

BRUXISMO EM CRIANÇAS: RELATO DE CASO CLÍNICO

Bruxism in children: clinical case report

Daniela Abrão Baroni*
Ana Cássia Facure de Vito**
Ilda Machado Fiuza Gonçalves***
Paulo Nelson Filho****
Aldevina Campos Freitas*****

RESUMO

O bruxismo consiste no hábito de triturar ou ranger os dentes, continuamente, durante o dia ou à noite em intervalos de atividades não funcionais do músculo masseter. O objetivo do trabalho é apresentar um caso clínico de bruxismo em uma criança de 7 anos em tratamento na clínica de especialização em Odontopediatria da Associação Odontológica de Ribeirão Preto. A criança realizava o bruxismo, e em sua história médica portava bronquite alérgica. Durante as crises alérgicas o hábito se exacerbava. Observaram-se facetas excessivamente desgastadas nos incisivos e caninos superiores, entretanto os molares não apresentavam desgastes. Optou-se pelo tratamento médico da alergia e pela confecção de uma placa interoclusal miorelaxante de acrílico protegendo os dentes do desgaste e promovendo o relaxamento muscular. Procedida a instalação e ajuste da placa a paciente retornava mensalmente para controle, acompanhamento e se necessário, novos ajustes. Após 2 meses de tratamento a mãe relatou que o ranger diurno havia cessado e o noturno diminuído consideravelmente. Concluiu-se que o tratamento do bruxismo foi direcionado à possível causa do hábito (alérgica), pois a paciente foi encaminhada ao médico especialista, e a placa interoclusal foi bem utilizada evitando maiores desgastes nas superfícies dentárias e promovendo relaxamento muscular.

UNITERMOS

Bruxismo, Placas oclusais, Bronquite.

INTRODUÇÃO

O bruxismo é descrito como fenômeno que consiste no hábito de triturar, ranger ou apertar os dentes repetida ou continuamente, durante o dia ou à noite, em atividades não funcionais do sistema mastigatório (Ramfjord & Ash¹⁹ 1984; Okeson¹⁶ 1992). A preocupação dos pesquisadores em conhecer os agentes etiológicos do bruxismo é antiga. De maneira geral, estes fatores podem ser classificados, de acordo com Nor et al.¹⁵ (1991), em: locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais, e ligados ao padrão de desenvolvimento.

A verdadeira etiologia do bruxismo é ainda um assunto de especulação, mas parece haver uma grande correlação psicológica entre este hábito e a ansiedade.

Já os fatores sistêmicos são etiolologicamente importantes, porém de difícil avaliação. A prevalência de bruxismo em crianças alérgicas é, segundo Marks¹² (1980), três vezes maior do que em crianças não alérgicas, o que indica que o bruxismo pode iniciar por uma situação de pressão negativa no ouvido médio e/ou interno causada por edema de fundo alérgico na Trompa de Eustáquio.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso onde após o diagnóstico do hábito em criança, optou-se pela confecção de placa miorelaxante.

Marie & Pietkiewkz¹¹ (1907), introduziram o termo Bruxomania para designar o hábito de cerramento dos dentes.

O bruxismo ou parafunção oral pode ser incluído nas patologias de causa e/ou efeito multifatorial, relacionadas geralmente com o sono. É um hábito considerado patológico e de significado clínico quando estiverem presentes sinais e sintomas no sistema estomatognático (Monte & Soares¹³ 2002).

Lindqvist¹⁰ (1971), observou que os adultos podem apresentar reclamações locais ou gerais, como cansaço, dor e sensação de fadiga nos maxilares e músculos da mastigação. Ocasionalmente as crianças podem sofrer os mesmos sintomas. A presença de facetas desgastadas, entretanto, não é prova de que o hábito esteja presente no momento da investigação, Ahmad¹ (1986), relatou que os sinais e sintomas do bruxismo dependem de: 1- a frequência do hábito; 2- a intensidade com a qual o paciente realiza o bruxismo; 3- a idade do paciente, que pode ser associada com a duração do hábito. Cash⁵ (1988), conclui através de sua pesquisa que o bruxismo em crianças geralmente ocorre na fase de denteição decídua, por não haver nesta fase uma oclusão mutuamente protegida, e passado este período, o hábito desaparece. Em vista disso, muitos casos seriam melhores

REVISÃO DE LITERATURA

*Mestre em Ciências da Saúde-UNB; Professora Substituta da Disciplina de Unidade Odontológica Infantil da UFG

**Especialista em Odontopediatria pela AORP - Associação Odontológica de Ribeirão Preto

***Doutora em Odontopediatria pela USP- Professora na Clínica Odontológica Infantil da UFG

****Professor no Departamento de Clínica Infantil Odontologia Preventiva e Social. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto- USP

*****Doutora em Odontopediatria - Professora no Departamento de Clínica Infantil Odontologia Preventiva e Social. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto- USP

tratados apenas pela observação nesta época.

Na realização da anamnese, segundo Arita et al.³ (1990), é aconselhável observar o comportamento do paciente com cuidadosa atenção na busca de sinais e sintomas do bruxismo, uma vez que o potencial patogênico está na condição subconsciente. O correto e precoce diagnóstico e seu atendimento imediato, são de vital importância para o correto funcionamento e harmonia do sistema estomatognático. O exame clínico de rotina em odontopediatria deve incluir a verificação de possíveis sinais, como o desgaste dental anormal, estalo ou dor na ATM, tonicidade dos músculos faciais, e questionamento aos pais sobre o possível hábito da criança ranger os dentes (Haddad et al.⁷ 1994).

A etiologia do bruxismo é multifatorial, podendo ser citados: interferência oclusal, maloclusões (Araújo & Araújo² 1993; Dawson⁶ 1993), parasitas intestinais, alergias, distúrbios endócrinos, distúrbios do Sistema Nervoso Central (Marks¹² 1980; Ahmad¹ 1986; Lindqvist & Heijbel⁹ 1974), estados de ansiedade e depressão, situação de stress emocional, crianças em fase de auto-afirmação, crianças em fase da descoberta da expressão pelo vocabulário (Vanderas²⁰ 1995).

O tratamento do hábito, segundo Bezerra & Toledo⁴ (1996), consiste em eliminar uma possível desarmonia oclusal, afastar as interferências sistêmicas e diminuir o nível de stress psicológico e tensões emocionais. O tratamento local se dá através de procedimentos restauradores, tratamento ortodôntico, e utilização da placa interoclusal, reduzindo a resposta proprioceptiva nos dentes, diminuindo o desgaste das estruturas, e proporcionando relaxamento muscular (Dawson⁶ 1993; Jones⁸ 1993). Ainda são citadas como forma de tratamento: psicoterapia, auto-sugestão, exercícios de relaxamento, fisioterapia e massagem, medicação sistêmica, acupuntura, e ajuste oclusal (Okeson¹⁶ 1992; Cash⁵ 1988; Ramfjord & Ash¹⁹ 1984).

RELATO DO CASO CLÍNICO

A paciente J.R.P., 7 anos de idade, sexo feminino, leucoderma compareceu à clínica de especialização em odontopediatria da Associação Odontológica de Ribeirão Preto e sua mãe queixou-se que a criança rangia os dentes durante o dia e à noite. Na história médica levantou-se o fato da paciente ser portadora de bronquite alérgica, e durante as crises o hábito se exacerbava. Seu relacionamento com os familiares e na escola era considerado normal, e a criança era tida como calma e tranqüila. Ao exame clínico, foram observadas facetadas excessivamente desgastadas nos incisivos e caninos superiores decíduos (figura 1), porém os molares não apresentavam desgaste.

Verificou-se ausência de interferências oclusais e maloclusão, então, o diagnóstico foi descrito como bruxismo de provável etiologia sistêmica com fundo alérgico. Optou-se por confeccionar uma placa interoclusal miorelaxante para proteger os dentes do desgaste e promover relaxamento muscular, além disso, a mãe foi orientada a procurar um médico e dar início ao tratamento da bronquite alérgica.



Figura 1 - Facetas de desgaste envolvendo incisivos e caninos superiores decíduos.

Para a confecção da placa de mordida, os arcos superior e inferior foram moldados com alginato, em seguida, foi realizada a montagem dos modelos em gesso no articulador (figura 2), que é opcional, visto que causa grande incômodo às crianças por não ser apropriado em tamanho para pacientes infantis. Com o auxílio do carbono realizou-se o ajuste da placa em cêntrica e em movimentos de lateralidade com todos os dentes tocando ao final do ajuste (figura 3). A paciente retornou por 3 semanas para novos ajustes e acompanhamento (figura 4). Ao final de 2 meses, a mãe relatou que o ranger diurno havia cessado e o noturno diminuído consideravelmente. Optou-se então pela continuidade do uso da placa por mais 2 meses, até que o tratamento para a bronquite surtisse um efeito maior permitindo, dessa forma, a remoção do dispositivo.



Figura 2 - Montagem em articulador: Arco facial e relator nasal para registrar a medida intercondilar



Figura 3 - Ajuste da placa oclusal com auxílio de carbono



Figura 4 - Placa interoclusal miorelaxante instalada na cavidade bucal

DISCUSSÃO

O bruxismo em crianças é primariamente relacionado com tensões emocionais, porém autores sugerem a relevância de fatores sistêmicos quando da busca e controle das prováveis causas deste hábito parafuncional (Porto et al.¹⁸ 1999; Parizotto & Rodrigues¹⁷ 1999).

Crianças alérgicas são mais susceptíveis ao hábito do bruxismo, podendo ser evidenciado durante quadros críticos de rinite, asma e infecções de vias aéreas do trato superior (Cash⁵ 1988; Marks¹² 1980; Ahmad¹ 1986). No caso relatado, esta correlação foi comprovada e então optou-se pela interação do tratamento médico do processo alérgico com o tratamento local através da placa interoclusal miorelaxante, visando desprogramar a musculatura e promover o relaxamento muscular. A vantagem deste dispositivo é que não altera o crescimento das arcadas dentais infantis nem suas características físicas, além de ser bem aceito pelas crianças (Parizoto & Rodrigues¹⁷ 1999).

O mecanismo de desgaste excessivo dos elementos dentários associado ao bruxismo é baseado no deslocamento e amassamento dos prismas de esmalte entre as superfícies adamantinas, que proporcionam um abrasivo para este rápido desgaste, sendo frequentemente notados na porção incisal do canino e incisivos superiores, como no caso descrito (Ramfjord & Ash¹⁹ 1984; Arita et al.³ 1990).

Vale ressaltar que o cirurgião dentista comumente se depara com o hábito de ranger e apertar os dentes, e precisa agir como investigador da possível etiologia

evitando precocemente maiores danos ao sistema estomatognático.

CONCLUSÃO

Após a realização deste trabalho sobre bruxismo em crianças, podemos concluir que:

- É necessário um diagnóstico precoce do bruxismo para se evitar maiores prejuízos ao sistema estomatognático, atentando-se à etiologia e aos efeitos do hábito.
- A placa interoclusal miorelaxante é tratamento coadjuvante, sendo a terapêutica do bruxismo de caráter multifatorial e multidisciplinar.

SUMMARY

The bruxism consists of the habit to triturate or to clench teeth, continuously, during the day or night in intervals of not functional activities of the masseter muscle. The aim of this work is to present a clinical case of bruxism in a 7-year-old-child in treatment in the specialization clinic in pediatrics of the Dentistry Association of Ribeirão Preto. The child carried through the bruxism, and in its medical history she carried bronchitis. During the allergic reactions the habit was considerable observed. Wear of teeth were excessively observed in the incisors and superior teeth, however the molar ones did not present consuming. Medical treatment of the allergy and the confection of an interoclusal acrylic plate protecting the teeth of the consuming and promoting the relaxation of muscles were opted. Installation and adjustment from the plate was done, then patient monthly returned for control and accompaniment and if necessary, new adjustments. After 2

months of treatment the mother told that diurnal clenching the child had ceased and the nocturnal one diminished. We concluded that the treatment of the bruxism was directed to the possible cause of the habit (allergy), therefore the patient was directed to the medical specialist, and the interoclusal plate well was used preventing bigger consuming in the dental surfaces and promoting relaxation of muscles.

UNITERMS

Bruxism, Occlusal splints, Bronchitis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmad R. Bruxism in children. J Pedod 1986;10(2):105-25.
2. Araújo JEI, Araújo MA. Aspectos psicológicos aplicados à oclusão. Odontol Mod 1993jul;10(7):31-9.
3. Arita CA, Carvalho PCL, Silva MAR, Bataglion C, Chaguri NA, Nunes LI. Alterações provocadas pelo bruxismo sobre o sistema estomatognático: a importância de seu diagnóstico. Rev Gaúcha Odontol 1990out;38(4):257-61.
4. Bezerra ACB, Toledo OA. Hábitos bucais indesejáveis. In: Toledo OA. Odontopediatria. 2.ed. São Paulo: Premier; 1996.p.319-26.
5. Cash RG. Bruxism in children: review of literature. J Pedod 1988;12(2):107-27.
6. Dawson PE. Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas bucais. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1993.p.442-97. 686p.
7. Haddad AE, Corrêa MSN, Fazzi R. Bruxismo em crianças. Rev Odontopediatria 1994abr/maio/jun;33(2):92-8.
8. Jones CM. Chronic headache and nocturnal bruxism in a 5-year-old child treated with an occlusal splint. Int J Paediatr Dent 1993;3(2):95-7.
9. Lindqvist B, Heijbel J. Bruxism in children with brain damage. Acta Odontol Scand 1974jan;32:313-9.
10. Lindqvist B. Bruxism in children. Odontol.

Revy 1971;22(4):413-24.

11. Marie M, Pietkiewicz T. La bruxomanie. Rev Stomat 1907;14:107-22.
12. Marks MB. Bruxism in allergic children. Am J Orthod 1980jan;77(1):48-59.
13. Monte MN, Soares MGM. Bruxismo: etiologia e epidemiologia. Rev CROMG 2002jan/fev/mar;8(1):23-42.
14. Munoz F, et al. Prevalencia y frecuencia de bruxismo y disfunción mioarticular en niños entre 4 y 5 años. Magazine International College of Dentists – South American Section IV 1997;5(1):8-16.
15. Nor JE, Feldens EG, Witt SMR, Scherer SC, Thomazi TH, Martins EA, Nunes R, Araújo F. Bruxismo em crianças. Rev Fac Odontol Porto Alegre 1991jul;32(1):18-21.
16. Okeson JP. Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1992.p. 117-227. 411p.
17. Parizotto SPCOL, Rodrigues CRMD. Tratamento de bruxismo em crianças através do uso de placa de mordida e reabilitação das facetas de desgaste. J Bras Odontoped Odonto Bebe 1999;2(9):339-44.
18. Porto FR, Machado LR, Leite ICG. Variáveis associadas ao desenvolvimento do bruxismo em crianças de 4 a 12 anos. J Bras Odontoped Odonto Bebe 1999;2(10):447-53.
19. Ramfjord S, Ash MM. Oclusão. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. 422p. Cap. 5: Bruxismo e hábitos oclusais correlates: epidemiologia, etiologia e significado, p.131-8.
20. Vanderas AP. Relationship between craniomandibular dysfunction and oral parafunctions in caucasian children with and without unpleasant life events. J Oral Reabil 1995apr;22(4):289-93.

AUTOR RESPONSÁVEL

Daniela Abrão Baroni

Av. Circular n.1117 Apto 302. Ed. Dom Thiago. St. Pedro Ludovico. Cep:74.823-020. Goiânia-Go. E-mail: danielabaroni@yahoo.com.br

Recebido para publicação em: 07/10/2005

Aceito para publicação em: 24/11/2005



serviço RADIODIAGNÓSTICO ORAL Ltda

Av. Assis Chateaubriand nº 352 - Setor Oeste
Fone: (62) 3215-7603 / 3215-7498

Dr. Dirceu Gomes Ribeiro
Dr. Luiz Vieira Pinto

- Radiografia Extra e Intra-Oral
- Documentação Clínica
- Doc. Ortodôntica Completa
- Tomografia Linear
- Diagnóstico Bucal

CLÍNICA ESPECIALIZADA EM DIAGNÓSTICO E RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA