

UNIVERSIDADE TIRADENTES

MAYARA ARAGÃO DE LIRA GOMES

**BRUXISMO INFANTIL: IMPORTÂNCIA DO
CONTROLE DOS FATORES ETIOLÓGICOS E DO
DIAGNÓSTICO NA PREVENÇÃO DAS
DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES EM
CRIANÇAS - UMA REVISÃO DE LITERATURA
ILUSTRADA**

Aracaju

2013

MAYARA ARAGÃO DE LIRA GOMES

**BRUXISMO INFANTIL: IMPORTÂNCIA DO
CONTROLE DOS FATORES ETIOLÓGICOS E DO
DIAGNÓSTICO NA PREVENÇÃO DAS
DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES EM
CRIANÇAS - UMA REVISÃO DE LITERATURA
ILUSTRADA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em odontologia.

Prof^o(a) Orientador(a):

SANDRA REGINA BARRETO

Aracaju

2013

MAYARA ARAGÃO DE LIRA GOMES

**BRUXISMO INFANTIL: IMPORTÂNCIA DO
CONTROLE DOS FATORES ETIOLÓGICOS E DO
DIAGNÓSTICO NA PREVENÇÃO DAS
DESORDENS TEMPOROMANDIBULARES EM
CRIANÇAS - UMA REVISÃO DE LITERATURA
ILUSTRADA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte
dos requisitos para obtenção do grau
de Bacharel em odontologia.

Aprovado em 10/12/2013

Banca Examinadora

Profa. Orientadora: Sandra Regina Barreto

1º Examinador:

Eleonora de Oliveira Bandolin Martins

2º Examinador:

Giulliana Panffiglio Soares

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Sandra Regina Barreto, orientador(a) do(a) discente Mayara Aragão de Lira Gomes, atesto que o trabalho intitulado: “Bruxismo Infantil: importância do controle dos fatores etiológicos e do diagnóstico na prevenção das desordens temporomandibulares em crianças - uma Revisão de Literatura ilustrada”, está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Sandra Regina Barreto
Orientador(a)

**ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE
IMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Helenildes Pereira Santos, portador do C.I nº 51727633505, faço uso deste bastante documento, como responsável legal do menor, Deyvisson Santos de Oliveira, a fim de autorizar e garantir o uso de imagens deste, em publicações ou em apresentações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

Helenildes Pereira Santos

Bruxismo Infantil: importância do controle dos fatores etiológicos e do diagnóstico na prevenção das desordens temporomandibulares em crianças - uma revisão de literatura ilustrada

Mayara Aragão de Lira Gomes¹; Sandra Regina Barretto²

¹Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; ² Professora Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

Resumo

O bruxismo, lesão não cáriosa originada por atrição em decorrência de apertamento e/ou ranger entre os dentes superiores e inferiores, de modo consciente ou não, vem cada vez mais se destacando no cotidiano clínico odontológico pela sua elevada prevalência. Associado ao atual contexto social onde a “responsabilidade” individual tem influenciado diretamente na performance comportamental, a população infantil tem se tornado um grupo altamente susceptível deste tipo de hábito parafuncional. O presente trabalho tem como objetivo abordar, através de uma revisão de literatura, os fatores envolvidos no bruxismo, dando ênfase aos fatores psicológicos sobre a população infantil e suas repercussões no sistema estomatognático. Ressaltando a falta de ferramentas diagnósticas específicas para o paciente infantil, ao exemplo de questionário anamnético acurado e direcionado associado ao desconhecimento teórico de dor orofacial do clínico atuante que tendem a perpetuar o crescimento e progressão desse tipo de afecção em crianças. Um diagnóstico precoce e preciso na faixa etária pediátrica do bruxismo englobando aspectos psicossociais presentes, podem efetiva e eficazmente evitar sérias complicações advindas desse hábito parafuncional, como observado nas desordens temporomandibulares.

Palavras chaves: Bruxismo infantil; hábito parafuncional; infância; desordens temporomandibulares.

Abstract

Bruxism, a non-cariious lesion caused by attrition due to clenching and/or grinding between upper and lower teeth, consciously or not, is being increasingly enhanced in the clinical dental routine due to its high prevalence. Associated to the current social context, where individual "responsibility" has directly influenced behavioral performance, the pediatric population has become a highly capable group of this type of parafunctional habit. This paper aims to address, through a literature review, the factors involved in bruxism, emphasizing the psychological factors on child population and its impact on the stomatognathic system. Highlighting the lack of specific diagnostic tools for the child patient, to the example of accurate and directed anamnestic questionnaire associated to the professional's theoretical ignorance of orofacial pain that tends to perpetuate the growth and progression of such disease in children. An early and accurate diagnosis in pediatric bruxism including presented psychosocial aspects, can effectively and efficiently prevent serious complications such parafunctional habit, as observed in temporomandibular disorders.

Keywords: child Bruxism; parafunctional habit; childhood; temporomandibular disorders.

1. Introdução

Com a realidade competitiva que capeia o mundo e as inter-relações pessoais, as crianças são solicitadas a adquirirem responsabilidades cada vez mais cedo, o que pode contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais e psicológicos resultando em estresse e ansiedade exagerados. Considerando ainda que a infância é um

período de muitas mudanças e desafios, há grande possibilidade nessa fase destes, adquirirem hábitos orais parafuncionais que, por conseguinte, corroborarão para o aparecimento de problemas bucais como o apertamento dental e/ou bruxismo, este último consistindo em uma lesão não cáriosa por atrição (CORRÊA, 2010).

Em particular o bruxismo infantil tem se tornado uma

preocupação crescente nos últimos anos, devido ao aspecto negativo que exerce sobre a saúde dental (ANTONIO; PIERRO; MAIA, 2006), além de ser considerado um importante fator de risco para estabelecimento de distúrbios na articulação temporomandibular - DTM (PEREIRA et al., 2009).

Conceitualmente, trata-se de 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, sendo resultante de uma atividade voluntária ou involuntária parafuncional, rítmica e espasmódica do sistema mastigatório produzida por contrações rítmicas ou tônicas do músculo masseter e de outros músculos mandibulares (BADER; LAVIGNE, 2000).

A prevalência do bruxismo infantil na literatura varia entre 7% e 88% em crianças (PAES, 2012), e essa grande variabilidade pode ser explicada pelo fato de que é muito difícil ter a certeza se o bruxismo é um resultado de hábitos não funcionais ou funcionais em crianças (LOBBEZOO; LAVIGNE, 1997).

Dentre as possíveis consequências desse hábito pode-se citar: desgaste dental, sensibilidade e mobilidade dental, trauma dos tecidos moles, dores de cabeça, sensibilidade dos músculos da mastigação, progressão da doença periodontal, distúrbios de articulação temporomandibular (PIZZOL et al., 2006), bem como alterações morfológicas palatais (RESTREPO et al., 2008).

O tratamento do bruxismo observado em crianças consiste em uma intervenção multidisciplinar, abrangendo a Odontologia, a Medicina e a Psicologia (ALVES et al., 1993). Contudo, deve-se ter em mente que a opção deverá recair sempre por intervenções reversíveis e conservadoras, de modo a não interferir negativamente no padrão de normalidade da dinâmica de crescimento e desenvolvimento infantil (PARIZOTTO; RODRIGUES, 1999).

O bruxismo quando ocorre em crianças é multifatorial, sendo influenciado por fatores locais

(restaurações com excesso de material, dentes perdidos, dentes em posição alterada: maloclusão e contatos prematuros), sistêmicos (deficiências nutricionais, infecções intestinais parasitárias, disfunção renal, rinite alérgica e paralisia cerebral), hereditários, ocupacionais (atividades que geram estresse, por exemplo: provas escolares e esportes competitivos), neurológicos (principalmente com relação à fisiologia do sono verificada no bruxismo noturno) e psicológicos (MACIEL, 2010).

Como há interferência de vários fatores etiológicos incluindo os aspectos psicológicos no desencadeamento e agravamento do bruxismo em crianças, o objetivo dessa presente revisão de literatura foi explicar esses fatores, enfatizando a ansiedade e estresse na etiologia do bruxismo infantil como causas de distúrbios no sistema estomatognático, trazendo complicações sérias futuras, principalmente para a articulação temporomandibular. Além disso, enfatiza a importância do correto diagnóstico para o controle e prevenção de possíveis danos aos componentes mastigatórios.

2. Desenvolvimento

2.1 Definição e diagnóstico

Na atualidade tem-se notado o aparecimento de maior número de lesões não cariosas por atrição, que nada mais são do que um desgaste patológico do tecido duro quando existe o contato entre os dentes naturais e/ou artificiais envolvendo as superfícies oclusais e incisais durante a mastigação ou parafunção (DIELBOUFLEUER, 2011). Essas lesões tem origem não bacteriana e estão ligadas a forças geradas por movimentos excursivos mandibulares conscientes ou inconscientes, que ocorrem durante o dia e/ou durante o sono denominado de bruxismo (GHAFOURNIA; TEHRANI, 2012).

O bruxismo é definido como um contato forte não funcional habitual entre dentes e superfícies oclusais (GHAFOURNIA; TEHRANI, 2012)

manifestando-se pelo ranger (movimentos dinâmicos) ou apertar dos dentes (movimentos estáticos) em momentos outros que não aqueles que ocorrem durante as funções normais da mastigação ou deglutição (MACHADO; CUNALI; FABBRO, 2011). De acordo com a literatura, o ato de “ranger” envolve um forte contato entre os dentes superiores e inferiores, seguido de movimentos da mandíbula, produzindo sons desagradáveis, enquanto o apertamento se caracteriza por contatos dentários silenciosos, fortes e sem movimentos mandibulares, ambos podendo acometer adultos e crianças, estas últimas na dentição decídua ou na dentadura mista (MACIEL, 2010).

Para Leeuw, (2010), o hábito parafuncional do bruxismo se classifica como um microtrauma que resulta de forças prolongadas e repetidas ao longo do tempo. O trauma por sua vez, é descrito como qualquer força aplicada as estruturas mastigatórias que exceda a carga normal funcional, onde deve ser consideradas intensidade e duração.

Em crianças, o bruxismo pode estar relacionado ao crescimento e desenvolvimento dos maxilares e dos dentes (BALASOURAS et al., 2004), como também, há evidências de que, em crianças mais novas, bruxismo pode ser uma consequência da imaturidade mastigatória do sistema neuromuscular, estando sempre associado a um estado emocional alterado do paciente. (ANTONIO; PIERRO; MAIA, 2006).

É fato que as crianças procuram manter um equilíbrio na oclusão e na mastigação mesmo que de forma inconsciente desde o momento que inicia a erupção dos primeiros dentes. Neste interim, como foi inclusive observado por Thorpy (1990), é possível observar o bruxismo em bebês a partir de um ano de idade.

Balasouras et al., (2004) citam que contatos prematuros podem fazer com que crianças desenvolvam o hábito de bruxismo porque os dentes superiores e inferiores não ocluem adequadamente e de maneira confortável à medida que os dentes estão erupcionando (Fig. 1).

A literatura é variável no que diz respeito ao acometimento do bruxismo em crianças, pesquisas são realizadas

incluindo índices e questionários que refletem resultados discrepantes, pois os grupos pesquisados são de diversas faixas etárias, de ambos os sexos e etnia variada ficando então, difícil estabelecer a incidência e prevalência do hábito parafuncional (CARDOSO, 2003).



Figura 1: A) vista sorriso frontal do paciente bruxista mostrando desgaste nos dentes posteriores e contatos prematuros.



Figura 2: B) Vista sorriso lateral direito do paciente bruxista mostrando desgaste nos dentes posteriores e contatos prematuros.



Figura 3: C) vista do sorriso lateral esquerdo do paciente bruxista mostrando desgaste nos dentes posteriores e contatos prematuros.



Figura 4: A) vista oclusal dos dentes superiores



Figura 5: B) vista oclusal dos dentes inferiores



Figura 6: C) e D) Detalhe das facetas de desgastes dos molares decíduos superiores e inferiores respectivamente

Este problema se dá primeiramente por não se ter estabelecido forma de exame

diagnóstico anamnético e sistematizado para tal parafunção de acordo com a idade e o entendimento da criança, desta forma, o relato sobre os sinais e sintomas da parafunção em crianças fica inteira e exclusivamente sob responsabilidade dos pais. Outro problema surge durante o exame clínico, quando são visualizadas facetas de desgaste oclusais, incisais e fraturas de cúspides não tendo a certeza se esses sinais são decorrentes do hábito parafuncional do bruxismo (Fig. 2) ou se, são apenas desgaste fisiológico da dentição decídua dado pela própria característica dos dentes decíduos serem mais frágeis. (LORENZONI; BONFANTE; BONFANTE, 2010)

Para a solução deste e de outros problemas relacionados ao correto e precoce diagnóstico do bruxismo infantil é de fundamental importância a realização da anamnese completa da criança em ambiente tranquilo, objetivando a obtenção de informações mais acuradas sobre a história médica geral, hábitos, queixa de dor, relacionamento familiar e social além da avaliação do perfil psicológico da criança (NOR et al., 1991).

Já o exame clínico minucioso, com palpação, ausculta, avaliação de tecidos moles e da língua, verificação da movimentação mandibular, análise da oclusão, bem como os exames radiográficos são importantes no diagnóstico preciso das alterações do sistema estomatognático (NOR et al., 1991).

Por ser difícil estabelecer o fator etiológico que desencadeia o hábito parafuncional em crianças, sobretudo o agente causador que inicia o hábito, serão abordadas as hipóteses relacionadas ao fator psicológico como desencadeador no aparecimento do bruxismo em crianças, bem como desordens temporomandibular advinda desta.

Os problemas familiares, as crises existenciais típicos da idade, as mudanças de condições de vida, aumento de responsabilidades podem gerar na criança fortes tensões emocionais, estado de ansiedade, depressão, medo e hostilidade, e a partir daí, o desencadeamento do bruxismo viria como resultado de fatores de origem psicológica (ANTONIO;

PIERRO; MAIA, 2006). Deve-se enfatizar que as crianças rangem os dentes por causa da tensão, raiva ou como uma resposta à dor (BALASOURAS et al., 2004).

Segundo Wolf (2000), o bruxismo é considerado uma resposta de “escape”, uma vez que a cavidade bucal possui um forte potencial afetivo, além de ser um local privilegiado para a expressão de impulsos reprimidos, de emoções e de conflitos. Desta forma, algumas crianças, por não conseguirem satisfazer seus anseios, desejos e necessidades, acabam por ranger ou apertar os dentes para compensar tais problemas ou como uma forma de autoagressão. Corroborando com o autor anterior, Glaros (1981), afirma que em indivíduos com raiva e medo reprimidos, o hábito do bruxismo é uma forma de liberar a tensão provocada por esses comportamentos e ainda afirma que a inabilidade de expressar emoções como o ódio, a agressão, o sadismo, a fúria entre outros são fatores agravantes para a ocorrência da parafunção.

O bruxista que se apresenta em um quadro de exacerbação da “doença”, normalmente, se encontra em um período em que algum problema emocional o esteja afetando, o que por sua vez, agrava um quadro clínico já existente de bruxismo. Um dos estudos mais confiáveis sobre a associação entre a etiologia do bruxismo e fatores psicológicos foi publicado em 1943 por Bartmeyer e lançou a hipótese de que as crianças que atingem a fase oral e que sofrem repressão durante a formação da auto-segurança, começam a ranger os dentes para liberar emoções reprimidas (BALASOURAS et al., 2004).

A criança diagnosticada como portadora de bruxismo caracteriza-se pela presença de desgastes na superfície dentária (Fig. 2), além da presença de rizólise acelerada de dentes decíduos, o que gera como consequência, alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes. O bruxismo pode ainda favorecer o aparecimento de apinhamento dental, além de funcionar como coadjuvante na progressão da doença periodontal destrutiva (MACIEL, 2010). De acordo com Attanasio (1997), é possível observar além da ocorrência de desgaste da

estrutura dental, a presença de fratura dos dentes, bem como, das restaurações presentes.

Em relação à musculatura, verifica-se a ocorrência de hipertonicidade dos músculos mastigatórios, além de ser comum a presença de dores de cabeça relacionada diretamente à presença de tensão na região do músculo temporal (ZUANON et al., 1999).

Como alterações no periodonto decorrentes do bruxismo citam-se lesão traumática, alargamento do espaço periodontal, necrose dos tecidos periodontais, recessão gengival e hiper cementose (TEIXEIRA et al., 1994). Radiograficamente, pode-se observar o desaparecimento da lâmina dura, alteração do espaço periodontal, que tanto pode desaparecer quanto apresentar-se aumentado, pode ser verificado ainda, reabsorção radicular, fraturas radiculares e mesmo pode-se verificar a presença de cálculos pulpares (ZUANON et al., 1999).

Em estudo comparativo feito entre crianças bruxistas e não-bruxistas ressaltando a morfologia do palato, afirmou com base em seus resultados que, crianças que apresentavam bruxismo possuíam arcadas dentárias maiores, com comprimento sagital estatisticamente maior do que em crianças não bruxistas e palato profundo no plano frontal, que poderia ser explicado pelo aumento da atividade muscular advinda dos movimentos mandibulares, bem como da maior força da mordida durante o bruxismo, que estimulariam o processo de reabsorção do osso alveolar superior e aposição óssea, levando ao crescimento do arco, tanto em comprimento como em altura (RESTREPO et al., 2008).

2.2 DTM x Buxismo

Um dos problemas mais preocupantes gerados como consequência do bruxismo é a possibilidade do desenvolvimento de alterações na articulação temporomandibular, uma vez que o hábito de apertar ou de ranger os dentes não afeta somente a musculatura

relacionada à mastigação, mas também a fisiopatologia do sistema estomatognático, bem como, de estruturas orofaciais associadas (PEREIRA et al., 2006).

Restrepo et al., (2008) chama a atenção para o fato de que a ocorrência do bruxismo durante a infância não é considerada uma patologia até o momento em que danos nas estruturas associadas ao sistema estomatognático (músculos, dentes, mucosas e ATM) sejam observados.

De acordo com a Academia Americana de Desordens Temporomandibulares (DTM) este termo foi adotado para relatar todos os distúrbios funcionais do sistema temporomandibular que envolvam problemas clínicos na musculatura da mastigação, a articulação temporomandibular (ATM), estruturas associadas ou ambas (INGAWALÉ; GOSWAMI, 2009). De Leeuw (2010) reafirma o conceito anterior enfatizando ainda, que disfunções ou desordens temporomandibulares são sinônimas de desordens craniomandibulares.

Segundo Riolo (1987), tem sido demonstrado que hábitos parafuncionais, como bruxismo, são comuns em crianças, especialmente no momento da dentadura mista, e têm sido associado com DTM. Sinais e sintomas de DTMs também são observados em crianças e adolescentes (LEEUEW, 2010), no entanto, a literatura ressalta que as evidências atuais sobre o tema são escassas e altamente inconsistentes (ALBUQUERQUE, et al., 2009), pois o único instrumento de triagem existente em língua portuguesa no Brasil que classifica e caracteriza a severidade dos sintomas de desordem temporomandibular, inspirado no índice de Helkimo (INNES; STRAKER, 2006) é o Índice Anamnético de Fonseca que foi adaptado para realizar a triagem de pacientes adultos, sendo este composto por 10(dez) questões que verificam a presença de dor na articulação temporomandibular, na nuca, na cabeça dor ao mastigar, dificuldades na execução de movimentos mandibulares, ruídos na articulação, hábitos parafuncionais como apertar e ranger os dentes, percepção da má oclusão, além da sensação do estresse emocional

(DEKON et al., 2002). Ressalta-se que para a faixa etária pediátrica é considerado inconclusivo por não ter sido adaptado para o entendimento desses indivíduos (DEKON et al., 2002).

A prevalência de DTM entre as crianças é variável, a razão para a grande variação na prevalência de DTM pode estar relacionada ao fato de que os sinais e sintomas das desordens na ATM em crianças serem geralmente leves ou moderadas ou ainda pelo fato das conclusões serem baseadas em diferentes métodos de exame (ALBUQUERQUE et al., 2009).

Vierola et al., (2012) em um estudo sobre os sinais clínicos de disfunção temporomandibular e diversas condições de dor entre as crianças de 6 a 8 anos de idade concluiu que a dor como sintoma se mostrou comum em crianças na clínica odontológica. O risco de prevalência para DTM foi de 60% do total das crianças estudadas, enquanto a diferença na incidência dos sinais e sintomas entre sexo pareceu ser pequena durante a infância. Riolo et al., (1987) confirma a alta frequência de sinais e sintomas de disfunção da articulação temporomandibular em crianças e adultos jovens.

A tendência em se negligenciar o diagnóstico precoce em grupos etários mais jovens também é visto nos relatórios epidemiológicos sobre disfunção da articulação (VIEROLA et al., 2012), tornando difícil estabelecer se o bruxismo é consequência de alterações psicológicas, ou se, essas agravam o quadro de bruxismo já existente. O mesmo questionamento se dá com relação ao agente causador ou agravante para a Disfunção temporomandibular.

De acordo com Albuquerque et al., (2009) e Mazzetto (2001) a ansiedade desempenha um papel importante no aparecimento de DTM, atuando como um fator predisponente ou agravante. Em contextos clínicos Leeuw 2010 mencionou que pessoas ansiosas tem a dor ampliada e intensamente percebida confirmando então que a dor orofacial aparece como sendo uma das várias manifestações somáticas do estresse emocional em

crianças. (WAHLUND; OHRBACH, 2005).

e que A ausência de diretrizes para diagnóstico de DTM em crianças e adolescentes faz com que seja difícil realizar uma abordagem baseada em evidências, mesmo assim é da inteira responsabilidade do profissional examinar, reconhecer e classificar as DTMs. (HOWARD, 2013).

2.3 Tratamento

A intervenção nos casos de bruxismo na infância deve ter caráter multidisciplinar e concomitante. A fim de que sejam obtidos resultados satisfatórios, a opção deve ser sempre por condutas simples que visem o alívio de sinais e sintomas (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Dentre a gama de opções de tratamento têm-se a utilização de placas miorrelaxantes, a realização de ajuste oclusal, a execução de restaurações com resina composta nas áreas referentes aos desgastes dentais para reestabelecimento da dimensão vertical de oclusão do paciente, bem como o uso de fármacos e terapia psicológica cognitivo-comportamental.

A principal intervenção clínica relacionada ao bruxismo deve estar voltada à proteção do dente, com consequente redução do hábito do ranger dental, além de promover o alívio das dores faciais e temporais e das melhorias na qualidade do sono, caso o mesmo esteja sendo afetado (BADER; LAVIGNE, 2000).

A placa oclusal (Figura. 3 e 4) aparece como sendo uma alternativa de tratamento aceitável e segura, capaz de promover a desprogramação da memória da oclusão traumática, possibilitando o equilíbrio da oclusão e minimizando as facetas de desgaste dentais, observadas em pacientes bruxistas. Ressalta-se ainda que as placas ainda promovem a proteção dos dentes contra a atrição e desgaste, o balanceio dos contatos oclusais, bem como, o reposicionamento da mandíbula, em uma relação normal com a maxila a fim de causar o equilíbrio neuromuscular (BADER; LAVIGNE,

2000). Porém, é importante destacar que as placas têm efeito temporário e não substituem de modo algum a atuação do dentista no sentido de recuperar a função e a coordenação muscular (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).



Figura 7: A) vista frontal da placa oclusal

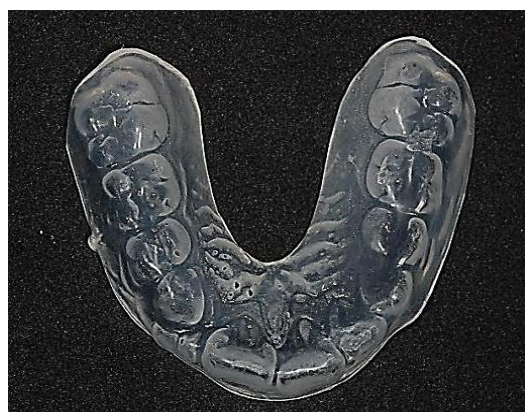


Figura 8: B) vista oclusal da placa.



Figura 9: A) vista frontal da placa posicionada



Figura 10: B) vista lateral direita da placa posicionada



Figura 11: C) vista lateral esquerda da placa posicionada.

Deve-se mencionar ainda, que esses dispositivos quando bem executados não interferem no processo de crescimento das arcadas dentárias infantis, não alteram as suas características físicas, além de serem um tratamento reversível, de boa aceitação pelas crianças e eficaz (HACHMANN et al., 1999).

É importante mencionar que a escolha do material para a confecção da placa é de extrema importância para o seu bom desempenho, devendo o mesmo ser à base de silicone, com espessura de aproximadamente 3 mm, estendendo-se da região vestibular à lingual o suficiente para prevenir a perfuração da placa e para aumentar a sua resistência ao impacto (DINIZ; SILVA; ZUANON, 2009).

Um cuidado importante para aqueles pacientes que utilizam as placas de mordida como forma de tratamento

para as consequências do bruxismo é a necessidade de sua substituição periódica. De acordo com a literatura, a placa deverá ter utilização máxima de 3 meses e então ser substituída, a fim de que haja controle do crescimento ósseo do paciente infantil, bem como, da erupção dos dentes permanentes, ressaltando o fato de que qualquer intervenção não deverá interferir negativamente no padrão de normalidade da dinâmica de crescimento e desenvolvimento infantil (PARIZOTTO; RODRIGUES, 1999). Para tanto, as placas oclusais flexíveis são geralmente recomendadas para serem usadas por curto período de tempo, o que se justifica pelo fato de que as mesmas sofrem rápida degradação (LAVIGNE; MANZINE, 2000).

Considerando ainda o tratamento dentário, deve-se avaliar a necessidade de ajustar a oclusão do paciente portador de bruxismo. No entanto há de se considerar que esse tipo de terapia é irreversível, não havendo embasamento científico que sustente o fato de que o ajuste oclusal trate ou previna o bruxismo ou mesmo as DTMs, porém acredita-se que essa opção de tratamento seja uma boa alternativa para aliviar os sintomas do bruxismo (MACHADO; CUNALI; FABBRO, 2011).

Em relação aos ajustes oclusais, a American Academy of Pediatric Dentistry (1990), contra indica esse tipo de intervenção em pacientes com menos de 18 anos de idade, porque o paciente ainda está em crescimento e desenvolvimento, e a remoção do esmalte dentário pode levar à hipersensibilidade dentinária. Mas enfatizam que os ajustes de restaurações e regularização (alisamento) de margens incisais podem ser úteis.

A escolha do tipo de resina que será usada no tratamento restaurador das oclusais e incisais desgastadas do paciente necessitam de atenção especial para a escolha do material, assim como deve-se decidir com cautela em que pacientes o tratamento restaurador deve ser feito a fim de recuperar a dimensão vertical de oclusão (PIZZOL et al., 2006). É importante ressaltar mais uma vez que a decisão de restaurar deve ser

precedida da identificação e controle dos seus fatores etiológicos. Caso contrário, o tratamento restaurador terá grande chance de fracassar em curto prazo (PORTELA; ROZENDO; FERRAZ, 2009).

A associação confirmada entre traços de personalidade e hábitos de bruxismo na infância sugere que o tratamento psicológico nessa fase pode permitir que compreendendo melhor os seus conflitos e suas tensões os indivíduos possam melhor enfrentá-los e, por conseguinte, ter como resultante o controle do bruxismo (PAES, 2012). Além disso, é de suma importância que o paciente se conscientize e seja educado em relação a situação, a fim de que possa assumir a postura da autoajuda, objetivando a otimização do tratamento, bem como seus pais ou responsáveis (PAES, 2012).

Em situações mais graves pode haver a necessidade de tratamento sistêmico com uso de medicação e mesmo de tratamento médico especializado. Alguns estudos têm relatado que o uso de benzodiazepínicos, relaxantes musculares, precursores de catecolaminas e antagonistas beta-adrenérgicos são indicados para auxiliarem na redução da frequência do bruxismo (LOBBEZOO; LAVIGNE, 1997). Porém, não há nenhuma droga de primeira eleição, os fármacos são utilizados por um período curto de tempo, contudo esse tipo de tratamento não é seguro, pois pode levar a dependência química e recidiva após suspensão (SILVA; CASTISANO, 2009). Dessa forma, tais medicamentos devem ser utilizados com cautela, optando-se sempre por outras estratégias para o controle do hábito parafuncional (PARIZOTTO; RODRIGUES, 1999).

É fato que a precariedade das manobras diagnósticas contribua para que seja negligenciado os sinais e sintomas do hábito parafuncional em crianças. Juntando-se a isso, não existe até o presente momento um protocolo anamnético com aplicabilidade clínica específico para entendimento da criança, onde ela mesmo possa estar relatando os sinais e sintomas. Torna-se cada vez mais complexo estabelecer

precisamente o fator etiológico para o bruxismo e melhor forma de tratamento.

A dificuldade da criança em verbalizar a localização precisa e a natureza da dor facial, muitas vezes resulta em uma história não definida, sendo assim, deve haver por parte do cirurgião-dentista uma conscientização do quanto importante se torna a avaliação clínica. O problema é que a percepção de alterações associadas à ATM pela criança e pelos pais é muito difícil, dada a subjetividade dos sintomas e, por isso, a procura por tratamento odontológico acontece na maioria das vezes, tardiamente, quando já é possível verificar o comprometimento maior da articulação e/ou de suas estruturas anexas. Deve-se lembrar que os danos causados ao sistema estomatognático associados ao bruxismo são variados e de intensidade diferentes, porém o que mais preocupa são danos gerados a articulação temporomandibular. Portanto, o tratamento precoce de uma criança bruxista visa diminuir a probabilidade do desenvolvimento de DTM, cujo tratamento é bem mais complexo (MACHADO; CUNALI; FABBRO, 2011).

O sucesso do tratamento em longo prazo normalmente depende da identificação dos possíveis fatores contribuintes e geralmente é proporcionado pela avaliação inicial completa e precisa (LEEuw, 2010).

A importância do diagnóstico precoce deve ser cada vez mais difundida e valorizada entre odontopediatras como medidas de promoção de saúde. Criar condições para diferenciar o bruxismo dos desgastes fisiológicos normais é a questão chave a fim de evitar ou ao menos limitar prováveis danos futuros. Para isso, as crianças deverão ser tratadas individualmente de acordo com as necessidades que apresentam e considerando sempre que possível uma abordagem multidisciplinar.

3. Considerações finais

Fica evidente que o bruxismo na infância é um grande desafio para os profissionais da Odontologia, da

Psicologia e da Medicina visto o pronunciado número de fatores envolvidos na sua etiologia, e, a partir daí, a grande possibilidade de abordagens terapêuticas.

Sem ser redundante, é crucial que o cirurgião-dentista consiga diagnosticar precocemente os primeiros sinais e sintomas de DTM durante as consultas diárias, facilitando desta forma a resolução mais rápida do problema, além de evitar a sua progressão que resultaria em perda da qualidade de vida para a criança.

O que não se modifica, no entanto, é a responsabilidade e o

compromisso com o correto diagnóstico, base fundamental para a correta compreensão dos fatores relacionados ao caso, seus agravantes e mesmo, fator crucial para a determinação de adequado plano de tratamento. Sendo assim, fica a certeza de que o sucesso no tratamento do bruxismo está na dependência direta do conhecimento, do trabalho em equipe, do planejamento e da humanidade que permite que compreendamos melhor o problema do outro e consigamos dentro do respeito ao indivíduo e ao individual, oferecer a melhor solução.

Referências

1. ANTONIO, A.G., PIERRO, V.S., MAIA, L.M. Bruxism in children: warning sign for psychological problems. **J Can Dent Assoc.** 72:155-160. 2006.
2. ALBUQUERQUE, R., AMADO, G., BONJARDIM, L., GONCALVES, S., LOPES, R. F., Association between symptoms of temporomandibular disorders and gender, morphological occlusion, and psychological factors in a group of university students. **Indian journal of dental research.** P. 190, april/june., 2009.
3. ALVES, V.C, MOLITERNO, L.F, RAMOS, M.E., CRUZ, R.A., CAMPOS, V. Alguns aspectos do bruxismo de interesse do odontopediatra. **Rev Odontopediatra.** 2:157-63. 1993.
4. ATTANASIO, R. Nocturnal bruxism and its clinical management. **Dent Clin North Am.** 35:245-52. 1991.
5. BADER, G., LAVIGNE, G., Sleep bruxism: an overview of an oromandibular sleep movement disorder. **Sleep Med Rev.** 4:27-43. 2000.
6. BALASOURAS, D., KABEROS, A., PSALTAKOS, V., PAPALIAKOS, E., ECONOMOU, N. Bruxism: two case reports. **Acta otorhinolaryngol Ital.** 24: 165-70. 2004.
7. CARDOSO, A. C. Bruxismo x Erosão do Esmalte e da Dentina. Cap 4. **Oclusão para você e para mim.** 1ª ed. São Paulo: Santos. 2003.
8. CASH, R.C. Bruxism in children: review of the literature. **J Pedod.** 12:107-27. 1988.
9. CORRÊA, M.S.N.P. A erosão dental. Cap. 20. **Odontopediatria na primeira infância.** 4ª Ed. São Paulo: Santos. 2010.
10. DEKON. S.F.C., ZAVANELLI, A.C., BALEEIRO, R.P., VIDOTTI, M.A., PELISSER, J. Estudo comparativo entre índice anamnético de DTM e análise

- oclusal funcional. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM & Dor Orofacial.** 2:135-40. 2002.
11. DIELBOUFLEUER, R. M., **Lesões não cariosas: da etiologia ao tratamento.** Passo Fundo, RS, 2011. Dissertação (Mestrado em Dentística). Faculdade Ingá.
 12. DINIZ, M. B, SILVA, R. C., ZUANON, A. C. C., Bruxismo na infância: um sinal de alerta paraodontopediatras e pediatras. **Rev Paul Pediatr.** 27(3):329-34. 2009.
 13. GHAFOURNIA, M., TEHRANI, M. H., Relationship between Bruxism and Malocclusion among Preschool Children in Isfahan. **Journal of Dental Research, Dental Clinics.** v. 6, n.4, 2012.
 14. GLAROS, A.G., Incidence of diurnal and nocturnal bruxism. **J Prosthet Dent.** 45:545-9. 1981.
 15. HACHMANN, A., MARTINS, E.A., ARAUJO, F.B., NUNES, R. Efficacy of the nocturnal bite plate in the control of bruxism for 3 to 5 year old children. **J Clin Pediatr Dent.** 24:9-15. 1999.
 16. HOWARD, J. A. **Temporomandibular Joint Disorders in Children,** 2013.
 17. INNES, E., STRAKER, L. Validity of work-related assessments. **Work.** 13:125-52. 1999.
 18. INGAWALÉ, S., GOSWAMI, T. Temporomandibular joint: disorders, treatments, and biomechanics. **Ann Biomed Eng.** 37(5):976-96. 2009.
 19. LAVIGNE, G.J., MANZINE, C. **Bruxism.** p. 773. 2000.
 20. LEEUW, R., Disfunção temporomandibular. Cap 8. In: LEEUW, R. **Dor Orofacial - Guia de Avaliação, Diagnóstico e Tratamento.** 4ª Ed. São Paulo: Quintessence, p. 129-142, 2010.
 21. LOBBEZOO, F., LAVIGNE, G.J. Do bruxism and temporomandibular disorders. **Pain.** 11:15-23. 1997.
 22. LORENZONI, F.C; BONFANTE, E. A.; BONFANTE, G. **Perda da estrutura dentária por erosão: etiologia, diagnóstico e fatores de risco.** In: Full Dentistry in Science, São José dos Pinhais, V. 1, n. 2, p. 144-162, jan./fev./mar. 2010.
 23. MACHADO, P., CUNALI, P., FABBRO. C.D, **Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências,** 2011.
 24. MAZZETTO, M.O. Alterações psicossociais em sujeitos com desordens craniomandibulares. **J Bras. Oclusão, ATM & Dor Orofacial.**1:223-43. 2001.
 25. MACIEL, R.N. **Oclusão e ATM: procedimentos clínicos.** São Paulo: Santos. 2010.
 26. NOR, J.E., FELDENS, E.G., WITT, S.M.R., SCHERER, S.C., THOMAZI, T.H., MARTINS, E.A. Bruxismo em crianças. **Ver Fac Odontol.** 32:18-2. 1991.

27. PAES, P., **Estudo dos fatores etiológicos associados ao bruxismo em crianças.** Florianópolis, SC, 2012. Dissertação (Graduação em Odontologia) Universidade Federal de Santa Catarina.
28. 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. **J Bras Odonto ped Bebe.** 2:339-44. 1999.
29. PEREIRA, L.J., COSTA, R.C., FRANC, A.J.P., PEREIRA, S.M., CASTELO, P.M. Risk indicators for signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in children. **Clin Pediatr Dent.** 34:81–86J. 2009.
30. PEREIRA, R.P.A., NEGREIROS, W.A., SCARPARO, H.C., PIGOZZO, M.N., CONSANI, R.L.X., MESQUITA, M.F. Bruxismo e qualidade de vida: Revisão da Literatura. **Ver Odonto Ciênc.** 21(52):185-190. 2006.
31. PIZZOL, K.E.D.C., CARVALHO, J.C.Q., KONISHI, F., MARCOMINI, S.E.M., GIUSTI, J.S.M. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. **Ver odontol. UNESP.** 35(2):157-63. 2006.
32. PORTELA, L. B, ROSENDO, R.P.J, FERRAZ, R. M, Lesões cervicais não-cariosas: etiologia e opções de tratamento restaurador. **Revista dentística online.** 2009.
33. RESTREPO, C., SFORZA, C., COLOMBO, A., PELA'EZ-VARGAS, A., FERRARIO, V. F. Palate morphology of bruxist children with mixed dentition: A pilot study. **Journal of Oral Rehabilitation.** 35; 353–360. 2008.
34. RIOLO, M., BRAND, D. TENHAVE, T., ARBOR, A., MICH, A. Associations between occlusal characteristics and signs and symptoms of dysfunction in children and young adults. **J. Orthod Dent & Orthop.** 1987.
35. SILVA, N. R. S., CASTISANO, M. H. Bruxismo etiologia e tratamento. **Revista Brasileira de odontologia,** v. 66, n. 2, p. 223-226. Jul/Dez. 2009.
36. TEIXEIRA, M., RIBEIRO, C. P., QUEIROZ, A., PERDOMO, G. W. Bruxismo: O desgaste dental em resposta à interferência oclusal. **Rev Odontol Bras Central,** v. 4, n. 13, p. 8-13, 1994.
37. THORPY, J.M. **International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual.** 1990.
38. VIEROLA, A., SUOMINEN, A. L., IKÄVALKO, T., LINTU, N., LINDI, M., LAKKA, H. M., KELLOKOSKI, J., NÄRHI, M., LAKKA, T. A., Clinical signs of temporomandibular disorders and various pain conditions among children 6 to 8 years of age: the panic study. **Journal of orofacial pain,** 2012.

39. WAHLUND, K., LIST, T., OHRBACH, R. The relationship between somatic and emotional stimuli: A comparison between adolescents with temporomandibular disorders (TMD) and a control group. **Eur J Pain**. 9:219-27. 2005.
40. WOLF, S.M. **Psicologia no consultório odontológico**, 2000.
41. ZUANON, A. C. C., CAMPOS, C. G. A., GIRO, E. M. A, PANSANI, C. A. Bruxismo Infantil. **Odont Clin**, v. 9, n. 1, p. 41-4, 1999.