



MICHELLE RAQUEL KELM

**BRUXISMO INFANTIL: ETIOLOGIAS, DANIFICAÇÕES E
TRATAMENTOS**

**Sinop-MT
2018**

MICHELLE RAQUEL KELM

**BRUXISMO INFANTIL: ETIOLOGIAS, DANIFICAÇÕES E
TRATAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito parcial para aprovação da disciplina de TIC II.

Orientadora: Prof^a. Isadora Tabacchi Amorim.

**Sinop-MT
2018**

MICHELLE RAQUEL KELM

**BRUXISMO INFANTIL: ETIOLOGIAS, DANIFICAÇÕES E
TRATAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: ____/____/_____.

ISADORA TABACCHI AMORIM

Professora Orientadora
Departamento de Odontologia - FASIPE

Professor(a) Avaliador(a)
Departamento de Odontologia - FASIPE

Professor(a) Avaliadora(a)
Departamento de Odontologia - FASIPE

GIULIENE NUNES DE SOUZA PASSONI

Coordenadora do Curso de Odontologia
FASIPE - Faculdade de Sinop

BRUXISMO INFANTIL: ETIOLOGIAS, DANIFICAÇÕES E TRATAMENTOS

Michelle Raquel KELM*

Isadora Tabacchi AMORIM**

RESUMO

O bruxismo é um hábito bucal parafuncional caracterizado pelo ato de ranger ou apertar os dentes, podendo estar ligado a um hábito ou tique, inconsciente, realizado durante o dia ou a noite durante o sono. Também pode ser classificado por bruxismo cêntrico e bruxismo excêntrico, não tendo prevalência por sexo e nem idade. Sua etiologia é multifatorial, podendo envolver fatores locais, sistêmicos, ocupacionais, hereditários e psicológicos. Os danos causados por esses hábitos não funcionais abrangem problemas de diferentes níveis do sistema estomatognático, e é considerado o hábito parafuncional mais danoso ao mesmo. Como forma de tratamento também exige uma equipe multidisciplinar envolvendo dentistas, médicos e psicólogos. O trabalho tem por objetivo identificar os principais fatores etiológicos, danos causados, e os possíveis tratamento dessa parafunção, por meio de uma revisão bibliográfica.

Palavras-chave: Bruxismo em crianças. Hábitos parafuncionais. Odontopediatria.

ABSTRACT

The bruxism is a buccal parafunctional habit that is characterized by the act of creaking or squeezing the teeth, which can be related to a habit or praxis unconsciously performed during the day or even at night, when asleep. It can also be classified as central and eccentric, not having a prevalence related to gender or age. Its etiology is multifactorial, involving local, systemic, employment and hereditary factors. The damage caused by these non-functional habits cover different level problems, of the stomatognathic system, and it is considered the most damaging parafunctional habit. When it comes to treatment it also requires a multidisciplinary team including dentists, doctors and psychologists. The objective of this study is to identify the main etiological factors, damages caused, and the possible treatment for this parafunction, through a bibliographic review.

Keywords: Bruxism in children. Parafunctional habits. Pediatric dentistry.

* Graduanda do 10º semestre do Curso de Odontologia da Faculdade de Sinop (FASIPE). E-mail: mychellekelm@hotmail.com.

** Cirurgiã-dentista pela Universidade de Cuiabá (UNIC). Especialista em Odontopediatria e professora da Faculdade de Sinop (FASIPE). E-mail: Isadora_tabacchi@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A monótona atividade dos músculos da mandíbula – sem estar em função da mastigação e deglutição – caracterizada por ranger, apertar ou triturar dos dentes faz-se conhecida como um hábito oral parafuncional, hoje em dia chamado de bruxismo. [1, 2, 3, 4, 5, 6] Possivelmente, o bruxismo tenha perpetuado desde o início da história da humanidade até o presente momento, em todas as faixas etárias, culturas e classes sociais. [7]

Considera-se o bruxismo infantil como um precursor para a ocorrência de danos ao sistema mastigatório, tem-se visto um crescente afligimento com os impactos dessa parafunção na qualidade de vida de crianças. [5]

Quando a criança apresenta um inadequado hábito bucal desde a mais tenra idade o mesmo pode prejudicar a proporcionalidade entre o crescimento e função. O bruxismo, como um destes inadequados hábitos, devido a sua diversidade etiológica trás consigo danos a todo o sistema estomatognático, tecidos moles e duros. [1]

Em 1907 foi implantada na literatura pela primeira vez como bruxomania por Marie e Pietkiew, em que a palavra grega “*brychein*” significa ranger, moer, triturar dos dentes e “*mania*” significa compulsão. Pode ser classificado em bruxismo diurno e bruxismo noturno, também ser chamado de bruxismo cêntrico ou excêntrico. [2]

Segundo alguns pesquisadores a etiologia dessa parafunção até hoje não foi totalmente estipulada, entretanto há concordâncias de que sua natureza é multifatorial. Podendo estar associada a fatores locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e hereditários. Ou ainda relacionar-se a distúrbios do sono e parassonias. [1, 8]

O bruxismo por se tratar de uma parafunção oral e comprometer o sistema estomatognático faz-se de enorme importância ao cirurgião-dentista. As forças exercidas são a causa do desgaste oclusal em dentes posteriores, desgaste incisal em anteriores, mobilidade dental, fraturas em material restaurador e cúspides, dores de cabeça e na face, inclusive na articulação temporomandibular (ATM), o que ressalta a importância de um diagnóstico correto e precoce tendo em vista o controle e prevenção de maiores danos. [2, 9, 10, 11]

O bruxismo do sono pode ocorrer a partir do primeiro ano de idade com a erupção dos incisivos decíduos, mas em geral começa por volta dos 4-8 anos de idade, com uma prevalência geral entre 8% e 38% sem seleção por sexo. A maior incidência do bruxismo ocorre entre os 10 e 14 anos e tende a diminuir na fase adulta chegando a 8%, 12% em adolescentes e caindo para 3% durante o envelhecimento. [12, 13]

Alguns autores relatam que o bruxismo é mais comum durante a infância. Fato que não possui uma comprovação de prevalência exata, pois mesmo por meio da utilização de vários métodos para obtenção de dados (questionários aplicados aos pais e responsáveis) não há uma exatidão desse valor. Questão que se reforça por muitos ainda desconhecerem tal patologia, fazendo com que haja uma ampla variação, na literatura, sobre a prevalência desta, variando entre 8,2% e 55,3%.^[14]

O tratamento se dá de maneira individual para cada paciente, na maioria dos casos envolve uma equipe multidisciplinar com odontólogos, médicos e psicólogos. Isto, por se tratar de um conjunto distinto de fatores causadores do hábito.^[15]

O número de crianças que manifestam o bruxismo vem aumentando e traz consigo repercussões negativas à condição de vida da mesma. Sendo assim, cabe ao cirurgião-dentista, principalmente aos odontopediatras apresentarem os achados desse hábito parafuncional. Contando também com a ajuda dos pais em procurar um especialista logo no começo da prática e ao odontólogo em diagnosticá-la.

Para isso, compete ao cirurgião-dentista conhecer os sinais/sintomas e saber diagnosticar corretamente a parafunção, para que consiga corrigir essa mania inconsciente e diminua os possíveis traumas. Assim, o presente estudo tem por objetivo trazer as etiologias mais comuns do bruxismo, os danos causados e possíveis tratamentos.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho foi realizado por meio de uma revisão bibliográfica, o que fornece uma visão geral e atualizada sobre o tema. O principal foco foi o de realizar uma listagem dos cruciais conceitos e estudos acerca do bruxismo, em especial o infantil.

As fontes e pesquisas foram obtidas em bibliotecas virtuais como: SciELO, MEDLINE, LILACS e EMBASE. Os escritores como forma de busca foram: “bruxismo em crianças”, “hábitos parafuncionais” e “odontopediatria”.

O levantamento de artigos foi realizado por meio de leituras e seleção daqueles que atendiam aos critérios desejados, como: artigos completos, de casos clínicos, de pesquisa, estudos que utilizam algum dos seguintes parâmetros do bruxismo infantil: etiologia, danos, tratamentos e que já foram publicados. Somando um total de 41 artigos, entre os anos de 2000 a 2018 na língua portuguesa, espanhola e inglesa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Classificação

O bruxismo pode ser classificado em cêntrico quando a mandíbula não sai da sua posição central causando apenas o apertamento, também conhecido como bruxismo diurno. Realiza-se de forma consciente, em que o indivíduo encontra-se acordado. Caracteriza-se por um movimento automático da mandíbula de apertar os dentes e está vinculado a um tique ou hábito vicioso como morder lápis, canetas, bochechas, roer as unhas, morder os lábios, língua e chupar o dedo. ^[16]

No que se refere ao bruxismo excêntrico ocorre de maneira inconsciente, durante a noite. Quando há o deslocamento da mandíbula causando barulhos desagradáveis e desgastes de estrutura dental, também chamado de bruxismo noturno é a parafunção mais danosa ao sistema estomatognático. ^[16, 17]

Além disso, pode ser classificado em bruxismo leve: acontecem algumas noites e não manifesta destruição dentária. Bruxismo moderado: ocorrem todas as noites e podem ser associados a um problema psicossocial leve. Bruxismo grave: sucede todas as noites e existe indício de lesão dentária, estando coligada a problemas psicossociais graves. ^[6]

O hábito possui também uma subdivisão onde pode ser primário: quando não há uma causa médica evidente; ou secundário: resultante de transtornos clínicos, neurológicos ou psiquiátricos. Associados a fatores iatrogênicos ou a outros transtornos do sono. ^[16, 17, 18]

3.2 Etiologias

3.2.1 Fatores locais

Em meio aos fatores locais podem ser constatados a maloclusão, o trauma oclusal, a reabsorção radicular, o contato prematuro, cistos dentígeros, a presença de cálculo dental, dentes ausentes, o excesso de material restaurador e a tensão muscular. ^[6, 16]

Mesmo diante do surgimento dos primeiros dentes a criança pode apresentar o bruxismo. Devido ao crescimento e desenvolvimento da mandíbula pelos dentes não ocluírem corretamente durante o processo de erupção, sendo esse um movimento fisiológico. ^[19]

Autores observaram que a maloclusão de crianças não amplia a hipótese de desenvolver o bruxismo e que pode ser resultado da não formação completa do sistema mastigatório neuromuscular. [2, 6, 18]

Alguns autores associam o bruxismo com o tempo de aleitamento materno, em que a criança que possui maior tempo de aleitamento tem menor chance de desenvolver o hábito por ter um sistema mastigatório neuromuscular melhor desenvolvido. [6]

O hipodesenvolvimento do complexo mastigatório, a respiração mista ou bucal, a deglutição atípica, os desenvolvimentos inadequados de sistema mastigatório que acarretam na má oclusão e levam a criança a terem o bruxismo tem relação direta com a falta ou ausência do aleitamento materno. Considerando que, esta fase trata-se da primeira em que ocorre a mastigação, também a que supre a necessidade de sucção da criança e auxilia no correto desenvolvimento dos músculos, da deglutição e respiração. [20]

3.2.2 Fatores sistêmicos

Dentre os fatores sistêmicos relacionados ao bruxismo depara-se com a disfunção do sistema respiratório como rinites e alergias, a deficiência nutricional e vitamínica, os distúrbios otorrinolaringológicos, as desordens endócrinas, a síndrome de Down e a paralisia cerebral. [6, 18, 21]

Alguns autores evidenciam que os processos alérgicos como a asma e a infecção respiratória das vias aéreas ocasionam o bruxismo. Isto, em consequência do reflexo do sistema nervoso central que envolve edemas, causando o aumento da pressão negativa das tubas auditivas. Em que a criança com obstrução nasal tem 65,2% de prevalência de bruxismo. Fato que diminuirá, posteriormente, a realização de uma cirurgia de adenoides e tonsilas. [2, 21, 22]

Os portadores de rinite e alergia são respiradores bucais, apresentando menor quantidade de produção de saliva, portanto menor necessidade de deglutição. Em consequência, causam pressão negativa da cavidade timpânica, aumentando a incidência do bruxismo. [21]

Quanto aos fatores nutricionais há uma dificuldade em identificar um agente específico como responsável, pois há a ingestão de vários nutrientes simultaneamente. Entretanto, comprova-se que a falta de alguns deles como a carência de cálcio, vitamina B5 e magnésio estão diretamente relacionados à função muscular. [1, 21]

Existe também uma relação do bruxomano com as catecolaminas, onde as mais numerosas são a adrenalina, noradrenalina e dopamina. A dopamina trata-se de um importante neurotransmissor que tem função no controle dos movimentos. Em pacientes com a doença de Parkinson e/ou outras associadas aos movimentos e que fazem uso de medicamentos que de alguma forma ajam na regulação das catecolaminas apontam variações nos episódios do bruxismo. Assim como o álcool, a cafeína, cocaína, a metilendioximetanfetamina (MDMA), mais conhecida como ecstasy, que exacerbam os níveis de catecolaminas, principalmente noradrenalina e dopamina e aumentam as atividades bruxomanas. [14, 21, 23, 24]

A administração de levodopa no tratamento de Parkinson leva a hipersensibilidade dos receptores dopaminérgicos o que pode ocasionar o ranger de dentes do paciente. O uso de baixas doses do mesmo medicamento exerce efeito contrário, sendo terapêutico nos episódios de bruxismo. [23, 24, 25]

Alguns autores relatam que inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS), como a fluoxetina ou a paroxetina utilizadas em tratamento de depressão e ansiedade, podem iniciar ou agravar o bruxismo noturno. Com a inibição das vias dopaminérgicas levam a contração da musculatura mastigatória involuntária durante o sono. [26, 27, 28]

Em um determinado estudo, em que se compararam crianças com síndrome de Down e paralisia cerebral para com crianças sem comprometimento cognitivo, em relação ao bruxismo, constatou-se que não houve uma diferença significativa de prevalência. Porém, crianças com distúrbios apresentam alto grau de dependência e frequentes condições de ansiedade e estresse, o que gera a propensão em desencadear o bruxismo. Outro fator que o desencadeia volta-se a má oclusão, mas que alguns autores não consideram como fator etiológico do hábito parafuncional. [29]

3.2.3 Fatores hereditários

Embora o modo de transferência aos filhos ainda seja desconhecido, em um estudo sobre predisposição genética confirmou-se que pais que possuíam o hábito na infância frequentemente apresentam filhos que apertam ou rangem os dentes, seja durante o dia ou à noite. [2, 16, 21]

No que se refere à genética, nenhum marcador específico foi detectado para o bruxismo, supõem-se que no mínimo de 10 a 15 genes estariam vinculados ao fenótipo ansiosos o que tem atuação na personalidade do paciente e faz-se possível estar relacionado à parafunção do bruxismo. [21]

3.2.4 Fatores de ordem ocupacional

Os fatores ocupacionais estão relacionados a atividades profissionais, mentais e físicas. ^[16, 18] As crianças quando excessivamente cobradas em suas atividades escolares (pressionadas a tirarem notas altas) e em competições esportivas (ganhar a todo custo), ou levadas a uma mudança de rotina (um irmão novo) ou até mesmo por possuírem uma agenda tão atarefada quanto a dos pais aumentam o seu nível de estresse, gerando a realização de movimentos de ranger e apertar dos dentes como uma defesa emocional. ^[14, 30]

3.2.5 Fatores psicológicos

A cavidade bucal possui forte potencial afetivo, sendo assim acaba por ser uma maneira de escape para a expressão de impulsos reprimidos, conflitos e fatores emocionais. Em que a criança por meio de seus sentimentos manifesta o bruxismo como uma forma de autoagressão e punição. ^[21, 31, 32, 33]

Há vários fatores psicológicos ligados ao hábito parafuncional de ranger e apertar dos dentes em crianças, pois são mais susceptíveis a problemas emocionais e familiares, ao estresse, as emoções, as frustrações, a ansiedade, raiva e medo, a fase de autoafirmação, a prática de esportes competitivos, entre outros. Tais problemáticas ligam-se tanto a fatores psicológicos quanto a fatores ocupacionais, em que o hábito surge por não conseguirem se expressar e onde acabam por descontar em si próprios. ^[2, 6, 13, 16, 32, 34]

Conforme estudos, interligando as alterações emocionais, o estresse e a ansiedade ao bruxismo, em uma análise com coleta de urina de algumas crianças que apresentavam o problema, confirmaram-se por exame clínico que os mesmos possuíam uma alta concentração de catecolaminas na urina, o que se viu anteriormente que tem forte relação com a ocorrência do bruxismo. ^[21, 22, 33, 35]

O tipo de personalidade da criança, a ansiedade e estresse são os fatores mais estudados e atualmente indicados como causa principal etiológica do bruxismo, no entanto, a participação correta dos fatores psicológicos continua discutível. ^[19, 22]

3.2.6 Fatores relacionados à Parassonias

O hábito também pode estar associado ao que ocorre unicamente durante o sono, chamado de parassonias. Estas se determinam por diversos graus de excitações como falar

durante o sono, sonambulismo, pesadelos, sono agitado resultante de excitação e estresse. Onde acontece uma mudança breve na profundidade do sono a qual o indivíduo chega ao estágio mais leve, de maneira onde se acompanha movimentos corporais, aumento da frequência cardíaca, alterações respiratórias e aumento da atividade muscular, incluindo de forma substancial os músculos da face, causando o bruxismo. [4, 5, 13, 22, 24]

Crianças com problemas de comportamentos e *déficit* de atenção podem expressar maior dificuldade e fragmentação no padrão do sono, fazendo com que o mau sono possa afetar o humor, a concentração, o raciocínio e exacerbando os distúrbios comportamentais. Fato que ocasiona impactos na saúde e uma possível influência na manifestação do bruxismo noturno. [12, 22, 36]

A atividade muscular mastigatória rítmica durante o sono (AMMRS) ou automatismo mastigatório trata-se da denominação para uma atividade rítmica automática da musculatura mastigatória durante o sono. Ansiedade, tensão, frustração e drogas causam aumento da hiperatividade neuromuscular, diminuição na quantidade de saliva durante o sono e conseqüentemente aumento de episódios de AMMRS e surtos de triturar dos dentes. Os episódios de AMMRS são, portanto, considerados uma manifestação motora orofacial normal. Contudo, os portadores de bruxismo do sono apresentam uma elevada frequência de episódios com maior duração de tempo e menor intervalo entre um e outro o que acontece em associação com a excitação do sono que dura de 03 a 15 segundos. [23, 26, 37, 38, 39]

3.3 Danos causados pelo bruxismo

O dano mais comum causado por essa parafunção trata-se do desgaste dentário, incisal dos dentes anteriores e oclusal dos posteriores, além da hipersensibilidade e mobilidade dentária, fratura de restaurações e cúspides e hipertonicidade dos músculos mastigatórios. As forças executadas pelo bruxismo são capazes de provocar distúrbios em vários graus nos dentes, tecidos de suporte, musculatura e articulação temporomandibular (ATM), dependendo da duração, frequência e intensidade do hábito. [13, 36]

Pode atuar no crescimento do complexo crânio facial, por causar danos ao periodonto, músculos, oclusão e ATM e também ter a capacidade de mudar a cronologia da erupção dos dentes permanentes, por consequência da aceleração da rizólise dos dentes decíduos que possibilita o apinhamento dentário. [2, 13]

Além da destruição dos dentes, a criança possivelmente vem a apresentar dor na mandíbula, dores de cabeça, dores pré-auriculares e os pais ou responsáveis relatam que

durante a noite os sons causados pelo rangimento dentário são extremamente altos, o que dificulta o sono de quem dorme no mesmo quarto ou ao lado. [1, 2, 13, 30, 33]

Ademais, em consequência do bruxismo do sono (SB) pode-se ter fratura de cúspides, pulpíte, necrose pulpar, recessão gengival, reabsorção óssea alveolar, hipermobilidade e até perda do elemento dentário em casos mais graves devido às forças exercidas pelo hábito. [4] Quando as fibras musculares – associadas a processos inflamatórios reparadores – são lesadas resulta na sintomatologia dolorosa, a dor e o cansaço são sinais de dano tecidual muscular. [1, 2, 4, 40]

3.4 Tratamentos

Não existe tratamento específico para o bruxismo. Por se tratar de uma parafunção de maior complexidade e de etiologia incerta o principal objetivo da abordagem consiste em incentivar o paciente a monitorar os seus hábitos. A abordagem terapêutica depende muito da sua etiologia, em que a maioria dos casos envolve uma equipe multidisciplinar de odontólogos, pediatras e psicólogos. [2, 4, 15] O tratamento em crianças deve ser realizado de modo conservador e reversível, para que o mesmo não interfira no crescimento e desenvolvimento desta. [2, 36]

3.4.1 Tratamento odontológico

O tratamento odontológico visa à conservação do tecido dentário e a amenização dos possíveis danos ao sistema estomatognático. Os tratamentos realizados pelos dentistas são os ajustes oclusais com restauração quando há falta de material ou desgastes quando há excesso e contato prematuro, além da ortodontia e confecção de dispositivos intraorais. [16, 23, 36]

O dispositivo intraoral – ou placa oclusal/placa de bruxismo – tem por finalidade a proteção do tecido dentário, desprogramação e correta posição da mandíbula, diminuindo a dor e as possíveis disfunções temporomandibulares (DTM's) e proporcionando conforto ao paciente. Feita com material de escolha, como o silicone, para não interferir no crescimento e desenvolvimento mandibular da criança. [2, 23, 36]

3.4.2 Tratamento farmacológico

São indicados como medida paliativa da parafunção a injeção de anestésico local na região, sedativos, anti-inflamatórios, tranquilizantes e miorelaxantes. [2, 16, 18]

Relaxantes musculares do tipo benzodiazepínicos, como doazepam, clonazepam e metocarbamol podem ser empregados no tratamento do bruxismo, mas devem ser usados por tempo limitado para não causar dependência. A L-dopa um agente dopaminérgico empregada para o tratamento da doença de Parkinson também vem a ser utilizada, em baixas doses, para a diminuição dos sintomas de bruxismo. Porém, quando administradas em altas doses e por maior tempo amplificam os episódios de bruxismo. [2, 13, 15, 18, 23, 24]

Antidepressivos como amineptina, bupropiona, mirtazapina, clomipramina, trazodona, ritanserina também são úteis no tratamento do bruxismo, essas drogas agem em relação ao sono da pessoa fazendo com que este melhore, bem como os sintomas do bruxismo. Todavia, todas as drogas precisam de mais avaliações quanto à eficácia e segurança antes das prescrições serem feitas, sendo mais administradas à pacientes adultos em casos mais severos. [2, 13, 15, 18, 23, 24]

A toxina botulínica também vem sendo estudada nos dias atuais como uma boa opção para o tratamento do hábito. Estudos mostram que tem efeito paralítico nos músculos, atuando na inibição da liberação de acetilcolina (molécula neurotransmissora que atua na passagem do impulso nervoso dos neurônios para as células musculares). [15, 18, 24, 41, 42]

3.4.3 Tratamento psicológico

O tratamento psicológico consiste em descobrir as angústias que levaram a criança a ter essa descarga emocional sobre o sistema mastigatório. [36] E assim realizar técnicas de relaxamento e terapia que diminua o estresse, a ansiedade ou outro fator emocional que desencadeie o hábito. Existe ainda uma terapia comportamental da higiene do sono, que tem por finalidade a correção de hábitos pessoais e ambientais que prejudicam o dormir. [2, 13, 16, 18]

3.4.4 Tratamento fisioterápico

A termoterapia e acupuntura são tratamentos fisioterápicos para o desconforto trazido pelo bruxismo, o uso do calor provoca a vasodilatação, facilitando a passagem de oxigênio nas áreas mais afetadas e reduzindo a dor pelo efeito sedativo sobre os nervos motores. A

acupuntura tem ação tanto central quanto local de analgesia, anti-inflamatória e ansiolítica, também melhorando a defesa imunológica do corpo, aliviando assim o quadro doloroso da parafunção. [2, 16, 18, 41]

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bruxismo pode ser de causa conhecida ou desconhecida, praticado durante o dia, à noite ou a combinação entre ambos. Acomete a qualquer fase da vida. Sua etiologia, ainda, precisa ser melhor estudada. Sendo, pois considerada de causa multifatorial vem a ser de origem local, sistêmica, hereditária, psicológica e relacionada às parassonias, considerada de origem central.

As sequelas do hábito dependem de fatores como o tipo, a gravidade da parafunção, a força exercida, a posição e localização dos dentes no arco. Quando não há controle sobre a patologia a mesma pode acarretar falhas no sistema mastigatório e temporomandibular. Por isso faz-se de suma importância procurar um profissional da área odontológica para diagnosticá-la o quanto antes, desta forma evitam-se danos maiores e permanentes. Para isso, realiza-se uma *anamnese* minuciosa, estando presentes os pais ou responsável pela criança, para que se obtenha um histórico médico completo.

O tratamento deve ser o menos invasivo possível. Primeiramente, cabe orientar os pais e a própria criança para monitorarem os hábitos e realizar técnicas de relaxamento, já que a maioria dos casos relaciona-se a fatores tensionais. Também tem que haver a proteção dos dentes de maneira que não interfira no crescimento e desenvolvimento do sistema, para diminuir os estragos feitos e amenizar as dores faciais, o que proporciona melhoras na qualidade do sono. Geralmente, o tratamento envolve uma equipe multidisciplinar de cirurgiões-dentistas, psicólogos e outros profissionais especializados.

REFERÊNCIAS

1. Pizzol KEDC, Carvalho JCQ, Konishi F, Marcomini SEM, Giusti JSM. Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos. *Rev. Odontol. UNESP*. 2006; 30(2): 157-163.
2. Diniz MB, Silva RC, Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Rev. Paul. Pediatr*. 2009; 27(3): 329-334.
3. Gonçalves LPV, Toledo AO, Otero SAM. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press. J. Orthod*. 2010; 15(2): 97-104.
4. Saulue P, Carra MC, Laluque JF, D’Incau E. Understanding bruxism in children and adolescents. *Int. J. Orthod*. 2015; 182: 1-18.
5. Feitosa GMA, Féliz RCR, Sampaio D, Andrade RGV, Santos CCO, Silva TF. Bruxismo na infância: perfil de comportamento, características do sono e sintomatologia. *RBO*. 2016; 7(2): 94-104.
6. Fernández OC. Bruxismo en niños. *Salud Mil*. 2016; 35(2): 28-37.
7. Kuhn M, Turp JC. Risk factors for bruxism. *Swiss Dent. J*. 2018; 128: 118-124.
8. Monteiro JÁ, Polo CG. Personality traits and dental anxiety in self-reported bruxism. A crosssectional Study. *Int. J. Dent*. 2017; 65: 45-50.
9. Moraes MSBF, Oliveira NM. Bruxismo. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*. 2006; 8(2): 5-6.
10. Machado E, Dal-Fabbro C, Cunali PA, Kaizer OB. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review. *Dental Press. J. Orthod*. 2014; 19(6): 54-61.
11. Pacheco MCT, Casagrande CF, Teixeira LP, Finck NS, Araujo MTM. Guidelines proposal for clinical recognition of mouth breathing children. *Dental Press. J. Orthod*. 2015; 20(4): 39-44.
12. Clementino MA, Siqueira MBLD, Serra-Negra JM, Paiva SM, Garcia AFG. The prevalence of sleep bruxism and associated factors in children: a report by parentes.

- European Archives of Paediatric Dentistry. *Eur. J. Paediatr. Dent.* 2017; 18(6): 399-404.
13. Mayorquim MV, Filho IJZ, Araujo TSB, Scriboni AB, Tempest LM, Gomes MAR. Pediatric Bruxism: From Etiology to Treatment. *ASDS.* 2018; 2(3): 17-20.
 14. Assunção ÉL, Mesquita DR, Soares GF, Amaral FR, Seraidarian PI. Níveis urinários de catecolaminas e cortisol em crianças bruxômanas e não bruxômanas. *Rev. Unimontes Cient.* 2017; 19(1): 105-113.
 15. Jain A, Bhaskar DJ, Yadav P, Lukram A, Khurana R. Bruxism: An Obscure Pain. *Int. J. Dent. Med. Re.* 2014; 1(1): 21-30.
 16. Gama E, Andrade AO, Campos RM. Bruxismo: Uma revisão da literatura. *Rev. Ciênc. Atual.* 2013; 1(1): 16-22.
 17. Macedo CR. Bruxismo do sono. *Rev. Dental Press. Ortodon. Ortop. Facial.* 2008; 13(2): 18-22.
 18. Silva NR, Cantisano MH. Bruxismo: etiologia e tratamento. *Rev. Bras. Odontol.* 2009; 66(2): 223-227.
 19. Watted N, Zere E, Abu-Hussein M. Bruxism in Childhood - Etiology, Clinical Diagnosis and the Therapeutic Approach. *IOSR-JDMS.* 2015; 14: 54-60.
 20. Gimenez CMM, Moraes ABA, Bertoz AP, Bertoz FA, Ambrosano GB. Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *Rev. Dental Press. Ortodon. Ortop. Facial.* 2008; 13(2): 70-83.
 21. Alencar MJ, Martins BMC, Vieira BN. A relação do bruxismo com a dopamina: Relation between bruxism and dopamine. *Rev. Bras. Odontol.* 2014; 71(1): 62-66.
 22. Del Prete S, D'Urso A, Coppotelli E, Meshkova DT. Sleep bruxism in children [review article]. 2015; 6(3): 1-6.
 23. Alóe F, Gonçalves LR, Azevedo AA, Barbosa RC. Bruxismo durante o Sono. *Rev. Neurociênc.* 2003; 11(1): 4-17.

24. Shetty S, Pitti V, Babu CLS, Kumar GPS, Deepthi BC. Bruxism: A Literature Review. *J. Indian Prosthodont. Soc.* 2010; 10(3): 141-148.
25. Morais DC, Oliveira AT, Monteiro AA, Alencar MJS. Bruxismo e sua relação com o sistema nervoso central: Revisão de Literatura. *Rev. Bras. Odontol.* 2015; 72(1/2): 62-65.
26. Abe Y, Suganuma T, Ishii M, Yamamoto G, Gunji T, Clark GT, et al. Association of genetic, psychological and behavioral factors with sleep bruxism in a Japanese population. *J. Sleep Res.* 2012; 21(3): 289-296.
27. Isa Kara M, Ertaş ET, Ozen E, Atıcı M, Aksoy S, Erdogan MS, et al. BiteStrip analysis of the effect of fluoxetine and paroxetine on sleep bruxism. *Arch. Oral Biol.* 2017; 80: 69-74.
28. Melo G, Dutra KL, Rodrigues Filho R, Ortega AOL, Porporatti AL, Dick B, et al. Association between psychotropic medications and presence of sleep bruxism: a systematic review. *J. Oral Rehabil.* 2018; 45(7): 545-554.
29. Miamoto CB, Pereira LJ, Jorge MLR, Marques LS. Prevalence and predictive factors of sleep bruxism in children with and without cognitive impairment. *Rev. Braz. Oral Res.* 2011; 25(5): 439-445.
30. Vieira LDS, Oliveira MS, Guedes CF, Bezerra RF. Desmitificando o Bruxismo na Odontopediatria: Demystifying bruxism in pediatric dentistry. In: XVII Safety, Health and Environment World Congress; 2017 jul. 81-83; Vila Real, Portugal.
31. Serralta FB, Freitas PRR. Bruxismo e afetos negativos: um estudo sobre ansiedade, depressão e raiva em pacientes bruxômanos. *J. Bras. ATM Dor Orofac.* 2002; 2(5): 20-25.
32. Cariola TC. Human figure drawing in children with bruxism. *Bol. Psicol.* 2006; 55(124): 37-52.
33. Alharby A, Alzayer H, Almahlawi A, Alrashidi Y, Azhar S, Sheikho M, et al. Parafunctional Behaviors and Its Effect on Dental Bridges. *J. Clin. Med. Res.* 2018; 10(2): 73-76.
34. Bacci AVF, Cardoso CL, Serrano KV. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Braz. Dent. J.* 2012; 23(3): 246-251.

35. Lobbezoo F. Bruxism: definition, diagnosis, epidemiology, and etiology. In: Proceedings of the II Congresso Nazionale GSID (Gruppo di Studio Italiano Disordini Craniomandibolari); 2016 jul. 1-5; Italy.
36. Oliveira ALBM, Fragelli C, Andrade MF. Abordagem multidisciplinar no tratamento do bruxismo infantil. Rev. Uningá. 2010; 25(1): 1-8.
37. Lavigne GJ, Huynh N, Kato T, Okura K, Adachi K, Yao D, Sessle B. Genesis of sleep bruxism: Motor and autonomic-cardiac interactions. Archives of oral biology, v.52, n4, p.381-384, 2007.
38. Wieckiewicz M, Stolarz AP, Wieckiewicz W. Psychosocial Aspects of Bruxism: The Most Paramount Factor Influencing Teeth Grinding. Biomed Res. Int. 2014; 1-7.
39. Mayer P, Heinzer R, Lavigne G. Sleep Bruxism in Respiratory Medicine Practice. Chest. 2016; 149(1): 262-271.
40. Ortega AOL, Guimarães AS. Fatores de risco para disfunção temporomandibular e dor orofacial na infância e na adolescência. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2013; 67(1): 14-17.
41. Kato T, Lavigne GJ. Sleep Bruxism: A Sleep-Related Movement Disorder. Sleep Med. Clin. 2010; 5(1): 9-35.
42. Teixeira SAF. A utilização de Toxina Onabotulínica A para bruxismo: Revisão de Literatura. Rev. Bras. Odontol. 2013; 70(2): 202-204.