

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

LUCAS PACCOLA LAZARI

**BRUXISMO NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

BAURU
2016

LUCAS PACCOLA LAZARI

**BRUXISMO NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação da Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

BAURU
2016

Lazari, Lucas Paccola

L4313b

Bruxismo na infância: relato de caso clínico / Lucas Paccola Lazari. -- 2016.

28f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP


1. Bruxismo. 2. Criança. 3. Odontopediatria. 4. Psicologia.
I. Passos, Vivian de Agostino Biella. II. Título.

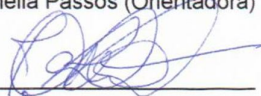



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Lucas PaccolaLazari.

Ao dia vinte de junho de dois mil e dezesseis, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de LUCAS PACCOLA LAZARI, intitulado: “**Bruxismo na infância: relato de caso clínico.**” Compuseram a banca examinadora as professoras Dra. Vivian de Agostino Biella Passos (orientadora), Dra. Carolina Nunes Pegoraro e Dra. Sara Nader Marta. Após a exposição oral, o candidato foi arguido pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVAR, com a nota 9,0 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pela Orientadora e pelos demais membros da banca.


Dra. Vivian de Agostino Biella Passos (Orientadora)


Dra. Carolina Nunes Pegoraro (Avaliador 1)


Dra. Sara Nader Marta (Avaliador 2)

Dedico este trabalho aos meus pais, aos meus mestres que sempre me apoiaram em minha formação, esteio de todo este processo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família que, em todos os momentos acreditaram em mim e, com muito amor e cuidado, propiciaram os meios materiais e espirituais para que tudo se tornasse realidade e me proporcionaram a ventura de escolher uma profissão em que poderei, com meu trabalho, minorar o sofrimento de meus semelhantes.

Agradeço aos meus professores que me forneceram desapeadamente sua cultura profissional, a fim de que obtivesse o conhecimento necessário para o exercício da nobre profissão de dentista, com particular destaque para a Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos, que não mediu esforços em me apoiar e direcionar minhas pesquisas com vistas a este trabalho de conclusão do curso.

RESUMO

O Bruxismo é definido como um hábito parafuncional do sistema estomatognático, caracterizado pelo ato de ranger ou apertar os dentes, de forma involuntária e inconsciente, podendo ocorrer durante o dia e/ou período de sono. Apresenta etiologia multifatorial e controversa, podendo envolver fatores locais, sistêmicos, psicológicos, emocionais, hereditários e ocupacionais. As forças exercidas pelo bruxismo podem provocar diversos danos, em diferentes graus de severidade, tanto aos dentes decíduos como permanentes, bem como aos tecidos de suporte, musculatura facial e articulação temporomandibular. A evidência clínica mais comum é a presença de facetas de desgaste nas faces incisais dos dentes anteriores e oclusais nos posteriores, podendo manifestar também dores, estalos, mobilidade e hipersensibilidade dentárias, exposições pulpares, fraturas de cúspides e restaurações, restrição de abertura bucal, hipertonicidade dos músculos mastigatórios, dores de cabeça e outras complicações mais severas. Apesar de apresentar prevalência variada e ser pouco estudado em crianças, o bruxismo na infância tem se apresentado com frequência nas clínicas de Odontopediatria e os danos podem ser severos em longo prazo caso não seja diagnosticado precocemente e acompanhado de maneira adequada. Em vista disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de bruxismo infantil evidenciando as principais características clínicas, possíveis fatores causais e acompanhamento, concluindo que a ansiedade e os fatores emocionais são, na maioria dos casos, os principais fatores etiológicos envolvidos e que o tratamento multidisciplinar envolvendo profissionais de diversas especialidades é fundamental para prevenção de danos ao sistema estomatognático, bem como proporcionar bem-estar e conforto a criança.

Palavras-chave: Bruxismo. Crianças. Odontopediatria. Psicologia.

ABSTRACT

Bruxism is defined as a parafunctional habit of the stomatognathic system, characterized by the act of grinding or tightening the teeth unintentionally and unconsciously either during the day and/or the sleep. Bruxism etiology is multifactorial and controversial and may involve local, systemic, psychological, emotional, hereditary, and occupational factors. The forces exerted during bruxism may damage at different severity degrees both the deciduous and permanent teeth, as well as the supporting tissues, muscle, and temporomandibular joint. The most common clinical sign is the presence of weariness in the incisal surfaces of anterior teeth and occlusal surfaces of posterior teeth. Also, pain, clicking, tooth mobility and hypersensitivity, pulp exposure, cusp and restoration fractures, restriction of mouth opening, masticatory muscle hypertonicity, headaches, and other more severe complications may occur. Although childhood bruxism has variable prevalence and lacks studies in the literature, frequently children routinely attending the Pediatric Dentistry Clinic show this condition. If childhood bruxism is not diagnosed early and properly followed-up, severe damage may occur at the long term. Thus, this study aims to report a clinical case of childhood bruxism evidencing the main clinical features, possible etiological factors, and following-up. It can be concluded that both anxiety and emotional factors are the main etiological factors involved in most cases. Therefore, the multidisciplinary treatment comprising professionals of many specialties is mandatory to prevent the damages to the stomatognathic system as well as to provide comfort and well-being to the child.

Keywords: Bruxism. Child. Pediatric Dentistry. Psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - A e B: aspecto clínico frontal do desgaste dentário nos arcos superior e inferior	15
Figura 2 - Aspecto clínico oclusal do arco superior.....	16
Figura 3 - Aspecto clínico oclusal do arco inferior.....	16
Figura 4 - A e B: aspecto clínico lateral direito	17
Figura 5 - A e B: aspecto clínico lateral esquerdo.....	18
Figura 6 - Aspecto clínico após a exodontia dos elementos dentários decíduos 71 e 81	19

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E BREVE RELATO DA LITERATURA.....	9
2	OBJETIVOS.....	14
3	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO.....	15
4	DISCUSSÃO.....	20
5	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO E BREVE RELATO DA LITERATURA

O termo bruxismo vem do grego “*bruchein*” e significa apertamento, fricção ou atrito dos dentes. Em 1907 a literatura odontológica utilizava o termo “bruxomania” (MARIE; PIETKIEWKZ, 1907) que em 1931 foi substituído por “bruxismo”. (FROHMAN, 1931; SILVA; CANTISANO, 2009).

O bruxismo é caracterizado pelo ato de ranger os dentes (ATTANASIO, 1991), seja ele de forma consciente no ato de morder objetos como lápis, canetas, dedos, bem como de forma inconsciente, sendo considerada atividade involuntária parafuncional do sistema estomatognático. (BADER; LAVIGNE, 2000).

Embora venha sendo estudado principalmente por sua ocorrência em adultos, este hábito tem sido observado em um número cada vez maior em crianças. (JARDINI; RUIZ; MOYSÉS, 2006).

Dentre os hábitos parafuncionais mais citados na literatura o bruxismo e o apertamento de dentes são os mais prevalentes (CARLSSON; EGERMARK; MAGNUSSON, 2003; CORVO et al., 2003; FARSI, 2003; HIRSCH et al., 2004) e descritos como movimentos involuntários, ritmados e espasmódicos de fricção ou apertamento dos dentes, sem causa específica, tanto na dentição decídua como na permanente, ocorrendo com maior frequência na fase de dentadura mista, entre os 7 e 10 anos de idade (22%) quando relatado em crianças. (ALVES et al., 1993). Garcia et al. (1995) em um estudo observaram uma prevalência de 40% em pré-escolares na faixa etária de 3 a 6 anos, 17% entre 6 e 7 anos e 24% na faixa dos 8 aos 9 anos. De acordo com Muhtarogullari, Demirel e Saygili (2004), bem como Lima e Lanza (2002), essa alta prevalência coincide com o processo fisiológico de erupção dos dentes permanentes produzindo interferências oclusais. Prevalências mais altas também registradas em crianças entre 10 e 13 anos sugerem uma associação ao ponto máximo de crescimento do período puberal. (NILNER, KOPP, 1983). Já a presença desse hábito em torno de 3 a 6 anos de idade pode ser atribuída à ansiedade gerada pelo início da ida da criança a escola, bem como de sua vida social. (HADDAD; CORRÊA; FAZZI, 1994). Shinkai et al. (1998) observaram uma prevalência 43% em crianças com idade entre 2 a 3 anos, 35% entre 4 e 5 anos e 34% entre 10 e 11 anos de idade, sendo que a maioria apresentava comportamento ansioso ou hiperativo. Na infância o bruxismo é mais

comum devido às características estruturais e morfo-funcionais da dentição decídua. (ALVES et al., 1993).

Borsatto e Oviedo (1995) sugerem que a prevalência do Bruxismo é muito variada devido aos diferentes métodos utilizados para o diagnóstico, não devendo ser definida apenas pela presença de facetas de desgaste dos dentes.

A falta de padronização dos critérios para a avaliação do Bruxismo em crianças tem resultado em uma grande variação de sua prevalência, entre 5% e 81%, dificultando o estabelecimento de parâmetros comparativos. (ANTONIO; PIERRO; MAIA, 2006; BADER; LAVIGNE, 2000).

A ocorrência desse problema pode ser durante o sono ou em estado de vigília. É comumente associado ao momento do sono, períodos de maior ansiedade, estresse físico e emocional, provavelmente em função da ausência do reflexo protetor (ATTANASIO, 1991), de relativa intensidade e persistência ao longo do tempo, sendo normalmente detectado por terceiros em função da presença de ruídos altos e constantes enquanto o indivíduo encontra-se dormindo. O bruxismo noturno, que ocorre com maior frequência, em alguns casos pode passar despercebido. Ao afetar a ATM uma das consequências dessa parafunção é a sintomatologia dolorosa nos músculos da face, causada por cansaço ou fadiga, bem como disfunção. (SIQUEIRA, 2001). Os tecidos localizados na parte posterior da articulação, denominada zona bilaminar, apresentam vasta inervação e vascularização e quando a mandíbula é deslocada no sentido posterior, o côndilo possivelmente vem causar microtraumas. (HADDAD; CORRÊA; FAZZI, 1994). De acordo com Garcia e Sousa (1998), o hábito de ranger os dentes, produz algumas alterações no mecanismo de lubrificação das estruturas articulares, devido a sobrecarga de forças nessas superfícies. O apertamento é mais destrutivo durante o dia, pois as forças podem ser menos toleradas e, por não apresentarem ruídos, podem ter o seu diagnóstico subestimado. (SHINKAI et al., 1998).

O bruxismo diurno e noturno podem ser diferenciados a partir do estado de consciência do indivíduo, isto é, durante o sono apresenta-se em diferentes estados fisiológicos influenciando na excitabilidade oral motora. Por outro lado, o bruxismo diurno é caracterizado por um hábito, ou seja, uma atividade semi-voluntária da mandíbula. (SHINKAI et al., 1998).

Pode ser classificado como primário, quando não há uma causa sistêmica, psicológica ou médica evidente e, secundário quando apresenta-se em função de

transtornos do sono, presença de patologias (pessoas com algum tipo de deficiência, como por exemplo indivíduos com paralisia cerebral ou outras síndromes que apresentem comprometimento neuropsicomotor), ou em função da retirada ou uso de medicamentos decorrentes de tratamentos neurológicos ou psiquiátricos. (ALÓE et al., 2003).

Vários são os fatores etiológicos citados na literatura, podendo ser estes considerados locais, sistêmicos, psicológicos (preocupação excessiva), emocionais (agressão reprimida, raiva, medo, estresse e excitação), hereditários e ocupacionais. (DINIZ; SILVA, 2009; GUSSON, 1998; MACIEL, 1998; NÖR et al., 1991). Pode trazer como consequência hipersensibilidade pulpar, devido ao desgaste oclusal e das estruturas de suporte deste elemento, fratura de cúspides, distúrbios na ATM causando dores, estalos, travamento, restrição de abertura bucal e desvios nos movimentos de abrir e fechar a boca, mialgias, hipertonicidade muscular (espasmos), dores de cabeça tensionais associadas a uma contração excessiva dos músculos mastigatórios atingindo face, região cervical, pavilhão auditivo e podendo afetar também a região dos ombros. (ATTANASIO, 1991; BAILEY, 1990; LAVINAS, 1985).

Em relação aos fatores locais pode-se observar traumatismo oclusal, contato prematuro, reabsorção radicular, lesão de abfração e problemas de oclusão como interferências oclusais oriundas de maloclusões ou restaurações desadaptadas, além de problemas periodontais. Estudos sugerem que a presença de alterações na oclusão não influencia na probabilidade do indivíduo desenvolver o bruxismo. Alguns pacientes relatam sensibilidade acentuada ao ingerir alimentos ou líquidos gelados, doces ou ácidos. (DURSO; BEUCLAIR, 1998; GUSSON, 1998; PARIZOTTO; RODRIGUES, 1999; REGO et al., 2005; VANDERAS; MANETAS; 1995).

Alguns autores associam a presença de bruxismo ao tempo de aleitamento materno e relatam que quanto maior o tempo de aleitamento materno, menor a probabilidade da criança desenvolver hábitos orais, como o bruxismo. (DINIZ; SILVA, 2009; FERREIRA; TOLEDO, 1997).

Quanto aos fatores sistêmicos pode estar associado à algumas síndromes, como a Síndrome de Down, Deficiência Intelectual, Paralisia Cerebral, além de deficiências nutricionais, vitamínicas e alterações no trato digestório (parasitários intestinais), facilitando o desenvolvimento do hábito. (DINIZ; SILVA, 2009; GONÇALVES; TOLEDO; OTERO, 2010; SILVA; CANTISANO, 2009). Também pode

estar associado a problemas respiratórios e quadros alérgicos (rinites) durante o sono, pois alguns estudos citam que após a cirurgia de adenoides e tonsilas, pode ocorrer uma melhora no quadro do bruxismo. (DINIZ; SILVA, 2009; DURSO; BEUCLAIR, 1998; GUSSON, 1998; PARIZOTTO; RODRIGUES, 1999; REGO et al., 2005; SILVA; CANTISANO, 2009; VANDERAS; MANETAS, 1995).

A literatura evidencia que a ansiedade é o fator emocional mais estudado e o maior causador do bruxismo em crianças. Tensões emocionais, problemas familiares, crises existenciais, ansiedade, depressão, medo, hostilidade, crianças em fase de autoafirmação podem atuar como fatores de origem psicológica ou emocional. (ALVES et al., 1993; ANTONIO; PIERRO; MAIA, 2006; ATTANASIO, 1991; SILVA, 2003). A cavidade bucal tem um forte potencial afetivo, sendo muitas vezes o ponto principal de liberação dos desejos e anseios da criança como forma de compensar problemas e frustrações por meio do ranger ou apertar de dentes. De acordo com Serralta e Freitas (2002), casos de depressão e raiva, quando a exteriorização da agressividade for negada ou reprimida, os sentimentos hostis não são admitidos na consciência, levando a sentimentos dolorosos de culpa que podem desencadear o Bruxismo como forma de autoagressão. A personalidade da criança também é um tópico a ser avaliado em relação ao desenvolvimento do hábito. (DINIZ; SILVA, 2009; GIMENES; 2008; SIMÕES-ZENARI; BITAR, 2010).

Quanto aos fatores hereditários o bruxismo pode estar relacionado a pré-disposição genética, e mesmo que a forma de transmissão seja desconhecida, a literatura sugere que filhos de pais que possuem ou possuíam o hábito na fase adulta ou na infância, podem apresentar o hábito de apertar ou ranger os dentes. (DINIZ; SILVA, 2009).

Os fatores ocupacionais estão relacionados a atividades extras que sobrecarregam o dia a dia da criança provocando estresse e ansiedade como por exemplo, excesso na prática de esportes, aulas de reforço e atividades extraescolares (aulas de inglês, informática, natação, etc.), limitando o tempo de descanso e diversão da criança. (ALVES et al., 1993; ANTONIO; PIERRO; MAIA, 2006; SILVA, 2003).

Clinicamente manifesta-se por desgastes na face incisal e oclusal de vários dentes devido às forças intensas geradas sobre os dentes (MACIEL, 1998), com maior ênfase nos molares e caninos, iniciando pelo esmalte, onde dentes

antagonistas, quando em contato oclusal intenso levam a um quadro de abrasão com severa perda de estrutura dental.

Os sintomas do bruxismo são semelhantes nas mais variadas idades, embora no paciente odontopediátrico possa se manifestar com frequência associado a outros hábitos como morder os lábios, mucosa jugal e objetos variados. (JARDINI; RUIZ; MOYSÉS, 2006).

Apesar de serem poucos os estudos na literatura que avaliam a prevalência desse hábito em crianças (JUNQUEIRA et al., 2013), o bruxismo na infância, nos últimos cinco anos, tem sido relatado com frequência. (COSTA, 2013). Estudos recentes sugerem que o bruxismo na infância não é patológico, não necessitando de intervenção direta, devendo sua evolução ser controlada pelo odontopediatra e outros profissionais da saúde visando a redução da ansiedade, e orientando em relação a intervenção precoce para utilização de placas acrílicas para que o hábito não se agrave. (ANDRADE, 2014).

A odontologia tem um papel muito importante para o tratamento do bruxismo, atuando de forma mais direta no problema, por meio de restaurações dos dentes comprometidos, ajuste da oclusão com tratamentos ortodônticos, e placas de mordida. (ANTONIO; PIERRO; MAIA, 2006; HACHMANN et al., 1999). Porém para que o tratamento odontológico seja mais efetivo e traga bons resultados, é necessário um trabalho multidisciplinar encaminhando a criança para avaliação e tratamento médico e psicológico. Em casos específicos pode ser necessário o uso de medicamentos como os ansiolíticos associados ao acompanhamento psicológico. (AHMAD, 1986; ALVES et al., 1993; MCDONALD; AVERY, 1995).

O bruxismo na infância tem se apresentado com frequência nas clínicas de Odontopediatria e os danos podem ser severos em longo prazo caso não seja diagnosticado precocemente e o acompanhamento realizado de forma adequada. Cabe ao odontopediatra diagnosticar precocemente o bruxismo, antes que se torne um problema grave. (RAMFJORD; ASH, 1987).

2 OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de bruxismo infantil evidenciando as principais características clínicas, possíveis fatores causais e acompanhamento.

3 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, com 06 anos de idade, compareceu a Clínica de Odontopediatria acompanhada pela mãe, apresentando dentadura mista com desgaste severo e generalizado nos dentes decíduos e retenção prolongada dos elementos dentários 71 e 81 uma vez que os dentes sucessores permanentes 31 e 41 respectivamente encontravam-se em fase inicial de irrupção e localizados por lingual em relação aos seus antecessores decíduos (Figura 1 A e B). Dentes permanentes 16 e 46 já irrompidos e 26 e 36 em processo de irrupção (Figuras 2 e 3).

Figura 1 - A e B: aspecto clínico frontal do desgaste dentário nos arcos superior e inferior



Fonte: Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

Figura 2 - Aspecto clínico oclusal do arco superior



Fonte: Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

Figura 3 - Aspecto clínico oclusal do arco inferior



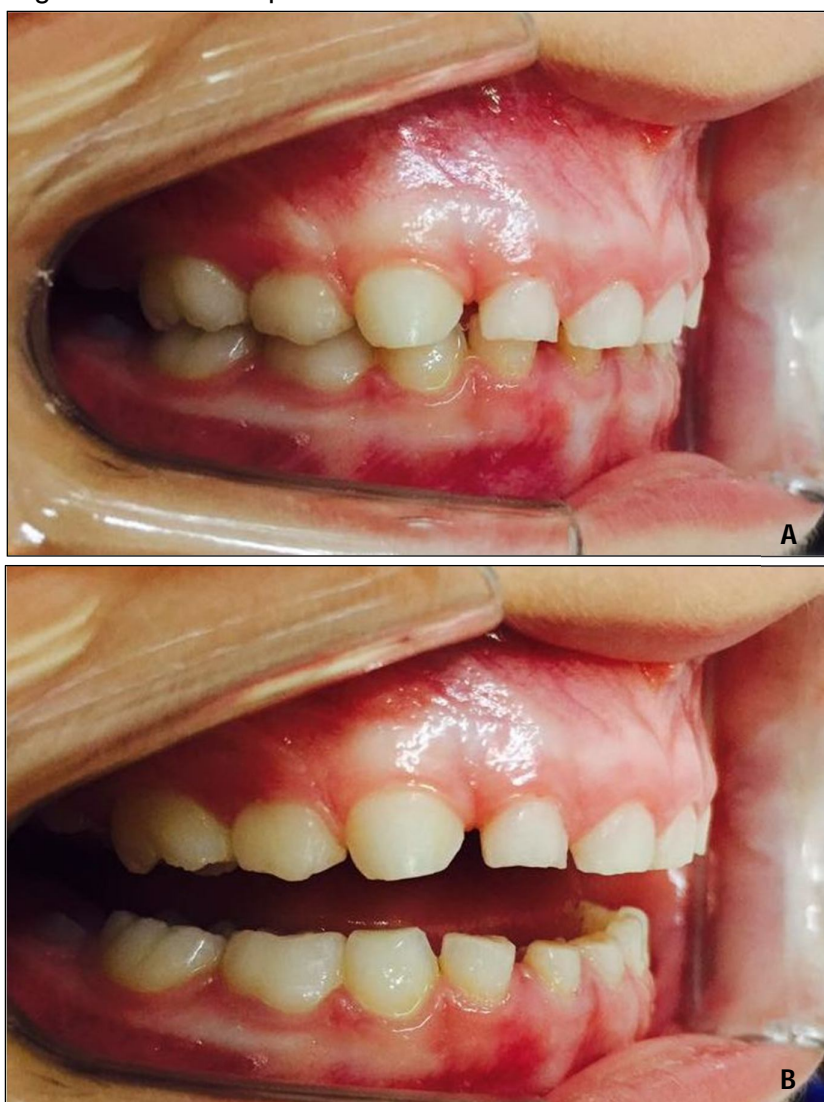
Fonte: Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

A responsável pela paciente relatou que a criança range os dentes de maneira intensa e contínua durante todo o período noturno, praticamente todos os dias, desde os dois ou três anos de idade, sendo o barulho produzido tão alto que pode ser ouvido a distância nos demais cômodos da residência. Além disso, queixou-se de descontentamento com a estética em função do desgaste

generalizado dos dentes decíduos. Relatou também que a criança apresenta comportamento agitado e períodos de extrema ansiedade.

Ao exame clínico constatou-se hipertonia muscular e desgaste das bordas incisais de todos os dentes decíduos anteriores superiores e inferiores e facetas de desgaste na região de cúspides de todos os molares decíduos, sem a presença de qualquer alteração no padrão oclusal e comprometimento periodontal, não apresentando queixa de sintomatologia dolorosa (Figuras 4 A e B e 5 A e B).

Figura 4 - A e B: aspecto clínico lateral direito



Fonte: Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

Figura 5 - A e B: aspecto clínico lateral esquerdo



Fonte: Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

A terapêutica escolhida foi acompanhamento clínico periódico para controle do desgaste dentário durante a troca da dentição e tratamento psicológico para controle da ansiedade. Em função da criança apresentar-se em idade precoce e crescimento ativo, o uso de placas mio-relaxantes foi contraindicado para o momento.

A responsável pela criança foi orientada em relação aos possíveis fatores etiológicos do bruxismo e sobre a importância do acompanhamento rigoroso e frequente para que as sequelas do problema não prejudiquem o crescimento e desenvolvimento da criança. Em seguida a criança foi encaminhada para avaliação e tratamento na área de psicologia infantil para que as questões procedentes dos fatores emocionais pudessem ser resolvidas. Foi orientada também em relação à

provável necessidade de uso de placa mio-relaxante caso o bruxismo persista nas fases de adolescência e adulta, após a estabilização do crescimento, evitando o desgaste dos dentes permanentes o que prejudicaria de forma significativa e irreversível os padrões funcionais e estéticos da criança.

Foram realizadas as exodontias dos elementos dentários decíduos 71 e 81 para favorecer a irrupção e posicionamento corretos na arcada dentária dos dentes sucessores permanentes 31 e 41 respectivamente (Figura 6).

Figura 6 - Aspecto clínico após a exodontia dos elementos dentários decíduos 71 e 81



Fonte: Profa. Dra. Vivian de Agostino Biella Passos.

Os retornos para controle e avaliação do caso estão sendo realizados trimestralmente para acompanhamento da troca da dentição aguardando o momento oportuno para indicação de placa mio-relaxante com o objetivo de preservar os dentes sucessores permanentes e evitar o surgimento de alterações musculares e sintomatologia dolorosa, o que poderia afetar a qualidade de vida da criança.

4 DISCUSSÃO

O bruxismo no paciente odontopediátrico é uma condição que merece a atenção dos profissionais que atuam na área devido aos prejuízos estéticos e funcionais que pode trazer a criança. O conhecimento da etiologia, diagnóstico, prevalência e consequências do bruxismo infantil são de extrema importância para orientação dos responsáveis e condução do tratamento.

A faixa etária em que o problema é mais prevalente na infância citada na literatura encontra-se entre 7 e 10 anos de idade (22%). (ALVES et al., 1993). Entretanto a literatura também evidencia uma maior prevalência na faixa etária de 11 a 12 anos, representando cerca de 28% dos casos (BLOCH et al., 1995; CAMPOS; CAMPOS; ZUANON, 2002), coincidindo com processo fisiológico de troca da dentição o que poderia provocar interferências oclusais. (LIMA; LANZA, 2002; MUHTAROĞULLARI; DEMIREL; SAYGILI, 2004). Garcia et al. (1995) observaram uma prevalência de 17% em crianças com idades entre 6 a 7 anos. No presente caso a criança apresenta-se com 6 anos de idade e início da erupção dos dentes 31 e 41.

A literatura é contundente em relação ao caráter multifatorial da etiologia do problema o que dificulta o estabelecimento de sua causa e efeito. (DINIZ; SILVA, 2009; GUSSON, 1998; MACIEL, 1998; NÖR et al., 1991; VANDERAS; MANETAS, 1995). Apesar disso foi possível observar neste caso, por meio do relato da responsável pela criança, que o fator psicológico e emocional pode ter sido predominante para o desencadeamento do problema, em função do padrão comportamental da criança, concordando com Campos, Campos e Zuanon (2002) e Feinmann e Harrison (1997) que sugerem um aumento no número de patologias relacionadas a causas emocionais, sendo a interdisciplinaridade muito importante na condução do tratamento correto e eficaz.

Vanderas e Manetas (1995) observaram aumento de atividade parafuncional em um grupo de crianças tensas, ansiosas, nervosas ou sob estresse. Shinkai et al. (1998) relataram que o comportamento diário da criança atua de maneira significativa na ocorrência do bruxismo em comparação a situações passageiras de estresse emocional. As variações na personalidade da criança muitas vezes são responsáveis pelo desenvolvimento deste hábito.

De acordo com Rodrigues (2008) a área da Odontologia que mais necessita do apoio da Psicologia tem sido a Odontopediatria, sendo os problemas relacionados às disfunções na Articulação Temporomandibular (DTM) e em especial o Bruxismo a maior interface entre as duas especialidades.

Os danos provocados pelo hábito nas estruturas dentárias dependem de alguns fatores como tipo e gravidade da parafunção, localização e posicionamento dos dentes, relações intermaxilares, alturas das cúspides, mobilidade e contatos proximais. (KERSTEIN, 1994).

O bruxismo por tratar-se de um reflexo subconsciente não controlado e leve, muitas vezes é desconhecido ou mesmo despercebido pelos pais ou familiares, sendo de extrema importância o estabelecimento de um diagnóstico precoce das alterações estruturais que podem ocorrer antes que os danos se instalem. (RAMFJORD; ASH, 1987).

Nos quadros de bruxismo em crianças, o problema normalmente é identificado pelo odontopediatra em função da presença de desgastes dentários fora dos padrões de normalidade, disfunções temporomandibulares e dor. (BADER; LAVIGNE, 2000).

A presença de sintomatologia dolorosa depende da frequência, intensidade e idade da criança, em associação à duração do hábito. Em crianças, os sinais e sintomas são ocasionais e leves, explicando o fato de estarem, na maioria das vezes, livres da disfunção da articulação temporomandibular. (AHMAD, 1986). Gondo, Façanha e Bussadori (2001) sugere que em relação a sintomatologia, a dor muscular e a cefaleia são ocasionais e leves no paciente infantil. No presente caso clínico apesar da paciente apresentar desgaste severo e generalizado dos dentes, inclusive com envolvimento de dentina, não foi relatado presença de sintomatologia dolorosa ou sensibilidade nos dentes.

De acordo com Nör et al. (1991) a anamnese, exame clínico intra e extra-oral são elementos indispensáveis para a determinação do diagnóstico de Bruxismo. Sendo muito importante avaliar a persistência do hábito, intensidade do mesmo e duração dos períodos de apertamento e deslizamento dos dentes. Na anamnese, a informação obtida por meio de entrevista com os pais é fundamental, pois são os únicos que terão condições de relatar a história geral e médica, pregressa e atual da criança. (NÖR et al., 1991). Essas informações são efetivamente obtidas por meio da utilização de um questionário contendo indagações sobre antecedentes pré e

neonatais, rotina diária da criança e aspectos psicológicos e se realiza ou já realizou algum tipo de tratamento nessa área. (NÖR et al., 1991; RODRIGUES, 2008).

No exame extra-bucal devem ser avaliados os músculos da face, ATM, presença de sintomatologia dolorosa, estalos na articulação e aumento da tonicidade na região do ângulo da mandíbula. Exame clínico minucioso com palpação, ausculta, avaliação dos tecidos moles e língua, movimentos mandibulares, análise oclusal e até mesmo radiografias são fundamentais. Intra bucalmente avaliar mobilidade dentária, perda de dentes, lesões da mucosa como marcas de mordidas ou ulcerações, além das facetas de desgaste generalizadas. (GUSSON, 1998). Quanto mais cedo o diagnóstico, menores serão os danos para as estruturas dentárias e periodontais.

Poucos estudos estabeleceram o desenvolvimento natural do bruxismo, entretanto parece tratar-se de uma patologia crônica persistente (BADER; LAVIGNE, 2000), podendo quando identificado na infância, persistir em 35% dos pacientes até a vida adulta. (ABE; SHIMAKAWA, 1966).

Quando o bruxismo está presente e associado a um provável fator causal, o primeiro procedimento é o de eliminar e/ou alterar este fator e acompanhar a evolução do hábito.

Estudos recentes sugerem que o bruxismo na infância não é patológico, não necessitando de intervenção direta, devendo sua evolução ser controlada pelo odontopediatra e outros profissionais da saúde visando a redução da ansiedade, e orientando em relação a intervenção precoce para utilização de placas acrílicas para que o hábito não se agrave. (ANDRADE, 2014).

A terapêutica utilizada para o tratamento quando necessário pode ser dentária, farmacológica e psico-comportamental. (BADER; LAVIGNE, 2000; DINIZ; SILVA, 2009). O tratamento proposto abrange aspectos clínicos odontológicos, médico e psicológico, podendo ser necessário o uso de medicamento (ALVES et al., 1993). De acordo com Alves et al. (1993) e Silva (2003), no acompanhamento psicológico, a psicoterapia objetivando a redução da tensão emocional, pode reduzir ou mesmo eliminar o hábito.

De acordo com Gimenes (2008) e Haddad, Corrêa e Fazzi (1994) a conduta do profissional frente ao bruxismo deve estar direcionada para reduzir a tensão psicológica, tratar os sinais e sintomas, minimizar as alterações oclusais e modificar o padrão neuromuscular habitual. Para a criança o tratamento somente é indicado

se a frequência, intensidade e duração do hábito ultrapassar o desenvolvimento normal da dentição, com a ajuda de profissionais da área de psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia. (GUSSON, 1998).

O uso da placa pode ser indicado com a finalidade de reduzir a atividade parafuncional, desprogramar e induzir ao relaxamento muscular, proteger os dentes contra atrição e desgaste, balanceio dos contatos oclusais, reposicionamento da mandíbula em uma relação normal com a maxila alcançando equilíbrio neuromuscular (BADER; LAVIGNE, 2000; DINIZ; SILVA, 2009; PARIZOTTO; RODRIGUES, 1999), proporcionando conforto ao paciente. Essa placa deve ser confeccionada com material a base de silicone, com espessura de aproximadamente 3 mm, estendendo-se até a região vestibular e palatina o suficiente para prevenir a perfuração e aumentar a resistência ao impacto. (CASSAMASSIMO, 1994; DINIZ; SILVA, 2009). Apresenta como vantagens não interferir no crescimento das arcadas dentárias ou alterar suas características físicas, além de ter boa aceitação pelo paciente odontopediátrico. (AHMAD, 1986; HACHMANN et al., 1999).

Pode ser necessário também realização de ajuste oclusal e restauração das superfícies dentárias com materiais adequados para cada caso. (DINIZ; SILVA, 2009). Os casos de sensibilidade podem ser tratados com medicamentos e/ou dentifrícios específicos que obliteram os canalículos dentinários, reduzindo os sintomas.

Em relação a abordagem psico-comportamental alguns autores sugerem a psicoterapia por meio de aconselhamento, autossugestão, hipnose, condicionamento e exercícios de relaxamento. (AHMAD, 1986; ATTANASIO, 1991; BADER; LAVIGNE, 2000).

Embora a literatura tenha relatado uso de benzodiazepínicos (diazepam), relaxantes musculares (metocarbamol) e antagonistas beta adrenérgicos (propranolol) para redução da frequência do bruxismo noturno (AMIR; HERMESH; GAVISH, 1997; LOBBEZOO et al., 1997), ainda não existem estudos clínicos que comprovem a eficácia e segurança desses medicamentos para uso em crianças, devendo os mesmos serem utilizados com cautela e somente se forem estritamente necessários. O tratamento de escolha deve sempre ser multidisciplinar abrangendo os aspectos dentários, médicos e psicológicos, bem como a motivação do paciente. (DINIZ; SILVA, 2009; ZUANON et al., 1999).

5 CONCLUSÃO

O bruxismo infantil vem se tornando uma patologia cada vez mais frequente nos consultórios de odontopediatria sendo a ansiedade e os fatores emocionais os principais fatores etiológicos envolvidos.

Em função de apresentar uma etiologia multifatorial e poder causar danos irreversíveis, tanto para dentição decídua como para a permanente, o diagnóstico precoce é de extrema importância para controle e prevenção de danos ao sistema estomatognático, bem como proporcionar bem-estar e conforto a criança.

O tratamento multidisciplinar envolvendo profissionais de diversas especialidades é fundamental para o sucesso do prognóstico do caso.

REFERÊNCIAS

- ABE, K.; SHIMAKAWA, M. Genetic and developmental aspects of sleeptalking and teeth-grinding. **Acta Paedopsychiatr**, Basel, v. 33, n. 11, p. 333-344, Nov. 1966.
- AHMAD, R. Bruxism in children. **J Pedod**, Birmingham, v. 10, n. 2, p. 105-126, 1986.
- ALÓE, F. et al. Bruxismo durante o sono. **Rev. Neurociências**, v. 11, n. 1, p. 4-17, 2003.
- ALVES, V. C. et al. Alguns aspectos do bruxismo de interesse do odontopediatra. **Rev. Odontopediatr.**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 157-163, jul./set. 1993.
- AMIR, I.; HERMESH, H.; GAVISH, A. Bruxism secondary to psychotic drug exposure: a positive response to propranolol. **Clin Neuropharmacol**, New York, v. 20, n. 1, p. 86-89, Feb. 1997.
- ANDRADE, P. M. G. M. **Uma visão atual do bruxismo infantil**. 2014. 36 f. Monografia (Especialização em Ortodontia) – FUNORTE/SOEBRÁS (CEPPTO), Poços de Caldas, 2014.
- ANTONIO, A. G.; PIERRO, V. S.; MAIA, L. C. Bruxism in children: a warning sign for psychological problems. **J Can Dent Assoc**, Ottawa, v. 72, n. 2, p. 155-160, Mar. 2006.
- ATTANASIO, R. Nocturnal bruxism and its clinical management. **Dent Clin North Am**, Philadelphia, v. 35, n. 1, p. 245-252, Jan. 1991.
- BADER, G.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Med Rev**, London, v. 4, n. 1, p. 27-43, Feb. 2000.
- BAILEY, D. R. Tension headache and bruxism in the sleep disordered patient. **Cranio**, Chattanooga, v. 8, n. 2, p. 174-182, Apr. 1990.
- BLOCH, M. et al. Cranio-mandibular disorder in children. **N Y State Dent J**, New York, v. 61, n. 3, p. 48-50, Mar. 1995.
- BORSATTO, M. C.; OVIEDRO, M. P. **Bruxismo infantil**. Apostila da Faculdade de Odontologia de Araraquara, 1995.
- CAMPOS, J. A. D. B.; CAMPOS, A. G.; ZUANON, A. C. C. Bruxismo em crianças. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 50, n. 2, p. 74-76, abr./mai./jun. 2002.
- CARLSSON, G. E.; EGERMARK, I.; MAGNUSSON, T. Predictors of bruxism, other oral parafunctions, and tooth wear over a 20-year follow-up period. **J Orafac Pain**, Carol Stream, v. 17, n. 1, p. 50-57, 2003.
- CASSAMASSIMO, P. Periodontal considerations. In: PINKHAM, J. et al. (Ed.). **Pediatric dentistry infancy through adolescence**. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 1994. p. 372.

CORVO, G. et al. Distribution of craniomandibular disorders, occlusal factors and oral parafunctions in a paediatric population. **Eur J Paediatr Dent**, Milano, v. 4, n. 2, p. 84-88, Jun. 2003.

COSTA, S. V. **Bruxismo na infância**: estudo clínico aleatório sobre fatores relacionados a ocorrência e influencia na qualidade de vida. 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências no programa de Ciências Odontológicas Aplicadas) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2013.

DINIZ, M. B.; SILVA, R. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 329-334, mar. 2009.

DURSO, B. C.; BEUCLAIR, B. S. Bruxismo noturno: aspectos clínicos e tratamentos. **Rev do CROMG**, v. 4, n. 2, p. 90-93, jul./dez. 1998.

FARSI, N. M. Symptoms and signs of temporomandibular disorders and oral parafunctions among Saudi children. **J Oral Rehabil**, Oxford, v. 30, n. 12, p. 1200-1208, Dec. 2003.

FEINMANN, C.; HARRISON, S. Liaison psychiatry and psychology in dentistry. **J Psychosom Res**, London, v. 43, n. 5, p. 467-476, 1997.

FERREIRA, M. I.; TOLEDO, O. A. Relação entre tempo de aleitamento materno e hábitos bucais. **Rev ABO Nac**, São Paulo, v. 5, n. 5, p.317-320, out./nov. 1997.

FROHMAN, B. S. The application of physiotherapy to dental problem. **D Cosmos**, v. 73, p. 1117-1122, 1931.

GARCIA, A. R.; SOUSA, V. Desordens temporomandibulares: causa de dor de cabeça e limitação da função. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 480-486, nov./dez. 1998.

GARCIA, P. P. et al. Verificação da incidência de bruxismo em pré-escolares. **Odontol. Clin.**, v. 5, n. 2, p. 119-122, 1995.

GIMENES, M. C. M. Bruxismo: aspectos clínicos e tratamento. **Portal Educação**, 2008. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/2909/bruxismo-aspectos-clinicos-e-tratamento>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

GONÇALVES, L. P. V.; TOLEDO, O. A.; OTERO, S. A. M. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 97-104, Abr. 2010.

GONDO, S.; FAÇANHA, R. A.; BUSSADORI, S. K. Bruxismo infantil. **Rev. paul odontol.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 33-36, nov./dez. 2001.

GUSSON, D. G. D. Bruxismo em crianças. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol.**, v. 1, n. 2, p. 75-97, abr./jun. 1998.

HACHMANN, A. et al. Efficacy of the nocturnal bite plate in the control of bruxism for 3 to 5 year old children. **J Clin Pediatr Dent**, Birmingham, v. 24, n. 1, p. 9-15, 1999.

HADDAD, A. N.; CORRÊA, M. S. N. P.; FAZZI, R. Bruxismo em crianças. **Rev. odontopediatr.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 91-8, abr./jun. 1994.

HIRSCH, C. et al. Incisal tooth wear and self-reported TMD pain in children and adolescents. **In J Prosthodont**, Lombard 2004; v. 17, n. 2, p. 205-210, Mar./Apr. 2004.

JARDINI, R. S.; RUIZ, L. S.; MOYSÉS, M. A. Electromyographic analysis of the masseter and buccinator muscles with the pro-fono facial exerciser use in bruxers. **Cranio**, Chattanooga, v. 24, n. 1, p. 29-37, Jan. 2006.

JUNQUEIRA, T. H. et al. Association of infantile bruxism and the terminal relationships of the primarysecond molars. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 42-7, Jan./Feb. 2013.

KERSTEIN, R. Disclusion time measurement studies: stability of disclusion time – a 1-year follow-up. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v. 72, n. 2, p. 164-168, Aug. 1994.

LAVINAS, M. O. O bruxismo como manifestação bucal de distúrbios psicogênicos. **Odontol Moder**, v. 12, p. 54-58, 1985.

LIMA, L. F.; LANZA, C. R. M. Prevalência do bruxismo excêntrico noturno e suas variáveis. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, Curitiba, v. 5, n. 26, Supl. 1, p. 1-64, jul./ago. 2002.

LOBBEZOO, F. et al. The effect of catecholamine precursor L-dopa on sleep bruxism: a controlled clinical trial. **Mov Disord**, New York, v. 12, n. 1, p. 73-78, Jan. 1997.

MACIEL, R. N. **Oclusão e ATM**: procedimentos clínicos. São Paulo: Santos, 1998.

MARIE, M.; PIETKIEWIEZ, L. La bruxomanie. **Rev Stomatol**, v. 14, p. 107, 1907.

MCDONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

MUHTAROĞULLARI, M., DEMIREL, F.; SAYGILI, G. Temporomandibular disorders in Turkish children with mixed and primary dentition: prevalence of signs and symptoms. **Turk J Pediatr**, Ankara, v. 46, n. 2, p. 159-163, Apr./June, 2004.

NILNER, M.; KOPP, S. Distribution by age and sex of functional disturbances and diseases of the stomatognathic system in 7-18 year olds. **Swed Dent J**, Jönköping, v. 7, n. 5, p. 191-198, 1983.

NÖR, J. E. et al. Bruxismo em crianças. **Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 18-21, jul. 1991.

PARIZOTTO, S. P. C. O. L.; RODRIGUES, C. R. M. D. Tratamento de bruxismo em crianças através do uso de placa de mordida e reabilitação das facetas de desgaste. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**, Curitiba, v. 2, n. 9, p. 339-344, set./out. 1999.

RAMFJORD, S.; ASH, M. M. (Ed.). **Oclusão**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987

REGO, E. B. et al. Bruxismo infantil: uma abordagem multidisciplinar. **J. Bras. Fonoaudiol.**, v. 5, n. 23, p. 413-415, 2005.

RODRIGUES, K. **Aspectos psicológicos de crianças com bruxismo**. 2008. 182f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SERRALTA, F. B.; FREITAS, P. R. R. de. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. **JBA**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 20-25, jan./mar. 2002.

SHINKAI, R. S. et al. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 29-37, jan. 1998.

SILVA, N. R. S.; CASTISANO, M. H. Bruxismo etiologia e tratamento. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 223-226, jul./dez. 2009.

SILVA, S. R. Bruxismo. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 57, p. 409-417, 2003.

SIMÕES-ZENARI, M.; BITAR, M. L. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. **Pró-Fono R. Atual. Cient.**, Barueri, v. 22, n. 4, p. 465-472, dez. 2010.

SIQUEIRA, J. J. T. **Dor orofacial/ATM: bases para o diagnóstico clínico**. 2. ed. Curitiba: Maio, 2001.

VANDERAS, A. P.; MANETAS, K. J. Relationship between malocclusion and bruxism in children and adolescents: a review. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 17, n. 1, p. 7-12, Jan./Feb, 1995.

ZUANON, A. C. C. et al. Bruxismo infantil. **Odontologia Clínica**, v. 9, n. 1, p. 41-44, 1999.