



Bruxismo do sono na infância: estudo piloto

Marta Gaio, Júlio Fonseca, Ana Luísa Costa

Área de Medicina Dentária - Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra



Introdução e Objetivos

A definição de bruxismo tem evoluído ao longo dos anos. Atualmente o bruxismo é caracterizado como um hábito de caráter voluntário ou involuntário definido por apertar ou ranger os dentes no período diurno e/ou noturno que poderá ter características rítmicas ou espasmódicas. É um hábito bastante comum na população adulta geral, bem como nas crianças. De acordo com a *American Academy of Sleep Medicine*, o bruxismo do sono é especificamente definido como o hábito de apertar ou ranger os dentes durante o sono na ausência de qualquer distúrbio médico ou psicológico (como por exemplo a epilepsia relacionada com o sono), na ausência de movimentos anormais da boca ou da mandíbula durante o sono e abstenção de qualquer distúrbio do sono (apneia do sono). O objetivo deste estudo foi verificar uma possível relação entre o hábito do bruxismo e o perfil comportamental (ansiedade/depressão, distúrbios de atenção e queixas somáticas) e os hábitos do sono nas crianças. Complementarmente, pretendeu-se perceber o grau de percepção dos pais deste hábito nos seus filhos.

Materiais e Métodos

Foram aplicados três questionários (preenchidos pelos pais) a 23 crianças com idades entre os 6 e os 10 anos e selecionadas através de critérios de inclusão e exclusão definidos e adaptados: "Questionário de Maciel", "Questionário de hábitos do sono em crianças" (CSHQ) e "Questionário do comportamento para idades entre os 6 e os 18 anos" (CBCL). Os intervenientes foram esclarecidos acerca da essência do estudo e do preenchimento dos questionários. O exame clínico visando observar a existência ou não de facetas de desgaste e o seu grau de severidade foi levado a cabo por um operador experiente e calibrado. Todos os requisitos éticos foram cumpridos. A análise estatística dos dados foi feita no Windows® 7 através do Microsoft Excel® (*Microsoft® Co., Redmond, WA, USA*) e SPSS® v.20 (*SPSS® Co., Chicago, Illinois*) considerando-se um nível de significância de $\alpha = 0,05$.

Resultados e Discussão

"Questionário de Maciel"	Grupo de controlo		Grupo de estudo	
	n	%	n	%
Sem bruxismo	10	71,4%	6	66,7%
Bruxismo leve	4	28,6%	3	33,3%
Bruxismo moderado	0	0	0	0
Bruxismo severo	0	0	0	0
Total	14	100,0	9	100,0

Tabela I – Resultados do Questionário de Maciel. Não foi observado, em nenhum dos grupos, crianças com bruxismo moderado ou severo. Há a mesma tendência para o bruxismo em ambos os grupos.

Observação oral e relato dos pais	Grupo de controlo	"Questionário de Maciel"				Total
		Sem bruxismo	Bruxismo leve	Bruxismo moderado	Bruxismo severo	
Com facetas de desgaste e pais não reportam bruxismo	n	6	2	0	0	8
	%	42,8%	14,3%	0	0	57,1%
Sem facetas de desgaste e pais não reportam bruxismo	n	4	2	0	0	6
	%	28,6%	14,3%	0	0	42,9%
Observação oral e relato dos pais	Grupo de estudo	"Questionário de Maciel"				Total
		Sem bruxismo	Bruxismo leve	Bruxismo moderado	Bruxismo severo	
Com facetas de desgaste e pais reportam bruxismo	n	6	3	0	0	9
	%	66,7%	33,3%	0	0	100,0%

Tabela II – Resultados do cruzamento do Questionário de Maciel com a observação oral e relato dos pais. Não há diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo e o grupo de estudo quando é feita a interseção do "Questionário de Maciel" com a observação oral e relato dos pais.

"Questionário de hábitos de sono nas crianças"		n	%
Grupo de controlo	>44 (possibilidade de presença de alterações no sono)	14	100,0
Grupo de estudo	>44 (possibilidade de presença de alterações no sono)	9	100

Tabela III – Resultados do questionário de hábitos do sono. Todas as crianças têm a possibilidade de ter alterações do sono. Não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Ansiedade/ depressão	Grupo de controlo		Grupo de estudo	
	n	%	n	%
Sem distúrbio	11	78,6	8	88,9
"Borderline"	3	21,4	0	0
Com distúrbio	0	0	1	11,1
Total	14	100,0	9	100,0

Tabela IV – Resultados do questionário do comportamento (ansiedade/depressão). Mesma tendência para o aparecimento do distúrbio em ambos os grupos.

Problemas de atenção	Grupo de controlo		Grupo de estudo	
	n	%	n	%
Sem distúrbio	14	100,0	7	77,8
"Borderline"	0	0	0	0
Com distúrbio	0	0	2	22,2
Total	14	100,0	9	100,0

Tabela V – Resultados do questionário do comportamento (problemas de atenção). A maior parte das crianças, quer no grupo de controlo, quer no grupo de estudo, não apresentam distúrbio. Observa-se apenas uma ligeira tendência para problemas de atenção em crianças com bruxismo.

Queixas somáticas	Grupo de controlo		Grupo de estudo	
	n	%	n	%
Sem distúrbio	11	78,6	8	88,9
"Borderline"	3	21,4	1	11,1
Com distúrbio	0	0	0	0
Total	14	100,0	9	100,0

Tabela IV – Resultados do questionário do comportamento (queixas somáticas). Não há nenhuma criança com tendência para queixas somáticas (em ambos os grupos). Observam-se três crianças (no grupo de controlo) e uma criança (no grupo de estudo) em situação "border line".

Conclusões

Atualmente o diagnóstico do bruxismo é um desafio. A sua prevalência é bastante variável, não sendo consensuais os dados apresentados na literatura. Essas diferenças podem estar relacionadas com o facto dos critérios de inclusão diferirem nos vários estudos, variabilidade das populações estudadas, bem como dos meios de diagnóstico empregues. No presente estudo ambos os grupos apresentaram tendências similares para o bruxismo quando aplicado o "Questionário de Maciel". O CSHQ parece ser duvidoso em termos de especificidade e sensibilidade, sendo importante o complemento com outras informações da criança. Não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente aos problemas de atenção, queixas somáticas e ansiedade/depressão, podendo apenas, atendendo à reduzida dimensão desta amostra, observar-se uma tendência para distúrbios de atenção nas crianças com bruxismo abrangidas nesta amostra.

Referências bibliográficas principais

1) Manfredini D, Lobbezoo F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. *J Orofac Pain* 2009;23(2):153-66. 2) Winocur E, Gavish A, Volkovitch M, Emodi-Perlman A, Eli I. Drugs and bruxism: a critical review. *J Orofac Pain* 2003;17(2):99-111. 3) Manfredini D, Restrepo C, Diaz-Serrano K, Winocur E, Lobbezoo F. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil* 2013;40(8):631-42. 4) Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil* 2013;40(1):2-4. 5) American Academy of Pediatric Dentistry. Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines. Available in URL: <http://www.aapd.org/media/policies.asp>, March 23, 2007. 2006-2007. 6) Junio Maria Serra-Negra DT-C, Guimarães FH, Paiva SM, Fordeus IA. Evaluation of parents/guardian knowledge about the bruxism of their children: family knowledge of bruxism. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* 2013;33(3):16. 7) Manfredini D, Landi N, Fontijn-Tekampen O, F. Segu M, Bosco M. Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers. *J Oral Rehabil* 2005;32(8):584-8. 8) Restrepo CC, Vasquez LM, Alvarez M, Valencia I. Personality traits and temporomandibular disorders in a group of children with bruxing behaviour. *J Oral Rehabil* 2008;35(8):585-93. 9) Lobbezoo F, Van Der Zaag J, Naeije M. Bruxism: its multiple causes and its effects on dental implants - an updated review. *J Oral Rehabil* 2006;33(4):293-300. 10) Serra-Negra JM, Paiva SM, Ramos-Jorge ML, Fordeus IA. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: a case-control study. *Braz Dent J* 2012;23(6):746-52. 11) Serra-Negra JM, Ramos-Jorge ML, Flores-Mendoza GE, Paiva SM, Fordeus IA. Influence of psychosocial factors on the development of sleep bruxism among children. *Int J Paediatr Dent* 2009;19(5):309-17. 12) Weideman CL, Bush DL, Yan-Go FL, Clark GT, Gornbein JA. The incidence of parasomnias in child bruxers versus nonbruxers. *Pediatr Dent* 1996;18(7):456-60. 13) Winocur E, Liltner D, Adams I, Gavish A. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescents: a gender comparison. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;102(4):482-7. 14) Maciel RN. Bruxismo. 1ed. 2010. 15) Serra-Negra JM, Tiso-Costa D, Guimarães FH, Paiva SM, Fordeus IA. Evaluation of parents/guardian knowledge about the bruxism of their children: Family knowledge of bruxism. *J Indian Soc Paediatr Prev Dent* 2013;31(3):153-8. 16) Cruz MM. Comparação de padrões de sono e de sonolência diurna entre crianças. *Acta Pediatr* 1999;26(2):103-10. 17) Occlusal splints for treating sleep bruxism (tooth grinding). *Cochrane Database Syst Rev* 2007(4):CD005514. 18) Vonderas AP, Menetakou M, Koumitzis T, Papagiannoulis L. Urinary catecholamine levels and bruxism in children. *J Oral Rehabil* 1999;26(2):103-10.