



Somente
Digital

Hospital de Aeronáutica de Canoas
Revista Odontológica



Relato de Caso Clínico

DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO DO BRUXISMO DO SONO NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Cláudia Britto Azevedo¹

Resumo

O bruxismo do sono (BS) atinge entre 3,5% e 46% das crianças de 0 a 12 anos de idade e pode causar múltiplos danos ao sistema estomatognático e às diversas estruturas físicas que fazem parte dele. O objetivo é apresentar um caso clínico de forma que odontopediatras possam identificar a origem, os sinais e sintomas e realizar o manejo clínico do BS na infância, em âmbito clínico, minimizando suas possíveis consequências. Neste relato de caso, o paciente L.T.B., de 6 anos de idade, apresentava um diagnóstico de provável BS, com possível gatilho ocasionado por problemas respiratórios. Foi realizado tratamento multidisciplinar, junto ao otorrinolaringologista, bem como a aplicação de placa oclusal em acrílico, rígida lisa. A placa oclusal foi apresentada como uma excelente terapia para a resolução de desgastes dentários causados pelo BS na infância.

PALAVRAS-CHAVE: Bruxismo do Sono; Crianças; Odontopediatria; Pediatria.

Introdução

Ainda em tenra idade as crianças podem desenvolver hábitos bucais deletérios que levam à indução do desequilíbrio entre crescimento e função. O bruxismo do sono (BS), em especial, atinge entre

3,5% e 46% das crianças de 0 a 12 anos de idade¹ e, pode causar múltiplos danos ao sistema estomatognático e às diversas estruturas físicas que fazem parte dele.

Rev Odontol HACO
2019; 1 (1):20-25.

¹PhD em Odontopediatria,
2º Tenente QOCon Dent PED
HACO;

No momento atual, define-se como bruxismo a atividade parafuncional dos músculos mastigatórios, a qual difere-se através do momento circadiano em que o evento acontece: durante o sono (BS) ou em estado de vigília (bruxismo em vigília).² Tal parafunção não é vista como um distúrbio, mas sim como um comportamento motor de etiologia multifatorial, que vem a ser um sinal de alguma outra condição de saúde.^{3,4}

Até o presente momento nenhuma terapia demonstrou ser eficaz no controle do BS, principalmente em razão da multiplicidade dos fenômenos associados a este hábito parafuncional, fato que dificulta a abordagem terapêutica e a detecção de fatores etiológicos.⁵

Dessa forma, sabendo que as alterações orais e dentárias não diagnosticadas ou não tratadas podem causar distúrbios no desempenho físico, psicológico e social, comprometendo as atividades simples da rotina diária da criança, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de forma que odontopediatras possam identificar a origem, Os sinais e sintomas e realizar o manejo clínico do BS na infância, em âmbito clínico, minimizando suas possíveis consequências.

Relato do Caso

Os responsáveis pela paciente L.T.B., de 6 anos e 4 meses de idade, buscaram atendimento

junto à Seção de Odontopediatria da Divisão Odontológica do Hospital de Aeronáutica de Canoas (HACO), em maio de 2019, com a queixa de que há pelo menos 6 meses a filha encontrava-se produzindo um barulho alto, semelhante ao ranger de dentes, todas as noites, no decurso do sono.

Durante a anamnese, ao ser questionada sobre o estado de saúde geral da criança, a mãe relatou que a criança apresenta boa condição de saúde geral e que não faz uso de medicamentos de uso contínuo. Entretanto, durante os meses de inverno e primavera, principalmente, a paciente apresenta episódios alérgicos frequentes, porém informou nunca a ter levado para ser examinada por um otorrinolaringologista.

Além disso, os pais descreveram que a mesma tem comportamento muito agitado e sono inquieto. Relataram já ter buscado ajuda psicológica para lidar com as atitudes da filha em casa, mas que após uma avaliação profissional e, até o presente momento, não há um diagnóstico de alterações comportamentais.

Ao realizar o exame clínico das estruturas extraorais, a criança não apresentava alterações à palpação realizada nos músculos orofaciais, principalmente nos que estão associados ao ato da mastigação, e na ATM. Todavia, ao exame intraoral, a paciente, que possuía dentadura decídua completa livre da doença cárie, apresentava facetas de desgaste intenso nas faces oclusais de molares e bordos incisais de caninos superiores e inferiores

decíduos, com proximidade à dentina (Figura 1 – A, B).

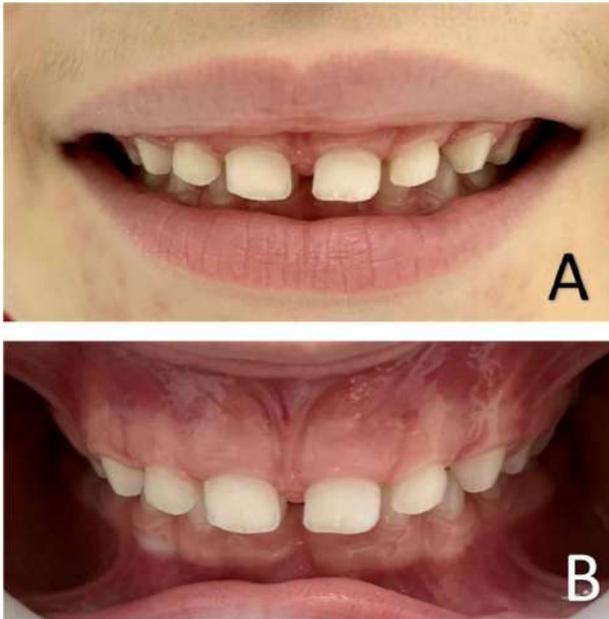


Figura 1 – A: Sorriso frontal. B: Presença de desgastes nas bordas incisais dos elementos 53 e 63.

Dessa forma, verificou-se que a criança apresentava um caso de provável bruxismo do sono, uma vez que o mesmo só foi acessado através do relato dos pais e de achados presentes nas estruturas físicas da paciente. Ao final da consulta de avaliação, os responsáveis pela paciente foram orientados a buscar uma avaliação das estruturas otorrinolaringológicas com o especialista na área médica correspondente. Após 20 dias, na consulta de retorno, a mãe relatou que a criança foi diagnosticada com rinite alérgica sazonal, e que iria iniciar o tratamento em breve.

A conduta clínica odontológica foi baseada na prevenção de desgastes mais severos das

estruturas dentárias remanescentes, portanto, optou-se pela confecção de uma placa oclusal acrílica, lisa e rígida. Visando uma maior durabilidade do dispositivo, foi adicionado um parafuso expansor, visto que a paciente se encontra em fase de crescimento (Figura 2).



Figura 1 – A: Sorriso frontal. B: Presença de desgastes nas bordas incisais dos elementos 53 e 63.

Para tal, a paciente teve as arcadas superiores moldadas com alginato *Hydrogum 5* da marca Zermack (Badia Polesini, Itália) e o registro da mordida marcado em cera 7 Lysanda® (São Paulo, Brasil), e o material encaminhado para laboratório protético de escolha dos responsáveis pela paciente. As consultas de manutenção e ajustes da placa oclusal foram realizadas mensalmente, de forma a manter a cobertura das superfícies oclusais e incisais dos dentes da arcada superior, com a presença de contatos bilaterais, simultâneos e estáveis com o arco oposto.

Após apenas 2 meses de uso pôde-se observar a presença de desgastes significativos na placa oclusal, o que atesta a sua correta indicação, bem como a boa aderência da criança ao tratamento.

Discussão e Conclusão

O bruxismo é uma atividade parafuncional da musculatura orofacial, em especial dos músculos da mastigação, que consiste no hábito de apertar ou ranger os dentes durante o sono ou em estado de vigília.² Mesmo que sejam considerados duas entidades distintas, ambos tipos de bruxismo têm a sua gênese no sistema nervoso central (SNC)⁶ e são modulados por diversas substâncias neuroquímicas, como neurotransmissores adrenérgicos, noradrenérgicos e serotoninérgicos.⁷

No BS, a atividade muscular mastigatória rítmica está associada a um episódio de microdespertar adrenérgico e aumento da frequência cardíaca durante a fase de sono REM.⁵ Em pessoas consideradas saudáveis, tal parafunção não é vista como um distúrbio, mas sim como um comportamento motor de etiologia multifatorial, que vem a ser um sinal de alguma outra condição de saúde, como observado no caso descrito anteriormente.^{3,4}

O diagnóstico do BS em crianças ainda é um desafio, uma vez que a ferramenta principal de avaliação desta condição na infância é o relato dos

pais ou responsáveis.⁸ Recomenda-se, além disso, um exame físico das estruturas dentárias e musculares faciais.² As polissonografias, padrão-ouro para diagnóstico do BS, acabam sendo menos utilizadas nesta faixa etária devido à dificuldade da sua aplicação, a qual é feita em ambiente hospitalar, gerando um alto custo financeiro e desconforto para o paciente infantil.⁹

Considera-se, entretanto, suficientemente aceitável que o diagnóstico de BS em crianças seja realizado através do relato dos pais ou responsáveis, visto que um estudo prévio identificou que a narrativa de apertar/ranger de dentes eram coincidentes com 83% dos casos confirmados com a polissonografia quando os pais estavam mais informados sobre os sinais e sintomas do BS.¹⁰ Dessa forma, não pode-se atestar a presença do hábito em definitivo, porém o relato dos pais e um exame minucioso do paciente e anamnese nos levam a um provável cenário positivo de sua instalação.

Os sintomas mais frequentes do BS em crianças são dores de cabeça e musculares, cansaço, sonolência, dificuldade de concentração, hiperatividade, ansiedade, agressividade e déficit de atenção,^{11,12} além de experiências orais negativas, como o desgaste dentário exacerbado, fraturas de restaurações, dor e desconforto na articulação temporomandibular e hipertrofia do músculo masséter, fatores que podem levar a um impacto negativo na qualidade de vida.¹³

O uso de placas oclusais tem sido amplamente utilizado na prática clínica, mas não há evidências suficientes para afirmar que é eficaz para o controle do BS. No entanto, age protegendo os dentes contra o desgaste dentário, removendo interferências oclusais e relaxando os músculos mastigatórios.¹⁴ A aplicação de estratégias comportamentais, como a higiene do sono, técnicas de relaxamento e remoção de fatores de risco (caféina, tabagismo, drogas, chás estimulantes) têm sido empregadas como o primeiro passo na intervenção terapêutica do BS, porém com baixa evidência clínica da sua eficácia.¹¹

Neste relato de caso clínico, pode-se observar que mesmo que o uso de placa oclusal não cesse o hábito, ainda há a conservação das estruturas dentárias, evitando-se danos maiores às estruturas do sistema estomatognático, o qual encontra-se ainda em fase de desenvolvimento.

Ao nos depararmos com um caso de BS na infância, é primordial identificar sua origem, analisar seus sinais e sintomas e realizar o manejo clínico adequado do mesmo, adequando-o à idade do paciente. Neste relato de caso, a placa oclusal foi apresentada como uma excelente terapia para a resolução de desgastes dentários causados por tal hábito parafuncional.

Referências

1. Machado E, Dal-Fabbro C, Cunali PA, Kaizer OB. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2014; 19(6):54-61.
2. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T *et al*. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2018; 45(11):837-844.
3. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Marchese-Ragona R, Lobbezoo F. Theories on possible temporal relationships between sleep bruxism and obstructive sleep apnea events. An expert opinion. *Sleep and Breathing*. 2015; 19(4):1459-65.
4. Castroflorio T, Bargellini A, Rossini G, Cugliari G, Deregibus A. Sleep bruxism and related risk factors in adults: A systematic literature review. *Archives of Oral Biology*. 2017; 83:25-32.
5. Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2008;35(7):495-508.
6. Lobbezoo F, Naeije M, Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2001; 28(12): 1085-91.
7. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. *Critical Reviews in Biology Medicine*. 2003; 14(1):30-46.
8. Restrepo C, Manfredini D, Castrillon E, Svensson P, Santamaria A, Alvarez C *et al*. Diagnostic accuracy of the use of parental-reported sleep bruxism in a polysomnographic study in children. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2017;27(5):318-325.
9. Casset E, Réus JC, Stuginski-Basbosa J, Porporatti AL, Carra MC, Peres MA *et al*. Validity of different tools to assess sleep bruxism: a meta-analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2017; 44(9):722-734.
10. Huynh NT, Desplats E, Bellerive A. Sleep bruxism in children: sleep studies correlate poorly with parental reports. *Sleep Medicine*. 2016;19:63-68.

11. Carra Yap AU, Chua AP. Sleep bruxism: current knowledge and contemporary management. *Journal of Conservative Dentistry*. 2016; 19(5):383-9.
12. Mota-Veloso I, Celeste RK, Fonseca CP, Soares ME, Marques LS, RamosJorge ML, Ramos-Jorge J. Effects of attention deficit hyperactivity disorder signs and socio-economic status on sleep bruxism and tooth wear among schoolchildren: structural equation modelling approach. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2017; 27:523-531.
13. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinoza P. Sleep Bruxism in children and adolescents. *Revista Chilena de Pediatría*. 2015; 86(5)373-9.
14. Solberg WK, Clark GT, Rugh JD. Nocturnal electromyographic evaluation of bruxism patients undergoing short term splint therapy. *J Oral Rehabil* 1975;2:215-23.

