

BRUXISMO DO SONO NA INFÂNCIA

Sleeping Bruxism in Children

Tamiris Abreu Ribeiro¹; Fatima Cristina Natal de Freitas²

¹Graduada em Ciências Biológicas e Ambiental pela Fundação Educacional de Além Paraíba, Discente do Curso em Odontologia no UNIFESO; ²Mestre em Odontopediatria –UFRJ, Docente do Curso de Odontologia do UNIFESO

Resumo

O tema do presente artigo é sobre o bruxismo do sono na infância. O bruxismo do sono é uma desordem de movimentos estereotipados e periódicos, associados ao ranger e/ou apertar de dentes durante o sono, decorrentes da contração rítmica dos músculos mastigatórios. A metodologia utilizada foi uma pesquisa teórica, onde foi feito um levantamento bibliográfico. O objetivo foi destacar fatores etiológicos, assim como diagnóstico, prevalência, consequências e propostas de tratamento. Apesar do Bruxismo do Sono em crianças ser motivo de muitas controvérsias, é de extrema importância que o cirurgião dentista saiba identificar os sinais clínicos no paciente para que seja realizado um bom diagnóstico e um plano de tratamento individualizado, proporcionando melhor qualidade de vida para essas crianças e evitando consequentemente possíveis problemas futuros causados por esse hábito.

Palavras-chave: Bruxismo. Bruxismo na infância. Bruxismo do sono.

INTRODUÇÃO

O Bruxismo é reconhecido como sendo uma atividade repetitiva dos músculos mastigadores evidenciada pelo apertar e/ou ranger de dentes (LOBBEZOO et al., 2013). Os movimentos são conduzidos por contrações rítmicas do músculo masseter e de outros músculos da mastigação (BADER e LAVIGNE, 2000).

Outros nomes têm sido usados para descrever este quadro e dentre eles, neuralgia traumática, bruxomania, friccionar/ranger de dentes, briquismo, apertamento e parafunção oral (MACEDO, 2008).

Segundo Bader e Lavigne (2000) o ato de ranger os dentes é chamado de bruxismo excêntrico, ocorrendo frequentemente durante o

Abstract

The theme of this article is about sleep bruxism in childhood. Sleep bruxism is a disorder of stereotyped and periodic movements associated with grinding and / or clenching of teeth during sleep, resulting from the rhythmic contraction of the masticatory muscles. The methodology used was a theoretical research, where a bibliographic survey was done. The objective was to highlight etiological factors, as well as diagnosis, prevalence, consequences and treatment proposals. Although sleep bruxism in children is a cause of much controversy, it is extremely important that the dentist surgeon be able to identify the clinical signs in the patient so that a good diagnosis and an individualized treatment plan can be performed, providing a better quality of life for these patients and consequently avoid possible future problems caused by this habit.

Keywords: Bruxism. Bruxism in childhood. Sleep bruxism

sono, períodos de preocupação, estresse e excitação, acompanhados por ruídos. Já o Bruxismo Cêntrico, ocorre geralmente sem ruídos, é mais comum durante o dia, podendo ser considerado mais destrutivo, devido as forças serem contínuas e menos toleradas.

Segundo Macedo (2008) o Bruxismo Excêntrico, também pode ser chamado Bruxismo do Sono ou noturno. Entretanto, o termo mais apropriado é Bruxismo do Sono, pois ranger de dentes pode também se desenvolver durante o sono diurno.

O Bruxismo Cêntrico refere-se ao apertamento maxilo-mandibular, com os dentes posicionados em relação de oclusão cêntrica ou máximas intercuspidação, sem a ocorrência de deslizamentos e numa contração isométrica dos músculos elevadores da mandíbula. O Bruxismo Excêntrico é caracterizado pelo rangimento, onde há apertamento e deslizamento dos dentes realizando lateralidades e protrusivas, em um

padrão de contração isotônico (RODRIGUES et al., 2006).

O desenvolvimento do Bruxismo pode estar associado a vários fatores etiológicos como fatores locais, sistêmicos, psicológicos, neurológicos, ocupacionais e hereditários (SERAJet al., 2010; FERREIRA-BACCIADO; CARDOSO e DIAZ-SERRANO, 2012; INSANA, et al., 2013).

O Bruxismo é essencialmente descrito em adultos, entretanto, é relativamente frequente tanto na infância como na adolescência, afetando igualmente ambos os sexos (SOUZA et al., 2010).

As crianças, por motivos variados, podem desenvolver esse hábito, prejudicando o equilíbrio entre função e desenvolvimento. A etiologia do Bruxismo é multifatorial; assim como são as formas de tratamento, pois devem ser individualizadas (SOUZA et al., 2010).

Souza et al. (2010) descrevem que devido à seriedade do Bruxismo, em termos de sofrimento, custo econômico e frustração pessoal, é essencial que o cirurgião-dentista possua conhecimento sobre a prevalência, a etiologia, o diagnóstico e a conduta a ser realizada frente aos comportamentos parafuncionais orais.

O trabalho teve como objetivo destacar fatores etiológicos, assim como diagnóstico, prevalência, propostas de tratamento do Bruxismo do Sono no paciente infantil.

Para tanto foi utilizada uma pesquisa teórica, de caráter qualitativo, na qual foi realizado um levantamento bibliográfico de um trabalho descritivo, em livros, revistas científicas, artigos, dissertações e teses, sites da internet, em autores clássicos e contemporâneos, com o objetivo de refletir sobre os fatores que provocam o Bruxismo do Sono em crianças, o diagnóstico, prevalência, intervenção clínica e os possíveis tratamentos.

REVISÃO DE LITERATURA

O termo Bruxismo tem origem na palavra *brychein*, que significa ranger de dentes no idioma grego. Entretanto, esta condição já foi descrita na literatura com várias nomenclaturas como: neurose do hábito oclusal, neuralgia traumática, bruxomania, friccionar-ranger de dentes, briquismo, apertamento e parafunção oral (MACEDO, 2008). Gonçalves, Toledo e Otero (2010) descrevem o bruxismo como uma atividade parafuncional do sistema estomatognático, que envolve o apertamento (Bruxismo cêntrico) e o ranger dos dentes (Bruxismo Excêntrico). Apresenta-se como contrações musculares rítmicas durante o sono,

com uma força maior que a natural. Estas contrações geram atritos entre os dentes e fortes ruídos que não podem ser reproduzidos nos períodos de consciência.

Este hábito parafuncional danoso e pode causar destruição das cristas oclusais de forma involuntária e inconsciente, seja com o ranger dos dentes, apertamento maxilomandibular ou movimento de deslizamento dos dentes, podendo se manifestar no período diurno, chamado Bruxismo Cêntrico e durante o sono, Bruxismo Excêntrico (MACEDO, 2008).

O Bruxismo diurno, hoje chamado de Bruxismo em vigília, é caracterizado por uma atividade semi-voluntária da mandíbula, como de apertar os dentes quando se encontra acordado, onde em geral não ocorre o ranger de dentes, pode estar relacionado a um tique ou hábito vicioso, como por exemplo: o ato de morder lápis, caneta, cachimbo, ou entre membrana e mucosa, o ato de morder o lábio, língua, bochechas e chupar dedos, sendo caracterizado como Bruxismo Cêntrico (GIMENES, 2008; MACEDO, 2008). O Bruxismo do Sono, também chamado de Bruxismo Excêntrico, é uma atividade inconsciente de ranger (apertamento) e deslizar os dentes nas posições protrusivas e latero-protrusivas, produzindo sons durante o período em que o indivíduo dorme (MACEDO, 2008).

O Bruxismo do Sono é definido na Classificação Internacional das Desordens do Sono como “um distúrbio de movimento estereotipado caracterizado por ranger ou apertar os dentes durante o sono” (ICSD, 1990). É classificado como uma parassonia, ou seja, é um distúrbio que ocorre durante o sono (BADER e LAVIGNE, 2000).

O Bruxismo é classificado como primário ou secundário, “o Bruxismo sem causa aparente é chamado de primário, enquanto o secundário é aquele que ocorre associado ao uso de medicamentos psicoativos, drogas e desordens médicas” (GONÇALVES; TOLEDO e OTERO, 2010).

1. Prevalência

O Bruxismo do Sono acomete de 14% a 20% das crianças abaixo de 11 anos, sendo sua prevalência fortemente dependente da idade, aparecendo na infância após a erupção dos dentes decíduos ou no início da adolescência, reduzindo-se após os 40 anos de idade (WINDMALM, CHRISTIENSEN e GUNN, 1955; REDING; RUBRIGHT e ZIMMERMAN, 1966; GOULET; LUND e MONTPLAISIR, 1998; HUBLIN, et al., 1998). O predomínio de Bruxismo do Sono é de

13% entre 18 e 29 anos, caindo para 3% em indivíduos de 60 anos ou mais (MAGNUSSON; CARLSSON e ENGEMARK, 1993; HUBLIN et al., 1998).

De acordo com Alóe et al. (2003) o Bruxismo do Sono parece ser uma doença crônica persistente com evolução a partir do seu aparecimento na infância ou na adolescência para a idade adulta. Estudos longitudinais revelam que 35% a 90% das crianças com Bruxismo do Sono evoluem com sintomas também na idade adulta. A grande variedade de estudos acerca do Bruxismo pode ser creditada pela sua alta prevalência, tanto em crianças como em adultos de ambos os sexos, além da variedade de fatores etiológicos que podem ser associados ao desenvolvimento do Bruxismo. Dentre estes agentes etiológicos podemos citar fatores locais, sistêmicos, hereditários, ocupacionais, psicológicos, ansiedade, e situações emocionais (GIMENES, 2008; DINIZ e SILVA, 2009).

Para Bader e Lavigne (2000), a prevalência exata do Bruxismo do Sono na população é imprecisa e subestimada. Isto ocorre porque é difícil avaliar a prevalência de Bruxismo do Sono, pois as estimativas de prevalência em geral se baseiam em questionários, e constantemente os indivíduos não têm consciência de ter esse distúrbio, particularmente quando moram sozinhos, por não ter ninguém para relatar esses sons durante o sono. Na maioria das vezes, o distúrbio é descoberto pelo dentista, pois o dente apresenta desgaste anormal, disfunção temporomandibular e dor. O distúrbio também é frequentemente levado à atenção do paciente por um parceiro de sono, um colega de quarto ou um membro da família perturbado por ouvir os desagradáveis, por vezes repetitivos e altos sons dos dentes.

Embora existam estas limitações, estudos têm mostrado que a taxa de prevalência em crianças maiores de 11 anos de idade é a mais alta, variando entre 14% e 20%. Nos adultos jovens, entre 18 e 29 anos de idade, é de 13%, diminuindo ao longo da vida para 3% em indivíduos acima de 60 anos de idade. A prevalência na população idosa deve ser maior que a estimada, já que as próteses totais em acrílico previnem os sons de ranger de dentes. Não tem sido encontrada diferença de gênero para a ocorrência do Bruxismo do Sono (LAVIGNE e MONTPLAISIR, 1994).

Em bebês saudáveis, a idade de início do Bruxismo do Sono é de cerca de 1 ano de idade, logo após a erupção dos incisivos decíduos (ICSD, 1990). Embora crianças e adultos jovens pareçam ser afetados da mesma forma, o distúrbio está

aparecendo com mais frequência na população mais jovem (PARTINEN, 1994).

Drumond (2018) realizou uma pesquisa com 448 participantes com idade entre 8 a 11 anos para avaliar a prevalência do Bruxismo do Sono e a relação com alguns fatores alérgicos, concluíram que a prevalência foi de 39,0% sendo fortemente associado à rinite e a sinusite.

Tachibana et al. (2016) selecionaram uma amostra de 6023 indivíduos com idade entre 2 a 12 anos para avaliar a prevalência do Bruxismo do Sono e verificaram que 21,0% apresentaram Bruxismo durante o sono.

Souza et al. (2015) realizaram uma pesquisa onde o objetivo era avaliar a associação do Bruxismo com algum tipo de deficiência de desenvolvimento. A amostra foi de 389 crianças com idade entre 1 e 13 anos e a prevalência foi de 36,3%.

Pesquisa realizada por Vieira-Andrade et al. (2014), que além do Bruxismo do Sono também avaliou o bruxismo em vigília, usou uma amostra de 151 crianças entre 3 e 5 anos e verificou-se uma prevalência de 45%.

O sono é uma função biológica essencial para a saúde e o bem-estar do ser humano. Cerca de um terço da vida está relacionado a esse processo, que influencia as condições físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos. Mudanças na qualidade do sono representam grandes alterações nas atividades diárias das pessoas (KAPLAN, 2000; LAVIGNE, 2001).

Loomis et al. (1937) definiram cinco padrões eletroencefalográficos distintos do sono, porém na década de 1960 estes foram modificados para padronização e uniformização dos estudos relacionados ao sono.

Os estágios ficaram, então, divididos em quatro fases do sono não REM (Rapid Eye Movements) e a fase REM. Os estágios I e II NREM, sono leve, são usualmente observados nos minutos seguintes do começo do sono; já os estágios mais profundos (III e IV) são associados ao efeito de recuperação do sono. Por sua vez, o sono REM caracteriza-se por ter atividade cerebral intensa, metabolismo cerebral aumentado, sendo o estágio no qual ocorre a maioria dos sonhos (LOOMIS; HARVEY e HOBART, 1937; BONNET e ARAND, 1997).

Satoh e Harada (1973) realizaram uma avaliação polissonográfica durante vinte noites em 15 pessoas de ambos os sexos. Os resultados demonstraram que os episódios de bruxismo podem começar em qualquer estágio do sono, mas predominam durante o sono leve; raramente ocorrem no sono profundo e não podem ser observados durante o sono REM, diferentemente

do que outras pesquisas relatavam. Os autores concluíram, então, que o bruxismo é uma reação de despertar e ocorre principalmente na transição entre os estágios do sono.

2. Etiologia

Os estudos sobre a etiologia do Bruxismo ainda são motivo de controvérsia. Gonçalves, Toledo e Otero (2010) sugeriram que fatores locais, como a má oclusão, estão perdendo a importância, enquanto os fatores cognitivos comportamentais, como o estresse, ansiedade e traços da personalidade estão ganhando mais atenção.

Vieira-Andrade et al. (2014) afirmaram que o Bruxismo na infância parece ser um precursor para a ocorrência de disfunções temporomandibulares e danos ao sistema estomatognático.

Recentemente tem se observado uma crescente preocupação com os impactos dessa condição na qualidade de vida de crianças (SIMÕES-ZENARI e BITAR, 2010). A literatura tem descrito a associação entre o Bruxismo infantil e fatores como: mudanças na dentição, alterações oclusais, distúrbios do sono, bem como com os níveis de estresse, e ressalta ainda, que crianças com distúrbios psicológicos apresentam maior risco de desenvolver essa parafunção (FERREIRA-BACCIADO; CARDOSO e DIAZSERRANO, 2012).

De acordo com Marks (1980) crianças de pais com Bruxismo são mais suscetíveis ao hábito, o que sugere uma predisposição hereditária, embora o modo de transmissão ainda seja desconhecido.

O Bruxismo apresenta incidência de 60% em crianças alérgicas, isto é, três vezes maior do que entre crianças não alérgicas (MARKS, 1980). Para Marks (1980), a alergia é um fator definitivo na instalação do Bruxismo, que pode ser um reflexo do Sistema Nervoso Central por incremento de pressão negativa da cavidade timpânica devido a um edema alérgico intermitente na mucosa das tubas auditivas. Uma conexão embriológica, anatômica e neural significativa existe entre mandíbula, tuba auditiva e cavidade timpânica. Na vigília, as tubas auditivas são mantidas abertas pela deglutição, pela mastigação, pelo espirro ou bocejo e por equilíbrio da pressão atmosférica. Durante o sono, muitas dessas funções cessam, exceto a deglutição da saliva. Considerando-se que crianças alérgicas têm menor quantidade de saliva e, portanto, menor necessidade de deglutir, conseqüentemente a incidência do Bruxismo

aumenta devido à maior pressão negativa nas tubas auditivas. Além da alergia, outros problemas sistêmicos podem ser fatores etiológicos desse hábito, como deficiência nutricional, deficiência vitamínica e de cálcio, infecção intestinal parasitária, distúrbios gastrointestinais por alergia a certos alimentos, digestão não balanceada e disfunção urológica recorrente. Desordens endócrinas, particularmente hipertireoidismo e fatores relacionados à puberdade, têm sido sugeridos. Além disso, úlceras ou elevações lineares na mucosa bucal, uni ou bilateralmente, também podem ser encontradas principalmente do lado em que a criança dorme.

3. Consequências

O Bruxismo infantil pode ser caracterizado pela presença de desgastes da superfície dentária, desconfortos musculares e articulares, contribuindo para a progressão da doença periodontal destrutiva e 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 do bruxismo favorecer o apinhamento dental (AHMAD, 1986; MACIEL, 1996).

Para Gondo, Façanha e Bussadori (2001) as principais consequências do Bruxismo se manifestam nos dentes podendo ocorrer desgastes oclusais e/ou incisais, principalmente se houver mordida de topo. O tecido gengival também é afetado o que provoca a destruição das estruturas de suporte, a hipersensibilidade pulpar e mobilidade. Esta mobilidade em dentes com o periodonto sadio e de altura normal, resulta da sobrecarga oclusal, pois a largura do espaço periodontal aumenta em ambos os lados do dente sem que haja inflamação do ligamento periodontal. Este trauma oclusal repetitivo torna menos denso o osso interproximal, e perdendo altura da crista. Afirmam também que o quadro se agrava se o Bruxismo for crônico (GONDO; FAÇANHA e BUSSADORI, 2001).

De acordo com Mariotti (2012) devido às forças não axiais geradas nos dentes, o Bruxismo pode atuar como coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva em crianças. Essas forças podem também contribuir para, acelerar a rizólise de dentes decíduos e provocar alterações na cronologia de erupção dos permanentes.

As facetas de desgaste observadas no Bruxismo podem ser lisas (devido ao rangimento) ou rugosas (apertamento), de bordos bem definidos na fase inicial, atingindo mais os dentes

anteriores do que os posteriores, principalmente caninos decíduos e permanentes (GARCIA et al., 1995; ANTONIO; PIERRO e MAIA, 2006).

A presença de facetas dedesgaste muitas vezes indica história pregressa de Bruxismo, que pode não estar mais ocorrendo no momento do exame clínico ou estar se iniciando (VANDERAS, 1995).

Figura 1- Facetas de desgaste causadas por bruxismo do sono em paciente de 6 anos de idade



Fonte: Imagem cedida gentilmente pela Professora Fátima Cristina Natal de Freitas

Figura 2 - Acentuado desgaste de incisivos decíduos causado por bruxismo do sono



Fonte: Imagem cedida gentilmente pela Professora Fátima Cristina Natal de Freitas

Figura 3 - Acentuadas facetas de desgaste onde é possível a visualização da polpa



Fonte: Imagem cedida gentilmente pela Professora Fátima Cristina Natal de Freitas

4. Diagnóstico

O diagnóstico de Bruxismo representa um grande desafio para a odontologia. Um questionário que investiga o histórico médico do paciente, presença de hábitos parafuncionais, alterações sistêmicas e neurológicas, estilo de vida e qualidade de vida, relações familiares e sociais do paciente, aliado a um exame abrangente dos sinais e sintomas clínicos constituem o protocolo de avaliação padrão para o diagnóstico de Bruxismo. História de ranger de dentes que ocorrem pelo menos 3 a 5 noites por semana durante 6 meses, sensibilidade do músculo mastigatório à palpação ao acordar, dores de cabeça, desgaste dentário anormal, hipertrofia do músculo masseter, hipersensibilidade ou sons perceptíveis nas ATMs e evidência de morder bochechas ou a língua, são critérios usados para estabelecer um diagnóstico de Bruxismo (KATO et al., 2001).

É de fundamental importância realizar a anamnese completada criança em ambiente tranquilo, contando com a participação dos pais para obter informações sobre a história médica geral, hábitos, queixa de dor, relacionamento familiar e social e avaliação do perfil psicológico da criança. O exame clínico minucioso, com palpação, ausculta, avaliação de tecidos moles e da língua, verificação da movimentação mandibular, análise da oclusão, e como os exames radiográficos são importantes no diagnóstico preciso das alterações do sistema estomatognático (NOR et al., 1991).

5. Tratamento

De acordo com Gama (2013) o tratamento para este fenômeno parafuncional é ainda discutível. O cirurgião-dentista deve realizar um bom exame clínico e intervir para que não haja danos severos oclusais, um dos grandes problemas nos casos de pacientes “bruxômanos”.

Atualmente o tratamento do Bruxismo tende a ser multiprofissional envolvendo aspectos comportamentais, controle da ansiedade e melhoria dos hábitos de sono, odontológicos, principalmente ajustes oclusais e uso de placas, psicológicos e indicação de medicamentos relaxantes musculares, antidepressivos e outros (ALÓE et al., 2003; LOBBEZOO et al., 2008).

Assim, os tipos de tratamento que têm sido sugeridos envolvem as abordagens farmacológica, psicológica e odontológica. O tratamento farmacológico é geralmente indicado em casos severos e sempre em um curto período de tempo. Drogas do tipo benzodiazepínicos,

anticonvulsivantes, beta-bloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos e relaxantes musculares são as mais utilizadas (FAULKNER, 1990). Porém, ainda faltam evidências sobre a efetividade dessa conduta (CARRA; HUYNH e LAVIGNE, 2012).

O tratamento psicológico baseia-se na terapia comportamental, na higiene do sono, no controle do estresse e em técnicas de relaxamento, mas não existem fortes evidências sobre nenhum desses tratamentos. O tratamento odontológico para o bruxismo inclui ajuste oclusal, restauração da superfície dentária, tratamento ortodôntico e placas oclusais (FAULKNER, 1990). Entretanto, dentre os tratamentos odontológicos disponíveis, as placas oclusais são as mais indicadas. Não foi comprovado que os usos das placas oclusais diminuam ou curem o Bruxismo, seu uso é indicado priorizando a proteção das estruturas dentárias (MACEDO et al., 2007). Cabe ao profissional e ao paciente decidirem quais condutas são melhores aplicadas em cada caso.

O tratamento do Bruxismo consiste em um trabalho multidisciplinar que abrange a odontologia, a medicina e a psicologia. A odontologia normalmente atua em procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico e placa miorelaxante. Em algumas situações, pode haver a necessidade de um tratamento sistêmico com uso de medicação parafuncional e tratamento médico, além de aconselhamento psicológico (DINIZ e SILVA, 2009; GONÇALVES; TOLEDO e OTERO, 2010).

Souza et al. (2010) descrevem que devido à seriedade do Bruxismo, em termos de sofrimento, custo financeiro e frustração pessoal, é essencial que o cirurgião-dentista possua conhecimento sobre a prevalência, a etiologia, o diagnóstico e a conduta a ser realizada frente aos comportamentos parafuncionais orais.

DISCUSSÃO

No que se refere a definição de Bruxismo, os autores Bader e Lavigne (2000); Macedo (2008); Gonçalves; Toledo e Otero (2010) e Lobbezoo et al. (2013) afirmam que o bruxismo é reconhecido como sendo uma atividade repetitiva dos músculos mastigadores evidenciada pelo apertar e/ou ranger de dentes.

Rodrigues et al., (2006) e Macedo (2008) esclarecem que o bruxismo excêntrico, também chamado Bruxismo do Sono ou noturno, se caracteriza pelo rangimento, apertamento e deslizamento dos dentes realizando lateralidades.

É denominado Bruxismo do Sono pelo ato de ranger os dentes tanto no sono noturno ou diurno.

Para Windmalm; Christensen e Gunn, (1955); Reding; Rubright e Zimmerman, (1966); Goulet; Lund e Montplaisir, (1998); Hublin, et al., (1998) o Bruxismo do Sono acomete de 14% a 20% das crianças com menos de 11 anos de idade. Afirmam também, que sua prevalência está fortemente dependente da idade, aparecendo na infância após a erupção dos dentes decíduos ou no início da adolescência, reduzindo-se após os 40 anos de idade. Magnusson; Carlsson e Engemark, (1993); Hublin et al., (1998) concordam que o predomínio de Bruxismo do Sono é de 13% entre 18 e 29 anos, caindo para 3% em indivíduos de 60 anos ou mais.

Entretanto, Bader e Lavigne (2000) afirmam que a prevalência do Bruxismo do Sono na população é imprecisa e subestimada. A dificuldade em avaliar a prevalência decorre das estimativas basearem-se em questionários, que muitas vezes são respondidos com negativa pelo fato dos indivíduos não terem consciência do problema, por não ter ninguém próximo para relatar a presença dos sons durante o sono.

Marks (1980) em suas pesquisas descreve que o Bruxismo atinge 60% das crianças alérgicas, isto é, três vezes maior do que entre crianças não alérgicas. Relata também que a alergia é um fator definitivo na instalação do Bruxismo, e que este é um reflexo do Sistema Nervoso Central por incremento de pressão negativa da cavidade timpânica devido a um edema alérgico intermitente na mucosa das tubas auditivas. Os autores Garcia et al., (1995); Gondo; Façanha e Bussadori, (2001); Antonio; Pierro e Maia, (2006); Mariotti (2012) concordam que o Bruxismo infantil pode ser caracterizado pela presença de desgastes da superfície dentária, podendo ocorrer desgastes oclusais e/ou incisais. O tecido gengival também pode ser afetado, provocando destruição das estruturas de suporte, hipersensibilidade pulpar e mobilidade. Tal mobilidade em dentes com o periodonto sadio e de altura normal, é resultado da sobrecarga oclusal, pois a largura do espaço periodontal aumenta em ambos os lados do dente sem que haja inflamação do ligamento periodontal. Devido às forças não axiais geradas nos dentes, o Bruxismo pode atuar como coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva em crianças. Essas forças podem também contribuir para acelerar a rizólise de dentes decíduos e provocar alterações na cronologia de erupção dos permanentes.

Garcia et al., (1995); Vanderas, (1995); Antonio; Pierro e Maia, (2006) descreveram que as facetas de desgaste observadas no Bruxismo

podem ser lisas (devido ao rangimento) ou rugosas (apertamento), de bordos bem definidos na fase inicial, atingindo mais os dentes anteriores do que os posteriores, principalmente caninos decíduos e permanentes. A presença de facetas de desgaste muitas vezes indica história pregressa de Bruxismo, que pode não estar mais ocorrendo no momento do exame clínico ou estar se iniciando.

Nor et al., (1991) e Kato et al., (2001) explicam que o diagnóstico é de grande importância para o tratamento do Bruxismo, e destacam a importância da anamnese detalhada da criança, bem como um exame clínico minucioso, com palpação, ausculta, avaliação de tecidos moles e da língua, verificação da movimentação mandibular. Faulkner, (1990); Alóe et al., (2003); Lobbezoo et al., (2008); Carra; Huynh e Lavigne, (2012); Gama (2013) relatam que o tratamento para este fenômeno parafuncional é ainda discutível, e é de responsabilidade do cirurgião-dentista realizar um bom exame clínico e intervir para que não haja severos danos oclusais. O tratamento do Bruxismo deve multiprofissional envolvendo aspectos comportamentais, como o controle da ansiedade e melhoria dos hábitos de sono, aspectos odontológicos, principalmente ajustes oclusais e uso de placas. A indicação de medicamentos como benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, beta-bloqueadores, agentes dopaminérgicos, antidepressivos e relaxantes musculares podem ser utilizados.

CONCLUSÃO

O Bruxismo do Sono acomete cerca de 21,0% das crianças abaixo de 12 anos de idade sendo sua prevalência diretamente proporcional à idade, aparecendo na infância após a erupção dos dentes decíduos ou no início da adolescência, reduzindo-se após os 40 anos de idade. O predomínio de Bruxismo do Sono é de 13% entre 18 e 29 anos, caindo para 3% em indivíduos de 60 anos ou mais.

A etiologia do Bruxismo ainda é motivo de controvérsia. Fatores locais, como a má oclusão, estão perdendo sua importância, e fatores cognitivos comportamentais, como o estresse, ansiedade e traços da personalidade ganharam mais atenção. Recentemente, a literatura tem descrito a associação entre o Bruxismo infantil e distúrbios respiratórios. O diagnóstico de Bruxismo representa um grande desafio para a odontologia. A investigação do histórico médico do paciente, presença de hábitos parafuncionais, alterações sistêmicas e neurológicas, estilo de vida e qualidade de vida, relações familiares e sociais

do paciente, aliado a um exame abrangente dos sinais e sintomas clínicos constituem o protocolo de avaliação padrão para o diagnóstico de Bruxismo.

O tratamento para este fenômeno parafuncional é ainda discutível, e é de responsabilidade do cirurgião-dentista realizar um bom exame clínico e intervir para que minimizar danos severos oclusais, uns dos grandes problemas nos casos de pacientes "bruxômanos". Atualmente o tratamento do bruxismo deve ser multiprofissional.

Sendo assim, apesar de o Bruxismo do Sono em crianças ser motivo de controvérsias, é de extrema importância que o cirurgião dentista saiba identificar os sinais clínicos no paciente para que seja realizado um bom diagnóstico e um plano de tratamento individualizado, proporcionando melhor qualidade de vida para essas crianças e evitando consequentemente possíveis problemas futuros causados por esse hábito.

REFERÊNCIAS

1. AHMAD, R. Bruxism in children. The Journal of pedodontics, v. 10, n. 2, p. 105-126, 1986.
2. ALÓE, F. et al. Bruxismo durante o Sono. Rev. Neurociências, v. 11 n. 1, p. 4-17, 2003.
3. American Sleep Disorders Association. Diagnostic Classification Steering Committee. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Rochester, M. N.: Allen Press, American Sleep Disorders Association; 1990.
4. ANTONIO, A. G.; PIERRO, V. S.; MAIA, L. C. Bruxism in children: a warning sign for psychological problems. J Can Dent Assoc, v. 72, p. 155-60, 2006.
5. BADER, G, LAVIGNE, G. Sleep bruxism; an overview of an oromandibular sleep movement disorder. ReviewArticle. SleepMed Rev. v.4, n.1, p.27-43, Feb, 2000.
6. BONNET, M. H.; ARAND, D. L. Heart rate variability: sleep stage, time of night, and arousal influences. Electroencephalography and clinical neurophysiology, v. 102, n. 5, p. 390-396, 1997.
7. CARRA, M. C.; HUYNH, N.; LAVIGNE, G. Sleep bruxism: a comprehensive overview for the dental clinician interested in sleep medicine. DentClin North Am, v. 56, n. 2, p. 387-413, Apr, 2012.

8. DRUMOND, C. L. Provável bruxismo do sono em crianças de 8 a 10 anos de idade e fatores associados: um estudo de caso-controlado. 2018. 97p. Tese apresentada ao colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.
9. DINIZ, M. B.; SILVA, R. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras. *RevistaPaulPediatr*, mar., v.27, n.3, p.329-334, 2009.
10. FAULKNER, K. D. Bruxism: a review of the literature. Part I. *Aust Dent J*, v. 35, n. 3, p. 266-76, Jun, 1990.
11. FERREIRA-BACCI ADO, V.; CARDOSO, C. L.; DIAZ-SERRANO, K. V. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Braz Dent J*. v.23, n.3, p.246-251.2012.
12. GAMA, E. Bruxismo: Uma revisão da literatura. *Ciência Atual*, v.1, n.1, p. 16-97, Rio de Janeiro, 2013.
13. GARCIA, P. P. et al. Verificação da incidência de bruxismo em pré-escolares. *OdontolClin*, v. 5, p. 119-22, 1995.
14. GIMENES, M. C. M. Bruxismo: aspectos clínicos e tratamento. Jan. 2008. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/odontologia/bruxismo-aspectosclinicos-e-tratamento>>. Acesso em maio de 2018.
15. GONDO, S.; FAÇANHA, R. A.; BUSSADORI, S. K. Bruxismo Infantil. *Revista Paulista de Odontologia*, São Paulo, n. 6, p. 33-36, Nov/Dez, 2001.
16. GONÇALVES, L. P. V.; TOLEDO, O. A.; OTERO, S. A. M. Relações entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos locais. *RevistaDental Press J. Orthod*, Mar, v.15, n.2, p.97-104. 2010.
17. GOULET, J. P., LUND, J. P., MONTPLAISIR, J. Daily clenching nocturnal bruxism and stress and their association with TMD symptoms. *J Orofac Pain*, v. 7, p. 120, 1998.
18. HUBLIN, C. et al. Sleep bruxism based on self-report in a nationwide twin cohort. *Journal of sleep research*, v. 7, n. 1, p. 61-67, 1998.
19. INSANA, S. P.; et al. Community based study of sleep bruxism during early childhood. *Sleep Med.*, v.14, n.2, p.183-188, 2013.
20. KAPLAN, H. I. *Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2000.
21. KATO, T., et al. Bruxism and orofacial movements during sleep. *DentClin North Am*, v. 45, p. 657-684, 2001.
22. LAVIGNE, G. J.; MONTPLAISIR, J. Y. Restless legs syndrome and sleep bruxism: prevalence and association among Canadians. *Sleep*, v. 17, n. 8, p. 739-743, Dec, 1994.
23. LAVIGNE, G. L. Pain and Sleep Disturbances. In: LUND, J. P.; LAVIGNE, G. J.; DUBNER, R.; SESSLE, B. J. *Orofacial pain: from basic science to clinical management*. Quintessence Publishing, p. 139-49, 2001.
24. LOBBEZOO, F. et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil*, v.40, n.1, p.2-4, 2013.
25. LOBBEZOO, F. et al. Principles for the management of bruxism. *J Oral Rehabil*, v.35, p. 509-23, 2008.
26. LOOMIS, A. L.; HARVEY, E. N.; HOBART, G. Cerebral states during sleep as studied by human brain potentials. *J Exp Psychol*, v. 21, n. 2, p. 127-144, 1937.
27. MACEDO, C. R., et al. Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *Cochrane Database Syst Rev*, n. 4, p. 514, 2007.
28. MACEDO, C. R. Bruxismo do sono. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v. 13, n. 2, p. 18-22, 2008.
29. MACIEL, R. N. *Oclusão e ATM: procedimentos clínicos*. São Paulo: Santos, 1996.
30. MAGNUSSON T, CARLSSON GE, ENGEMARK I. Changes in subjective symptoms of craniomandibular disorders in children and adolescents during a 10-year period. *J Orofac Pain*, v. 7, p. 76-82, 1993.
31. MARIOTTI, C. S. C. *Bruxismo Infantil*. 2012. 63p., Monografia (especialização) apresentada a Faculdade Ciodonto, na ADOCI / Guarulhos-SP, 2012.
32. MARKS, M. B. Bruxism in allergic children. *Am. J. Orthod.*, Miami, v. 77, n. 1, p. 48- 59, Jan., 1980.

33. NOR, J. E. et al. Bruxismo em crianças. *RevFacOdontol*, v. 32, p.18-21, 1991.
34. REDING, G. R, RUBRIGHT, W. C.; ZIMMERMAN, S. O. Incidence of bruxism. *J Dent Res*, v. 45, p. 1198-204, 1966.
35. RODRIGUES, C. K. et al. Bruxismo: uma revisão da literatura. *Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*, v. 12, n. 3, p. 13-21, set. 2006.
36. SERAJ, B. et al. The Prevalence of Bruxism and Correlated Factors in Children Referred to Dental Schools of Tehran, Based on Parent's Report. *Iran J Pediatr*.v.20, n.2, p.174-180,jun, 2010.
37. SIMÕES-ZENARI, M.; BITAR, M. L. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v. 22, n. 4, p. 465-472, out-dez, 2010.
38. SATOH, T.; HARADA, Y. Electrophysiological study on tooth-grinding during sleep. *ElectroencephClinNeurophysiol*, n. 35, p. 267-75, 1973.
39. SOUZA, V. A. F., et al. Factors associated with bruxism in children with developmental disabilities. *Brazilian oral Research*, v. 29, n. 1, p. 01-05, 2015.
40. SOUZA, et al. Bruxismo infantil: prevalência, etiologia, diagnóstico e tratamento, uma abordagem literária. *Orthodontic Science andPractice*, v.3, n.10, p. 145-149, 2010.
41. TACHIBANA, M. et al. Associations of sleep bruxism with age, sleep apnea, and daytime problematic behaviors in children. *Oral Diseases*, v. 22, n. 6, p. 557-565, 2016.
42. VANDERAS, A. P. Relationship between craniomandibular dysfunction and oral parafunctions in Caucasian children with and without unpleasant life events. *J Oral Rehabil*, v. 22, p. 289-94, 1995.
43. VIEIRA-ANDRADE, R. G.; et al. Prevalence of sleep bruxism and associated factors in preschool children. *PediatrDent*, v.36, n.1, p.46-50, 2014.
44. WINDMALM SE, CHRISTIENSEN RL, GUNN SM. Oral parafunctions as temporomandibular disorder risk factors in children. *J CraniomandPract*, v. 13; p. 242-246, 1995.