, alterando a oclusão do paciente e criando, assim, contatos oclusais mais adequados e um relacionamento maxilomandibular mais favorável (SILVA et al., 2015).

Segundo Viana Silva et al. (2015) a indicação da placa miorrelaxante deve ser baseada no diagnóstico das funções temporomandibulares, tendo como consequência principal a melhoria dos estado de saúde da cavidade bucal e do sistema estomatognático, com isso ela é indicada para minimizar as forças causadas pelo bruxismo nos dentes, evitando o desgaste dental.

As placas miorrelaxantes podem ser confeccionadas com material resistente, como resina acrílica ativada termo ou quimicamente ou silicone. Todas elas tentam reduzir a hiperatividade muscular, estabilizar a mandíbula simulando condições ideais de oclusão, descomprimir a articulação temporomandibular (ATM). Porém, as placas miorrelaxantes em resina acrílica, promovem contatos oclusais mais estáveis e um relacionamento maxilomandibular mais favorável. Por se tratar de uma técnica terapêutica reversível e não invasiva, as placas oclusais não possuem contraindicações específicas, entretanto alguns pontos devem ser observados. Por tratar-se de um dispositivo geralmente rígido, a sua utilização em crianças em fase de desenvolvimento deve ser bastante restrita e muito criteriosa, tendo em vista que a utilização em longo prazo poderia alterar o desenvolvimento normal (VIANA SILVA et al., 2015).

Para o tratamento do bruxismo, a Fonoaudiologia é uma das ciências que contribui, principalmente, favorecendo o relaxamento da musculatura envolvida e melhorando o padrão mastigatório das pessoas que realizam esse hábito, minimizando assim os efeitos nocivos (BISINÉLLI, 2015).

A contribuição do estresse psicossocial na etiologia do bruxismo não pode ser negligenciada e, que o tratamento cognitivo e comportamental, incluindo alterações no estilo de vida, podem ser benéficos (MORAIS et al., 2015). O estresse é uma alteração psicofisiológica do organismo, ou seja, é possível observá-lo através de sintomas físicos e psicológicos. Devido a toda essa alteração no organismo, a qualidade de vida da pessoa que sofre o

estresse diminui, seja através da noite mal dormida, da má alimentação, dentre outros. (SILVA et al., 2016)

De acordo com Santos et al. (2016) o tratamento fisioterapêutico é direcionado para o alívio da dor da musculatura envolvida, a reeducação do sistema neuromuscular, o restabelecimento da posição de repouso mandibular, a recuperação da coordenação muscular, a resolução dos sintomas, o reequilíbrio muscular e a restauração da função comprometida, obtendo resultados mais duradouros. Entre os recursos mais empregados na fisioterapia estão a termoterapia (calor e frio), os agentes eletromagnéticos (diatermia por ondas curtas e laser de baixa intensidade), o ultrassom terapêutico (UST), a estimulação eletroneural transcutânea (TENS), a terapia manual (massagem, mobilização manual, manipulação e exercícios) e a mecanoterapia.

4- DISCUSSÃO

Para Cezaro (1999) o bruxismo pode ser classificado como cêntrico e excêntrico. Porém para Zambra e Rodríguez (2003) ele pode ser chamado de primário e secundário, e segundo Gimenes et al. (2008) como bruxismo do sono e bruxismo diurno.

O bruxismo possui uma prevalência maior em crianças de idade pré-escolar de acordo com Diniz et al. (2009). E para Simões-Zenari et al. (2010) a prevalência possui uma variação de 6% a 35% durante toda a infância.

De acordo com Paes et al. (2012) o bruxismo tem origem multifatorial e pode estar relacionado com fatores locais como má oclusão, fatores comportamentais, fatores sistêmicos como doenças das vias aéreas superiores, hábitos bucais como onicofagia, sucção de dedos, morder lábios ou objetos e fator hereditário. Alguns autores relatam que o bruxismo pode aparecer precocemente na infância e persistir durante toda a vida do indivíduo. Tem sido observado número cada vez mais elevado de crianças portadoras de desgastes dentários nas superfícies oclusais e incisais. No entanto esses desgastes dentários indicam história pregressa de bruxismo, que pode não estar mais ocorrendo no momento do exame clínico ou estar se iniciando. Além disso, deve-se ressaltar que muitas vezes o desgaste dentário não é devido ao bruxismo e sim a erosão dentária.

Gama et al. (2013), porém, relata que alguns autores observaram que a presença de maloclusão não aumenta a probabilidade de a criança desenvolver bruxismo. Existem evidências de que o bruxismo em crianças pequenas pode ser consequência da imaturidade do sistema mastigatório neuromuscular. Ferreira e Toledo (1997) associam a presença de bruxismo ao tempo de aleitamento materno e observam que quanto mais prolongado o aleitamento materno, menor a ocorrência de hábitos orais nocivos, como o bruxismo. A criança pode desenvolver bruxismo após a erupção dos incisivos centrais decíduos, ocasionando dilacerações gengivais nos casos em que o antagonista ainda não erupcionou. O bruxismo infantil pode ser caracterizado pela presença de desgastes da superfície dentária, desconfortos musculares e articulares, atuando como coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva e contribuindo para o desenvolvimento de falsa Classe III, além de

acelerar a rizólise de dentes decíduos e provocar alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes. Descreve-se, também, a possibilidade de o bruxismo favorecer o apinhamento dental.

Segundo Costa (2013), Diniz et al. (2009) e Rodriques (2008), o bruxismo tem sido considerado pelos psicólogos como hábito nervoso em resposta a problemas pessoais de difícil solução ou à dificuldade de exprimir sentimentos de ansiedade, raiva ou agressividade. Contudo Becker et al. (2014) relata que as crianças podem desencadear o bruxismo devido ao estresse consequente quando praticam esportes, participam de competições e são muito solicitadas em épocas de campeonatos. Ocorre em crianças hiperativas, reprimidas, que realizam atividades competitivas, ou que são muito cobradas e exigidas pelos pais e/ou responsáveis.

O tratamento do bruxismo segundo Paes et al. (2012) é multifatorial, devido à complexidade de sua etiologia, devendo-se ressaltar a importância do diagnóstico precoce para que se evite o agravamento das consequências geradas por este hábito. A forma de tratamento mais indicada depende do fator etiológico, bem como dos sinais e sintomas apresentados, sendo portanto fundamental o diagnóstico correto. Além disso, o conhecimento de fatores etiológicos e das características clínicas do bruxismo na infância é importante para que o diagnóstico seja precoce, permitindo que pediatras, odontopediatras e psicólogos possam estabelecer um tratamento multidisciplinar e favoreçam o desenvolvimento integral da criança para a promoção de saúde e bem estar individual. Diferentemente de Cezaro (1999), onde o tratamento do bruxismo se baseia em cinco objetivos: reduzir ao mínimo a tensão emocional do indivíduo; eliminar ou diminuir os sintomas e sinais musculares e articulares do indivíduo; eliminar ao máximo os contatos prematuros e interferências oclusais do indivíduo; melhorar os padrões de contração-estiramento-repouso alterados da musculatura e aumentar a estabilidade oclusal.

5- CONCLUSÃO

Com base na literatura revisada, pode-se concluir que:

- Bruxismo infantil cêntrico e excêntrico, primário e secundário, bruxismo do sono e bruxismo diurno são formas de classificação para o hábito;
- A prevalência do bruxismo é de 6% a 35% das crianças e mais severa na idade pré-escolar devido às características estruturais e funcionais dos dentes decíduos, embora também apareça em crianças maiores e na dentição permanente;
- A etiologia bruxismo é multifatorial, sendo os principais os fatores locais, sistêmicos e psicológicos;
- Dentre as possíveis consequências desse hábito estão: desgaste dental excessivo com perda de dimensão vertical, sensibilidade e mobilidade dental, trauma de tecidos moles, dores de cabeça, sensibilidade dos músculos da mastigação, progressão da doença periodontal e distúrbios da ATM;
- A forma de tratamento mais indicada depende do fator etiológico, bem como dos sinais e sintomas apresentados, sendo portanto fundamental o diagnóstico correto. Pode-se destacar os tratamentos psicológicos, os medicamentosos, os procedimentos restauradores, o uso de placa de mordida e o ajuste oclusal, que devem ser usados em conjunto e de preferência de forma multidisciplinar, envolvendo profissionais como pediatras, odontopediatras, psicólogos e otorrinolaringologistas.
- Devido a etiologia do bruxismo infantil ser multifatorial e o tratamento multidisciplinar, sugere-se que mais estudos sejam realizados a respeito do assunto.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALFAYA, T. A; TANNURE, P. N; BARCELOS-R; DIP, E. C; UEMOTO, L; GOUVÊA, C. V. D. Manejo clínico do Bruxismo na infância. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas/ São Paulo, v.68, n. 2, abril/junho 2015.
2. BECKER, Camila. **Contribuição ao estudo dos fatores etiológicos associados ao bruxismo infantil**. 2014. 56f. Monografia (Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
3. BISINÉLLI, Fabíola Guenther. **Ocorrência de bruxismo em crianças com hábitos orais deletérios**. 2015. 56f. Monografia (Conclusão do Curso de Graduação em Fonaudiologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
4. CALDERAN, Mariana Fernandes. **Hábitos do sono, estresse e ansiedade de crianças com bruxismo**. 2015. 80f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
5. CEZARO, Gisele Geber. **Bruxismo e suas implicações no sistema estomatognático e no crescimento crânio facial**. 1999. 32f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) - Centro de especialização em fonoaudiologia clínica, Porto Alegre, 1999.
6. COSTA, Joelma Magalhães. **Prevalência das disfunções temporomandibulares e sua correlação com o bruxismo em crianças**. 2009. 39f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho – UNOVE, São Paulo, 2009.
7. DINIZ, M. B; SILVA, R. C; ZUANON, A. C. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 329-334, 2009.

8. FERREIRA, M. I; TOLEDO, O. A. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. **Revista ABO Nacional**, São Paulo, v. 5, n. 317, p. 20, 1997.
9. GAMA, E; ANDRADE A. O; CAMPOS, R.M. Bruxismo: Uma revisão da literatura. **Ciência Atual**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 16-22, 2013.
10. GIMENES, Marta Cristina Monteiro; et. al. **Bruxismo aspectos clínicos e tratamentos**. Campo Grande. Janeiro 2008. Disponível em www.portaleducação.com.br/odontologia/artigos/2008/bruxismoaspectos-clínicos. Acesso em 03/01/2016.
11. GONÇALVES, L. P. V; TOLEDO, O. A; OTERO, S. A. M. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Revista Dental Press J. Orthod.**, v. 15, n. 2, p. 97-104, Março/Abril 2010.
12. MOLINA, O. F. **Fisiopatologia Craniomandibular: oclusão e atm**. 2. ed. São Paulo, Pancast, 1989 . 595p. PAES, Patrícia. **Estudo dos fatores etiológicos associados ao bruxismo em crianças**. 2012. 61f. Monografia (Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
13. MORAIS, D. P; OLIVEIRA A. T; MONTEIRO, A. A; ALENCAR, M. J. S. Bruxismo e sua relação com o sistema nervoso central: Revisão de Literatura. **Revista brasileira de odontologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1-2, janeiro/junho 2015.
14. NAHÁS-SCOCATE, A. C. R; TREVISAN, S; JUNQUEIRA, T. H; FUZIY, A. Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**. São Paulo, v. 66, n. 1, janeiro/março 2012.
15. PIZZOL, K. E. D. C; CARVALHO, J. C. Q; KONISHI, F; MARCOMINI, E. M. S; GIUSTI, J. S. M. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 157-163, 2006.

16. SANTOS, L. F. S; PEREIRA, M. C. A. A efetividade da terapia manual no tratamento de disfunções temporomandibulares (dtm): Uma revisão da literatura. **Revista de atenção à saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 49, p. 72-77, julho/setembro 2016.
17. SILVA, L. C; SALLES, T. L. A. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. **Revista de carreiras e pessoas**, São Paulo, v. 6, n. 02, p. 234-247, Maio/ Agosto 2016.
18. SIMÕES-ZENARI, M; BITAR M. L. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 465-472, 2010.
19. TORUSKY, Adriano Milet; et. al. Influência do bruxismo na ansiedade e aprendizagem em crianças. **ClipeOdonto – UNITAU**, Taubaté, v. 4, n. 1, p. 11-15, março 2012. Disponível em: www.periodicos.unitau.br. Acesso em: 03 janeiro 2016.
20. VIANA SILVA, J. P; MIGUITA, F. F. A utilização de placas mio-relaxante no tratamento das disfunções temporomandibulares. **Revista Interbio**, Dourados/ Mato Grosso do Sul, v. 9, n.1, p. 5-10, janeiro/junho 2015.
21. ZAMBRA, R. E. F, RODRÍGUEZ, C. Bruxismo. **Avances en Odontoestomatología**. Madrid, v. 19, n. 3, p. 123-153, 2003.