

# BRUXISMO INFANTIL: UMA REVISÃO DAS BASES ETIOLOGICAS E REPERCUSSÕES NA ODONTOPIEDIATRIA

## AUTORES

**Franciele Cristina SILVA**

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

**Fernanda Souza LIEVANA**

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

## RESUMO

O bruxismo pode ser conceituado como uma atividade parafuncional do sistema estomatognático na infância, é caracterizado pela hiperatividade dos músculos mastigatórios, ocasionando o apertar e/ou ranger dos dentes. Sua etiologia é considerada multifatorial, estando relacionada a fatores ambientais, locais, genéticos, mecânicos, hábitos deletérios e distúrbios do sono. Apresenta etiologia relacionada a fatores locais e fatores cognitivos comportamentais. Dentre as principais manifestações clínicas encontradas nesta patologia destacam-se o apertamento e o ranger dos dentes, além da prevalência do desgaste dental e da DTM. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão de literatura a respeito do bruxismo na infância. Conclui-se através da revisão bibliográfica que a etiologia do bruxismo na infância tem sido considerada multifatorial, abrangendo uma hipótese de origem central e periférica. Destaca-se como as principais manifestações clínicas o desgaste dental e a disfunção temporomandibular, além de ressaltar a importância de um adequado diagnóstico clínico.

## PALAVRAS - CHAVE

Bruxismo, Criança, Infância, Odontopediatria.

## 1. INTRODUÇÃO

Em 1931 o termo “bruxismo” foi utilizado pela primeira vez e por muito tempo foi considerado uma atividade normal. Após estudos, definiu-se como um hábito parafuncional, caracterizado pela hiperatividade dos músculos mastigatórios, ocasionando o ranger e/ou apertar dos dentes, de forma consciente ou inconsciente. Esse hábito ocorre durante o dia ou durante o sono, sendo o segundo mais frequente (GAMA, ANDRADE, CAMPOS, 2013).

A hiperatividade muscular é produzida pela contração rítmica do masseter e outros músculos da mastigação provocando desgastes dentais anormais, hipersensibilidade dentária, desordens da articulação temporomandibular, lesões nas estruturas de suporte e cefaleias (PRIMO, MIURA, BOLETA-CERANT, 2009).

O bruxismo apresenta etiologia multifatorial que estão relacionados a fatores ambientais, locais, genéticos, mecânicos, hábitos deletérios e distúrbios do sono. De acordo com a literatura, as possíveis causas do bruxismo em crianças são decorrentes do medo, ansiedade, estresse, deficiências alérgicas e nutricionais, além de má oclusão dentária (FEITOSA et al., 2015).

O bruxismo do sono (BS) acontece de forma subconsciente, caracterizado pela reprodução de sons durante o sono. Essa parafunção está relacionada à microdespertares, com duração de 3 a 15 segundos, ocasionado o ranger ou apertar dos dentes. As desordens do sono que afetam o sistema estomatognático, são classificadas em leve, moderada e severa (SILVA & CANTISANO, 2010). Enquanto o bruxismo diurno difere-se do BS por ocorrer de forma consciente, este geralmente apresenta-se associado a um hábito parafuncional, onde há uma atividade semi voluntária da mandíbula ocasionando o apertamento (MACEDO, 2008).

A principal característica clínica dessa parafunção é o desgaste dental, evidenciado pelas facetas de desgaste que podem ser lisas, caracterizando o rangimento dos dentes ou rugosas identificando o apertamento dos dentes, podendo acometer a dentadura decidua e/ou permanente (DINIZ, SILVA, ZUANON, 2009; FEITOSA et al., 2015). Geralmente essa característica clínica é acompanhada de dores nos músculos faciais, dores de cabeça, disfunção temporomandibular (DTM), produção de sons durante o sono, má oclusão dentária, formação de trincas e fraturas coronárias. Quando ocorre a adaptação fisiológica, o dente passa a perder estruturas gradativamente, ocorrendo à destruição do periodonto (GAMA, ANDRADE, CAMPOS, 2013).

É necessário o diagnóstico precoce do bruxismo na infância, com a finalidade de prevenir danos mais graves, pois o bruxismo é considerado um hábito subconsciente, geralmente desconhecido pelos pacientes e familiares. Portanto é imprescindível uma anamnese detalhada na criança, além da participação dos pais auxiliando no relato de dores, hábitos, comportamento e perfil psicológico (DINIZ, SILVA, ZUANON, 2009).

Para um adequado diagnóstico o profissional deve conhecer a verdadeira causa do bruxismo e assim estabelecer o correto tratamento, realizando uma anamnese, avaliação clínica, exame físico e complementar detalhados. Onde a mesma é baseada no relato do ranger dos dentes durante o sono, dores e tensões musculares ao acordar. No entanto, exames como palpação, auscultação, análise de oclusão e radiográficos são importantes para um correto diagnóstico, além da polissonografia, utilizado para identificar episódios de bruxismo noturno (MACEDO, 2008; SILVA & CANTISANO, 2010).

Deste modo, essa revisão de literatura apresentou como objetivo descrever a etiologia e destacar as principais manifestações clínicas do bruxismo na infância, bem como ressaltar a necessidade de um diagnóstico precoce evitando danos mais graves.

## 2. METODOLOGIA

A presente revisão de literatura teve o intuito de abordar as principais causas e manifestações clínicas do bruxismo na infância. Ao seguir um critério para a realização dessa revisão de literatura, priorizaram-se os artigos publicados no período entre 2008 a 2018, pesquisados eletronicamente nas bases de dados Pubmed, Biblioteca virtual de saúde – BVS (Medline, Scielo, Lilacs, BBO), a fim de avaliar artigos na íntegra. Os descritores utilizados foram: “bruxism”, “child”, “childhood”, “pediatric dentistry”, “bruxismo”, “criança”, “infância”, “odontopediatria”.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1 ETIOLOGIA DO BRUXISMO NA INFÂNCIA

O bruxismo na infância possui uma etiologia multifatorial, apresentando diversas causas como: locais, sistêmicas, psicológicas, ocupacionais e hereditárias, podendo ainda estar associada com respiração bucal e transtornos do sono (NAHÁS-SCOCATE et al., 2012).

Segundo Primo, Miura, Boleta-Cerant (2009), afirmaram que a principal etiologia do bruxismo durante anos eram os fatores oclusais e a anatomia dos ossos da face. Porém, sabe-se atualmente que o bruxismo é multicausal, envolvendo além dos fatores morfológicos periféricos, uma origem fisiopatológica central.

Os principais fatores locais encontrados no bruxismo em criança são, má oclusão, trauma dental, reabsorção, excesso de restaurações e tensão muscular. Estudos afirmam que o bruxismo infantil pode ocorrer devido a imaturidade do sistema neuromuscular mastigatório na criança (GAMA, ANDRADE, CAMPOS, 2013).

O bruxismo se manifesta de forma mais grave em crianças de idade pré-escolar por conta do grau de desenvolvimento funcional e estrutural da dentição decídua, podendo ainda se estender para uma idade mais avançada e na adolescência (VIEIRA, GUEDES, BEZERRA, 2017).

O bruxismo infantil tende a se desenvolver logo após a erupção dos incisivos centrais decíduos, esse hábito pode gerar dilacerações gengivais quando o seu antagonista não está presente. Em crianças o bruxismo apresenta-se através de apinhamentos, desgaste dental, dores musculares, falsa Classe III, além de alterar a erupção da dentição permanente e acelerar a rizólise dos decíduos (FEU et al., 2013). Alguns fatores oclusais como mordida aberta e cruzada, relação molar e canina, transpasse horizontal e vertical entre incisivos, podem estimular o hábito do bruxismo nas crianças (NAHÁS-SCOCATE et al., 2012).

Os hábitos bucais deletérios são fatores predisponentes para o aparecimento do bruxismo. O uso de chupetas, mamadeiras e o hábito de morder canetas são agravantes dessa condição em crianças, por isso ao tratamento é oferecido orientações aos pais visando o controle do bruxismo infantil. A literatura sugere que os fatores ocupacionais relacionados ao bruxismo são atividades físicas ou comportamentais como, incontinência urinária noturna, hipersalivação, mioespasmo muscular, cólicas e falar dormindo (OLIVEIRA, FRAGELLI, ANDRADE, 2017).

Fatores sistêmicos como, distúrbios vitamínicos, nutricionais, intestinais, endócrinos, deficiência mental e Síndrome de Down também são precursores do bruxismo. Problemas respiratórios, como obstrução das vias aéreas estão associados ao bruxismo, caso essa obstrução ocorra devido à hiperplasia tonsilar à correção por cirurgia é recomendada, ocasionando em melhora no bruxismo (DINIZ, SILVA, ZUANON, 2009).

Os fatores psicológicos e emocionais levam ao agravamento dos sintomas do bruxismo, visto que os portadores dessa parafunção, diante sentimentos de estresse como tensão, raiva e ansiedade, libera-as de forma agressiva no sistema estomatognático. Crianças em que os pais cobram boas notas, deveres de casa, ou que

praticam esportes competitivos estão mais propícias a desenvolver essa defesa emocional (SILVA & CANTISANO, 2010; VIEIRA, GUEDES, BEZERRA, 2017).

A cavidade bucal na infância é denominada um local com potencial afetivo, onde ocorre a expressão de emoções, impulsos e conflitos. Por isso crianças que não conseguem se expressar, acabam descontando na cavidade bucal através do rangimento e apertamento dos dentes, visando compensar suas frustrações pela autoagressão (DINIZ, SILVA, ZUANON, 2009). Crianças que apresentam a liberação de tensão na cavidade oral estão propícias a levarem o hábito do bruxismo para a vida adulta, quando essa parafuncção permanece pode acarretar no aparecimento de danos bucais (SERRA-NEGRA et al., 2012).

Sobre os fatores genéticos, foi encontrado que filhos de bruxômas apresentam maior tendência de ter bruxismo. Alguns estudos falam que essa associação varia de 20 a 50% entre os bruxômas. Outros fatores considerados de risco são o uso de medicamentos, um exemplo são os antidepressivos, pois estes impedem a degradação da serotonina, aumentando a neurotransmissão serotonérgica, esse aumento produz uma redução da transmissão dopamínérgica, causando o rangimento dos dentes (ALENCAR, MARTINS, VIEIRA, 2014; CORDEIRO et al., 2018).

Ortega e Guimarães (2013) acreditam que a etiologia do bruxismo tem origem no sistema nervoso central (SNC), onde se instala e se conserva o hábito parafuncional, e não de origem periférica como por exemplo as causas oclusais. Afirma ainda que é um estado de difícil solução, já que se associa a outros fatores predisponentes, como o estresse, entre outros.

O bruxismo é provocado centralmente, porém repercute normalmente sobre os sistemas estomatognáticos. Antes de ocorrer o rangimento dentário, acontece um conjunto de eventos fisiológicos, que se inicia com o aumento da atividade do sistema nervoso simpático. Logo após, nota-se um aumento do córtex cerebral, aumento da frequência cardíaca e aumento do tônus muscular, levando assim ao episódio do bruxismo (ORTEGA & GUIMARÃES, 2013; OMMERBORN et al., 2012).

Macedo (2008) relatou que o sistema nervoso central (SNC), é responsável por controlar as funções do nosso organismo, de forma voluntária e involuntária. O sistema nervoso autônomo (SNA) é dividido em simpático e parassimpático, este controla as ações involuntárias do organismo, sendo utilizado o simpático em ocasiões de estresse e o parassimpático em repouso, que é comum durante o sono.

De acordo com Alencar, Martins, Vieira (2014), o bruxismo é considerado de origem central, a ocorrência de seus episódios se dá a partir da liberação de hormônios em ocasiões de ansiedade ou estresse, tais como adrenalina, dopamina e noradrenalina. A dopamina é a catecolamina ligada ao bruxismo, pois apresenta a função de impedir os movimentos involuntários, porém em caso de uma disfunção dopamínérgica esse hormônio passa a induzir os movimentos involuntários e repetitivos ocasionando o bruxismo. Considera-se ultimamente que a principal causa desse hábito parafuncional é um distúrbio do sono, relacionada à teoria do microdespertar.

As situações de microdespertar ocorrem de 6 a 8 vezes, em intervalos de 3 a 15 segundos durante o sono. Acontece especificamente no início do sono REM (Movimento Rápido dos Olhos), reduzindo a atividade parassimpática e aumentando a simpática, nesse momento ocorre um aumento do trabalho cerebral, sendo necessário ser controlado pelo SNC, este liberam neurotransmissores e mediadores como a dopamina, que é responsável por acelerar os batimentos cardíacos, vasoconstrição, aumentar o tônus muscular e excitar a atividade rítmica dos músculos, levando ao rangimento dos dentes e dores (BLUM & BONA, 2015).

A hiperatividade muscular é um dos causadores do bruxismo, quando associado com uma atividade muscular excessiva, que ultrapassa o necessário para ser funcional, provoca um aumento do tônus muscular e consequentemente, danos às estruturas de suporte, dentais, dores de cabeça e disfunções temporomandibulares

(FEITOSA et al., 2015).

A variação na musculatura mastigatória é comum dentre os sinais e sintomas do bruxismo, levando a uma tensão, fadiga, espasmos e contração dos músculos, aumento do tônus, dores e inflamações musculares. Destas a fadiga é a mais comum, visto que é um cansaço diante a tanto trabalho. Outras estruturas como as da articulação temporomandibular (ATM) também são prejudicadas, causando dores, desgastes, crepitações, e desvios laterais. Quando essas estruturas estão perto do ouvido, sente-se um bloqueio auditivo. Além dos prejuízos da musculatura mastigatória, o bruxismo também afeta a musculatura postural, provocando mudanças e dores musculares crônicas. É necessário um controle precoce dessas alterações, evitando a permanência destas (PRIMO, MIURA, BOLETA-CERANT, 2009).

O bruxismo é considerada uma atividade não funcional, inconsciente e consciente, sendo necessária atenção especial quando se trata de crianças, intervindo através de ações de conscientizações da criança e dos familiares. Ela pode causar danos excessivos, por conta da ação rítmica desordenada entre os dentes, que ocorre durante o dia e principalmente à noite, sendo diagnosticada através da diferença entre os níveis de consciência (KOYANO et al., 2008).

O estudo de Gonçalves, Toledo, Otero (2010), afirmam que o bruxismo pode estar relacionado com alguns fatores oclusais, disfunções respiratórias e com a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). A associação entre a apneia obstrutiva do sono e o bruxismo acontece devido a ocorrência de microdespertares nas duas condições, aumentando assim a probabilidade de pessoas com SAOS desenvolverem o bruxismo. Enquanto o BS é acompanhado por despertares de movimento a SAOS está acompanhado por despertares respiratórios (BLUM & BONA, 2015).

Outros fatores associados ao bruxismo são os distúrbios craniomandibulares, causando dores de cabeça, dores musculares, mobilidade dental, disfunção temporomandibular e desordens no sono. Porém, quando ocorre a adaptação fisiológica do bruxismo, o dente é o principal prejudicado, pois irá perder estrutura gradativamente até ocorrer à destruição periodontal, ocasionando em mobilidade, perda óssea, pericementite e em alguns casos comprometer a polpa e a vitalidade dental (GAMA, ANDRADE, CAMPOS, 2013).

Segundo Diniz, Silva, Zuanon (2009), o bruxismo é mais severo na infância, principalmente nos pré-escolares, por a dentição decidua apresentar características estruturais e funcionais mais propícias ao desenvolvimento. Em bebês o bruxismo pode se manifestar logo após a erupção dos primeiros dentes. E para o diagnóstico deve-se realizar uma anamnese detalhada através do relato dos pais sobre a história odontológica, médica, hábitos orais, problemas psicológicos e presença de dores. Após a anamnese, realiza-se o exame clínico da cavidade bucal, verificando a presença de desgaste dentário, palpação e auscultação da ATM, avaliação da oclusão e exames radiográficos.

### **3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO BRUXISMO INFANTIL**

#### **3.2.1 Desgaste dental**

A principal característica do bruxismo é o desgaste dentário, que acontece devido ao rangimento e apertamento dos dentes repetidamente, além de ocorrer em toda a dentição e variar de leve a grave. O aparecimento de danos ao sistema estomatognático durante a infância podem estar relacionados ao bruxismo e em alguns casos ocasionam impactos negativos na qualidade de vida das crianças (OLIVEIRA, FRAGELLI, ANDRADE, 2017; FEITOSA et al., 2015).

Durante o rangimento, ocorrem movimentos de deslizamentos entre as superfícies dentais, em contato

excêntrico, tornando-se favorável a ocorrência de ruídos de cisalhamento e o desgaste dental. Enquanto no apertamento ocorre um aumento da tensão dos músculos mastigatórios por contração isométrica, durante contatos cênicos, ocasionando o aparecimento de fadiga, dor, danos a estruturas de suporte e hipertrofia muscular (BLINI et al., 2010).

O desgaste dental é conhecido como um evento fisiológico da estrutura dentária, causada pelo processo mastigatório. Esse desgaste dentário afeta tanto as superfícies incisais quanto as oclusais e quando o bruxismo é um fator presente ocorre um aumento do desgaste, tornando-se anormal e patológico (GARCÍA et al., 2014). Algumas características clínicas encontradas são facetas de desgaste polidas ou dentina exposta, fraturas que comprometem a estética dentária, diminuição no fluxo salivar, dores na articulação e estalidos, que consistem em disfunção temporomandibular e doenças periodontais (SILVA & CANTISANO, 2010).

O desgaste dental é definido como um atrito mecânico de grande intensidade entre dentes opostos, decorrente da parafunção. Esse fenômeno durante o apertamento gera pequenas facetas de desgaste e em casos mais severos levam a destruição da coroa dentária (LOOBEZOO et al., 2012). As facetas de desgastes variam podendo acometer só esmalte sendo mais simples e em casos mais graves ocorrer exposição de dentina, que podem levar a presença de trincas, mobilidade, hipersensibilidade e fraturas (PRIMO, MIURA, BOLETA-CERANT, 2009).

Na fase mais avançada do bruxismo surgem às facetas de desgaste, decorrentes do desgaste dental. Essas facetas se apresentam de forma lisa, devido ao ranger dos dentes ou de forma rugosa, devido ao apertamento, além de apresentarem bordas bem definidas acometendo mais dentes anteriores, principalmente caninos, do que dentes posteriores. As consequências do bruxismo estão relacionadas a gravidade, altura das cúspides, mobilidade, contato dentário, quantidade e posição dos dentes (DINIZ, SILVA, ZUANON, 2009).

Dentre as características clínicas encontradas, o desgaste dentário é apontado como uma história pregressa da parafunção, ou seja, inicialmente não se observa esse sinal. Quando ainda não existem essas evidências, é necessário um diálogo com os familiares, para que relate os hábitos da criança e se ocorre algum ruído noturno. Os desgastes dentais muitas vezes não indicam a atividade atual da doença, devido também ser uma sequela (GONÇALVES, TOLEDO, OTERO, 2010).

O excesso de trauma em dentes sem antagonistas pode levar a fraturas e/ou extrusão dentária, por conta da inflamação do ligamento periodontal, podendo agravar e evoluir para a mobilidade. O bruxismo é visto como a causa principal de traumas no periodonto e de mobilidade dentária (SILVA & CANTISANO, 2009), o periodonto responde ao bruxismo de acordo com o grau de saúde periodontal presente.

Em casos de presença da doença periodontal, ocorre um agravamento, estimulando um aumento no nível de perda de inserção óssea vertical em áreas que sofrem maior trauma. Já no caso do periodonto saudável, ocorrem recessões, um espessamento da lámina dura e reabsorção da crista óssea alveolar horizontal, diagnosticadas por meio de radiografias. Deste modo, é necessário uma etapa para reestabelecer a oclusão, através de restaurações, checando com cautela os contatos oclusais para escolher o melhor material, visto a diferença entre a resistência à abrasão entre eles, garantindo o sucesso do tratamento (PRIMO, MIURA, BOLETA-CERANT, 2009).

### **3.2.2 Disfunção temporomandibular**

O bruxismo pode estar relacionado com os distúrbios craniomandibulares, causando dores de cabeça, dores musculares, mobilidade dental, disfunção temporomandibular e desordens no sono (MIAMOTO et al., 2011; GONÇALVES, TOLEDO, OTERO, 2010). A associação entre o bruxismo e as disfunções temporomandibulares

pode ser explicada por movimentos mandibulares anormais que acontece durante o bruxismo, ocasionando uma hiperatividade muscular que em longo prazo resulta no surgimento de dor (BLINI et al., 2009).

As disfunções da articulação temporomandibular podem envolver os músculos mastigatórios, a ATM e suas estruturas associadas. Quando ocorre esse envolvimento o paciente se depara com, sensibilidade muscular, dor crônica, sons durante os movimentos da mandíbula, limitação da abertura bucal, fadiga e desequilíbrio muscular (BIASOTTO GONZALEZ et al., 2008).

As DTM's são conhecidas como um conjunto de disfunções na articulação e nos músculos da região crânio-orofacial. Podendo ser classificadas nos grupos de origem muscular que envolve a musculatura estomatognática e de origem articular relacionada com a ATM (BERTOLI, LOSSO, MORESCA, 2009).

O principal sintoma encontrado na DTM é a dor, podendo ser articular e muscular. A dor articular, é considerada como uma desordem na união côndilo e disco além de um rígido estiramento da cápsula articular ocasionado pelo trauma e infecção. Já a dor muscular (mialgia), é desenvolvida pelo excesso de atividade muscular, através de movimentos recorrentes por muito tempo (DONNARUMMA et al., 2010).

Segundo Figueiredo et al., (2009), as disfunções temporomandibulares podem estar relacionadas a fatores dentais e faciais. Pacientes com estas disfunções podem exibir sinais como ruídos, estalidos na articulação, alterações musculares, presença de dores de cabeça, muscular e de ouvido, problemas na audição, zumbidos, tontura e limitações da atividade mandibular.

Os ruídos articulares podem ser caracterizados por estalo ou estalido, o estalido é caracterizado por um duplo clique ao movimento de abertura e fechamento da mandíbula, ocorrendo o deslocamento do disco articular com redução, ocasionando dor, enquanto no estalo o paciente pode ou não apresentar sintomatologia dolorosa (DONNARUMMA et al., 2010).

Os hábitos parafuncionais são agravantes para DTM pois apresentam a capacidade de bloquear o fluxo sanguíneo habitual dos músculos, levando a um acúmulo de produtos metabólicos das células do tecido, causando sintomas de dor, fadiga e espasmos. Além disso, comprometem o sistema estomatognático de uma forma ampla, envolvendo ossos, dentes e tecidos moles (FIGUEIREDO et al., 2009).

Bertoli, Losso, Moresca, (2009), relataram que uma das características relacionada à DTM mais encontrada em crianças são as cefaleias, suas pesquisas mostram uma prevalência de 16% a 68%, além de ressaltar que crianças que apresentam enxaquecas são mais sensíveis à sintomatologia dolorosa do que as que possuem outros tipos de dores de cabeça.

De acordo com Gama, Andrade, Campos (2013), os principais sinais e sintomas em pacientes bruxômas são dores faciais, hipertrofia do masseter, cefaleias, distúrbios temporomandibulares (DTM) incrementos na linha alba e mucosa jugal. Em situações mais graves, ocorre hipertrofia muscular, levando a mudanças na oclusão e contração facial, o tipo de abertura e fechamento da mandíbula é modificado, causando distúrbios na fala e no aparelho mastigatório (SILVA & CANTISANO, 2010).

As DTM's afetam o sistema estomatognático impossibilitando as atividades fisiológicas do ser humano. Desse modo torna-se imprescindível o conhecimento na odontopediatria, uma vez que, essa disfunção acarretaria problemas ao desenvolvimento craniofacial, principalmente durante a transição das dentaduras (BERTOLI, LOSSO, MORESCA, 2009).

A anamnese e o exame físico são fundamentais para obter-se um diagnóstico precoce do bruxismo. Uma vez que o mesmo ocorre de forma inconsciente, pois o profissional necessita interrogar o paciente e seus familiares quanto a presença de apertamento, rangimento dentário, ruídos durante a noite, fadiga muscular ou até sobre fatores emocionais como estresse (PRIMO, MIURA, BOLETA-CERANT, 2009).

A polissonografia é um excelente auxiliar ao diagnóstico, por detectar episódios de bruxismo no período do sono. Para a realização desse exame devem-se ter canais de eletroencefalograma, eletromiografia e eletro-oculograma para verificar o som do rangimento, pois esse som pode ser confundido com outras ações que ocorrem durante o sono como, deglutição, tosse, salivação e vocalização que constitui 30% das atividades no período do sono (MACEDO, 2008).

O bruxismo infantil torna-se de difícil diagnóstico, já que qualquer pessoa poderá exibir alguma parafunção noturna, podendo ser distinguidas através do tempo, intensidade e frequência das contrações muscular presentes. Um adequado diagnóstico ajuda o clínico a conhecer os fatores determinantes da parafunção e assim escolher o correto tratamento, de acordo com cada paciente (SILVA & CANTISANO, 2010).

#### 4. CONCLUSÃO

A revisão de literatura exposta nos possibilitou descrever que a etiologia do bruxismo na infância tem sido considerada multifatorial, abrangendo uma hipótese principal onde a ocorrência do bruxismo tem origem no sistema nervoso central e uma hipótese secundária sobre sua origem periférica, com uma menor participação dos fatores locais, sistêmicos, psicológicos e genéticos. Ainda destaca-se como as principais manifestações clínicas do bruxismo na infância o desgaste dental e a disfunção temporomandibular. Além de ressaltar a importância de um adequado diagnóstico clínico, através dos aspectos determinantes da parafunção, permitindo assim escolher o correto tratamento para cada paciente. Assim sugere-se a condução de mais estudos científicos para se compreender melhor a etiologia do bruxismo na infância e suas principais manifestações clínicas.

#### 5. REFÉRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, M.J.S.; MARTINS, B.M.C.; VIEIRA, B.N. A relação do bruxismo com a dopamina. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 1, p. 6266, 2014.

BERTOLI, F.M.P.; LOSSO, E.M.; MORESCA, R.C. Disfunção da articulação temporomandibular em crianças. Curitiba – PR, **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 1, p. 78-84, 2009.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A.; ANDRADE, D. V. D.; GONZALEZ, T. D. O.; MARTINS, M. D.; FERNANDES, K. P. S.; CORRÊA, J. C. F.; BUSSADORI, S. K. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. São Paulo, **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2008.

BLINI, C. C.; MORISSO, M. F.; BOLZAN, G. D. P.; SILVA, A. M. T. D. Relação entre bruxismo e o grau de sintomatologia de disfunção temporomandibular. São Paulo, **Revista CEFAC**, 2010.

BLUM, D. F. C.; BONA, Á. D. Relação entre apneia obstrutiva do sono e bruxismo do sono: revisão de literatura. Passo Fundo - RS, **RFO UPF**, v. 20, n. 3, p. 400-407, 2015.

CORDEIRO, P. C. F.; BONATO, L. L.; QUINELATO, V.; CASADO, P. L. Bruxismo: uma abordagem genética. Minas Gerais, **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v. 28, n. 1, p. 53-61, 2018.

DINIZ, M. B.; SILVA, R. C.; ZUANON, A. C. C. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. São Paulo, **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27 n. 3, p. 329-334, 2009.

DONNARUMMA, M. D. C.; MUZILLI, C. A.; FERREIRA, C.; NEMR, K. Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinar. São Paulo, **Revista CEFAC**, v. 12, n. 5, p. 788-794, 2010.

FEITOSA, G.M.A.; FÉLIX, R.C.R.; SAMPAIO, D.C.; VIEIRA-ANDRADE, R.G.; SANTOS, C.C.O.; FONSECA-SILVA, T. Bruxismo na infância: perfil de comportamento, características do sono e sintomatologia. Juazeiro do Norte – CE, **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 7, n. 2, p. 94-104, 2015.

FEU, D.; CATHARINO, F.; QUINTÃO, C. C. A.; ALMEIDA, M. A. D. O. A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism. Rio de Janeiro, **Journal of orthodontics**, v. 40, n. 2, p. 163-171, 2013.

FIGUEIREDO, V. M.G.; CAVALCANTI, A.L.; FARIAS, A.B.L.; NASCIMENTO, S.R. Prevalência de sinais, sintomas e fatores associados em portadores de disfunção temporomandibular. Campina Grande – PB, **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 31, n. 2, p. 159-163, 2009.

GAMA, E.; ANDRADE A. O.; CAMPOS, R. M. Bruxismo: uma revisão da literatura. Ponta Grossa, **Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, v. 1, n. 1, p. 16-22, 2013.

GARCÍA, J. C.; CONCEPCIÓN, J. A. C.; GARCÍA, X. G.; RODRÍGUEZ, R. G.; FALERO, D. M. L. Atrición dentaria en la oclusión permanente. Pinar del Río, **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**, v. 18, n. 4, p. 566-573, 2014.

GONÇALVES, L. P. V.; TOLEDO, O. A. D.; OTERO, S. A. M. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. Brasília – DF, **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 2, p. 97-24, 2010.

KOYANO, K.; TSUKIYAMA, Y.; ICHIKI, R.; KUWATA, T. Assessment of bruxism in the clinic. Japan, **Journal of oral rehabilitation**, v. 35, n. 7, p. 495-508, 2008.

LOBBEZOO, F.; AHLBERG, J.; MANFREDINI, D.; WINOCUR, E. Are bruxism and the bite causally related?. Holanda, **Journal of oral rehabilitation**, v. 39, n. 7, p. 489-501, 2012.

MACEDO, C.R. Bruxismo do sono. Maringá-PR, **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v. 13, n. 2, p. 18-22, 2008.

MIAMOTO, C. B.; PEREIRA, L. J.; RAMOS-JORGE, M. L.; MARQUES, L. S. Prevalence and predictive factors of sleep bruxism in children with and without cognitive impairment. São Paulo, **Brazilian oral research**, v. 25, n. 5, p. 439-445, 2011.

NAHÁS-SCOCATE, A. C. R.; TREVISON, S.; JUNQUEIRA, T. H.; FUZIY, A. Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça. São Paulo, **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 66, n. 1, p. 18-23, 2012.

OLIVEIRA, A. L. B. M.; FRAGELLI, C.; ANDRADE, M. F. Abordagem multidisciplinar no tratamento do bruxismo infantil. São Paulo, **Revista uningá**, v. 25, n. 1, 2017.

OMMERBORN, M. A.; GIRAKI, M.; SCHNEIDER, C.; FUCK, L. M.; HANDSCHEL, J.; FRANZ, M.; SCHÄFER, R. Effects of sleep bruxism on functional and occlusal parameters: a prospective controlled investigation. Alemania, **International journal of oral science**, v.4, n. 3, p. 141-145, 2012.

ORTEGA, A. D. O. L.; GUIMARÃES, A. S. Fatores de risco para disfunção temporomandibular e dor orofacial na infância e na adolescências. São Paulo, **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 67, n. 1, p. 14-17, 2013.

PRIMO, P. P.; MIURA, C. S. N.; BOLETA-CERANT, D. D. C. F. Considerações fisiopatológicas sobre bruxismo. Umuarama, **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 13, n. 3, p. 263-266, 2009.

SERRA-NEGRA, J. M.; PAIVA, S. M.; AUAD, S. M.; RAMOS-JORGE, M. L.; PORDEUS, I. A. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: a case-control study. Ribeirão Preto, **Brazilian dental journal**, v. 23, n. 6, p. 746-752, 2012.

SILVA, N. R.; CANTISANO, M. H. Bruxismo: etiologia e tratamento. Rio de Janeiro, **Revistas**, v. 66, n. 2, p. 223-227, 2010.

VIEIRA, L. D. S.; GUEDES, C. F.; BEZERRA, R. F. Desmitificando o bruxismo na odontopediatria. Portugal, **Health and Environment World Congress**, p. 81-83, 2017.