

Bruxismo en la infancia: ¿cómo tratar?

Arielle Figueredo Carnaúba de Araújo,¹ 

Giovanna Samara Barros Dorvillé,¹ 

Nayara Medeiros da Silva Guerra Sales,¹ 

Nicole Beatriz Barros de Sá Freitas,¹ 

Ana Lúcia Soares Cota.² 

Resumen

El bruxismo infantil es una condición definida por la acción de apretar o rechinar los dientes involuntariamente, siendo así de etiología multifactorial. Cuando no es tratado tempranamente, puede causar daño al sistema estomatognático, causando cambios orofaciales. De esta forma, este artículo tiene como objetivo abordar las diferentes opciones de tratamiento para el bruxismo en niños. Esta es una revisión integradora realizada a través de las bases de datos SciELO y PubMed, la cual incluye un total de 14 artículos, respetando los criterios de inclusión y exclusión. En general, el tratamiento debe ser cumplido realizado de manera multidisciplinaria, incluyendo la incorporación del cirujano dentista, doctor, psicólogo, fisioterapeuta y logopeda para mejorar la calidad de vida

del individuo. A través de la exclusión de los posibles factores que determinan la enfermedad, tiene como objetivo promover la reducción de la actividad parafuncional. Para lograr eso, podemos usar placas oclusales, medicamentos como analgésicos, antiinflamatorio, benzodiazepinas, relajantes musculares, además de las hierbas medicinales, así como también, terapia de masaje, criolipólisis, acupuntura, entre otros. Sin embargo, mas estudios son necesarios para probar la efectividad de estas terapias. Se puede concluir que hasta el momento presente, lo que se puede ofrecer es un tratamiento paliativo y multidisciplinario que permite la reducción de complicaciones patológicas, favoreciendo así, la salud del niño.

Palabras clave: Niño, bruxismo y tratamiento.

¹Graduandos de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL), Maceió, Brasil.

²Doctora en Odontopediatria y docente del curso de Odontologia da UNIT/AL. Maceió, Brasil.

Artigo da revisao

Bruxismo na infância: como tratar?

Resumo

O bruxismo infantil é uma condição definida pela ação de apertar ou ranger os dentes de forma involuntária sendo de etiologia multifatorial. Quando não interferida precocemente pode gerar danos ao sistema estomatognático, ocasionando alterações orofaciais. Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo abordar as diferentes opções de tratamento para o bruxismo em crianças. Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio das bases de dados SciELO e PubMed, foram incluídos um total de 14 artigos, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. De forma geral, o tratamento deve ser realizado multidisciplinarmente, englobando a adição do cirurgião-dentista, médico, psicólogo, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, com intuito de

proporcionar melhora da qualidade de vida ao indivíduo. Através da exclusão dos possíveis fatores determinantes da doença, visa-se a promoção da redução da atividade parafuncional. Para isso, pode-se lançar mão de placas oclusais, medicamentos, como analgésicos, anti-inflamatórios, benzodiazepínicos, relaxantes musculares, além de fitoterápicos, bem como, massagem terapêutica, criolipólise, acupuntura, entre outros. Contudo, é necessário que mais estudos comprovem a eficácia dos referidos terapêuticos. Assim sendo, conclui-se que até o presente momento, o que se pode oferecer é um tratamento paliativo e multidisciplinar que possibilite a diminuição das complicações patológicas e desta forma favorecendo o estado de saúde da criança.

Palavras chaves: Criança, bruxismo e tratamento.

Article of revision

Bruxism in childhood: how to treat?

Abstract

The bruxism in the childhood is a multifactorial condition defined by the act of involuntarily clenching or grinding the teeth. When not interfered early can cause damage to the stomatognathic system, causing orofacial changes. Thus, this article aims to address the different treatment options for bruxism in children, this is an integrative review conducted through the SciELO and PubMed databases, a total of 14 articles were included, respecting the inclusion and exclusion criteria. In general, the

treatment should be performed in a multidisciplinary manner, including the addition of the dental surgeon, physician, psychologist, physiotherapist and speech therapist, in order to improve the quality of life of the individual. By excluding possible determinants of the disease, the aim is to promote the reduction of parafunctional activity. For this, it can use occlusal plaques, medications such as analgesics, anti-inflammatory drugs, benzodiazepines, muscle relaxants, as well as herbal medicines, as well as massage therapy, cryolipolysis, acupuncture, among

others. However, further studies need to prove the effectiveness of such therapies. Therefore, it can be concluded that, until now, what can be offered is a palliative and multidisciplinary treatment that

enables the reduction of pathological complications and thus favoring the child's health status.

Key words: Children, bruxism and treatment.

Introducción

Caracterizado por la acción de rechinar o apretar los dientes, el bruxismo es considerado un hábito no funcional e involuntario del sistema estomatognático. Tiene mayor ocurrencia durante el sueño y aunque ésta condición es más frecuente en adultos, también puede estar presente desde la infancia afectando del 40% al 49,6% de los niños de 3 a 6 años.^{1,2,3}

La etiología del bruxismo es multifactorial y compleja, relacionándose a una diversidad de causas, como factores dentales representados por la oclusión, posición dental, movilidad, patrón de movimiento mandibular, morfología y restauraciones iatrogénicas. La investigación ha mencionado la influencia de factores psicoemocionales, por someter al individuo a la tensión, estrés, miedo, rabia y ansiedad, culminando en la descarga de toda la agresividad y en los componentes del sistema estomatognático.^{1,4,5}

Algunas condiciones sistémicas como los cambios en el tracto digestivo y nutricional, el desequilibrio endocrino, los trastornos del sueño, alergias y los factores hereditarios también se han enumerado como factores etiológicos. Sin embargo, el consumo de alimentos xantanos (café, té, chocolate, refrescos tipo cola), anfetaminas, alcohol y tabaco necesitan ser evaluados, una vez que, estimulando el sistema nervioso central aumenta la ansiedad y estrés de las personas.^{4,5}

Dependiendo del grado de gravedad el bruxismo puede causar varias consecuencias para la cavidad bucal, como el desgaste dental, localizado en la región incisal de los dientes anteriores, aumento de la sensibilidad dental, dolores musculares en la cara y cambios en la articulación temporomandibular, que se convierten en un problema debido al crecimiento óseo incompleto del niño.^{1,2,6}

Este hábito parafuncional puede manifestarse durante el sueño, siendo así denominado de bruxismo nocturno y durante el día conocido por el bruxismo diurno. Su principal diferencia recae sobre el estado de conciencia en el cual el paciente se encuentra durante la ejecución de los movimientos, es decir, una acción inconsciente o una actividad semi-voluntaria, respectivamente.^{3,6} Además de la clasificación, el bruxismo es considerado primario, cuando el individuo no tiene una causa sistémica o psíquica evidente y secundario cuando está asociado con factores iatrogénicos o trastornos clínicos y/o neurológicos.⁷

Con el avance de la investigación sobre el tratamiento del bruxismo, se hace evidente una gran dificultad clínica al buscar y reconocer los factores etiológicos asociados. Esto representa un desafío en la aplicación de medidas terapéuticas efectivas, generando aprensión entre profesionales y familiares, debido al potencial para tener un impacto negativo en la calidad de vida de los afectados.^{6,8} Dado lo anterior,

el objetivo del presente trabajo es discutir las principales formas del tratamiento indicado para el bruxismo en los niños.

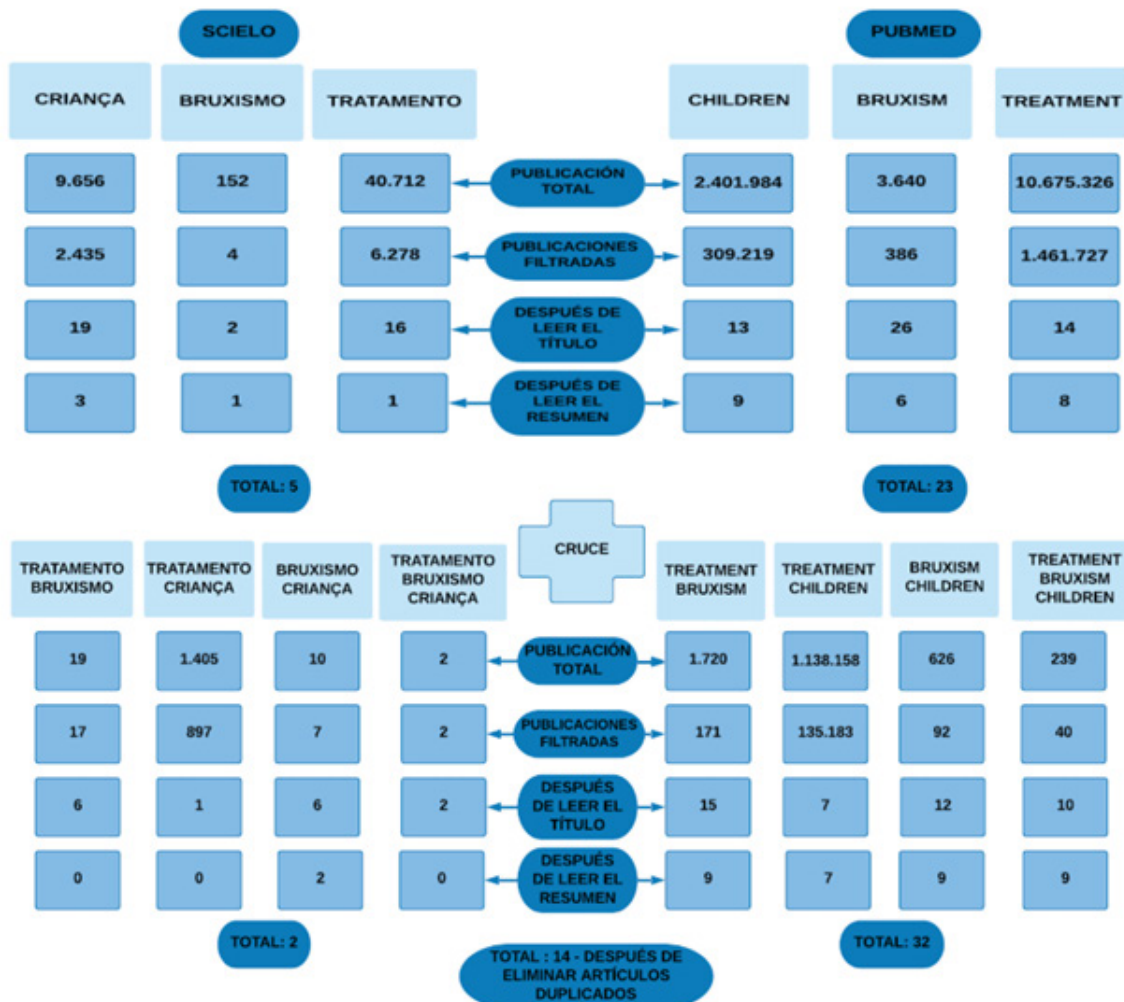
Materiales y métodos

El artículo trata de una revisión integradora de literatura, que consiste en utilizar una técnica metodológica que incluye el análisis de investigaciones que sirven como base para la toma de decisiones y la mejora de la práctica clínica, permitiendo la producción del estado de conocimientos

sobre un tema determinado, además de señalar lagunas de conocimientos que necesitan ser completadas con la realización de nuevos estudios.⁹

En el presente estudio, la formulación del tema surgió de la pregunta guía: ¿cómo tratar el bruxismo en los niños?

Las bases de datos utilizadas fueron la *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), considerando como descriptores: niño; Bruxismo y Tratamiento; y la



Fuente: Autoría propia, 2019.

Figura 1. Diagrama de flujo con publicaciones encontradas entre los años 2009 a 2019 segundo las bases de datos SciELO y PubMed

plataforma *U.S. National Library of Medicine* (PubMed), utilizando los descriptores, *Children; Bruxism e Treatment*. Primero, se realizó la búsqueda de artículos a través de los descriptores individuales y, en seguida, las intersecciones de los descriptores utilizando el operador booleano *and*.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron: artículos publicados en portugués e inglés, totalmente disponibles publicados entre

2009 y 2019, y después de leer el título y el resumen, se aborda la temática del estudio. Libros, capítulos de libro, trabajos de terminación de curso, disertaciones y tesis fueron excluidos del estudio (Figura 1).

Después de leer los resúmenes, 62 artículos fueron seleccionados por obedecer a los criterios de inclusión. Sin embargo, solo se seleccionaron 14 artículos debido a la duplicidad (Tabla 1).

Tabla 1. Presentación de las características de los artículos incluidos en la Revisión Integrativa del SciELO y PubMed.

TÍTULO	AUTORES/AÑO	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES	CONCLUSIÓN
Bruxismo infantil: Una señal de advertencia para dentista pediátricos y pediatras.	Diniz MB, Silva RC, Zuano ACC. 2009.	Presentar una revisión de la literatura sobre bruxismo en la infancia, presentando reales características, señales, síntomas y factores etiológicos.	La investigación destaca la importancia de un tratamiento multidisciplinar para el bruxismo infantil debido a su etiología multifactorial.	El tratamiento para el bruxismo debe ocurrir de forma multidisciplinar, abarcando pediatra, dentista pediátrico y psicólogo, apuntando al desarrollo integral del niño.
Bruxismo del sueño: posibilidades terapéuticas basadas en las evidencias.	Machado E, Machado P, Cunali PA, Fabbro CD. 2011.	Analizar y discutir maneras de tratamiento para el bruxismo infantil con base en una revisión sistemática.	Es posible encontrar una variedad de opciones terapéuticas para el tratamiento del bruxismo en la infancia.	En su mayoría, las opciones terapéuticas no tienen bases científicas que los sostienen y/o comprueban que las terapias invasivas son superiores a las terapias no-invasivas.
Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxist children. (Efecto de las placas oclusales en los trastornos temporomandibulares, desgaste dental y ansiedad en los niños con bruxismo).	Restrepo CC, Medina I, Patiño I. 2011.	Avaluar la efectividad de las placas oclusales para reducir los señales y síntomas del bruxismo, como los trastornos temporomandibulares, desgaste dental y ansiedad en los niños.	El grupo experimental con niños de 40,3 meses nos mostraron diferencias en relación con los niveles de ansiedad y desgaste dental, en comparación con el grupo de control.	El uso de placas de mordida rígidas oclusales no fue eficaz para reducir las señales del bruxismo, en su conjunto, pero si redujo la desviación mandibular en la apertura de la boca.

TÍTULO	AUTORES/AÑO	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES	CONCLUSIÓN
Buspirone use in the treatment of atomoxetine-induced bruxism. (Uso de buspirona en el tratamiento del bruxismo inducido por atomoxetina).	Yuce M, Karabekirog, KSG, Mujdeci M; Oran M. 2013.	Relatar la aparición del bruxismo relacionado con el uso de la droga medicamento atomoxetina, y el tratamiento de bruxismo usando buspirona.	El buspirona revela una eficacia en el tratamiento del bruxismo inducido por atomoxetina.	Al prescribir atomoxetina debe recordarse que puede estar predisponiendo al bruxismo, y la presencia de bruxismo debe cuestionarse durante las visitas psiquiátricas.
Treatment of bruxism with hydroxyzine. (Tratamiento de bruxismo con hidroxicina).	Gahnizade A. 2013.	Relatar el tratamiento de bruxismo del sueño con hidroxicina en tres niños, acompañadas por 2 meses.	Los padres informaron como resultado una reducción significativa en puntuación de la Escala Visual Analógica (EVA) después de tomar hidroxicina por un mes.	La hidroxicina puede ser eficaz en el tratamiento del bruxismo en niños, resultando beneficioso realizar estudios controlados por placebo.
Evaluation of Cranio-cervical Posture in Children with Bruxism Before and After Bite Plate Therapy: A Pilot Project. (Evaluación de la postura craneocervical en niños con bruxismo antes y después de la terapia con placa de mordida: un proyecto piloto).	Bortolletto CC, Silva FC, Silva PFC, Godoy, CHL; Albertini R. et. al. 2014.	Avaluar el efecto de una placa de mordida en la postura craneocervical de niños con bruxismo.	No se encontraron resultados significativos en la postura craneocervical de los niños en un mes de uso de la placa de mordida.	Puede ocurrir apenas una reducción en el ángulo craneo cervical cuando la placa de mordida permanece en posición.
The effect of hydroxyzine on treating bruxism of 2- to 14-year-old children admitted to the clinic of Bandar Abbas Children Hospital in 2013-2014. (El efecto de la hidroxicina en el tratamiento del bruxismo de niños de 2 a 14 años admitidas en la clínica de Hospital Infantil Bandar Abbas em 2013-2014).	Rahmati M, Moayediyeh A, Shahvari SZ, Golmirzaei J, Zahirinea M, Abbasi B. 2015.	Estudiar el efecto de la hidroxicina en el tratamiento del bruxismo de los niños de 2 a 14 años de edad.	La prescripción de hidroxicina por 4 semanas tuvo un efecto considerable en la disminución de la severidad del bruxismo entre los grupos evaluados.	Es necesario tener en cuenta los efectos secundarios de la hidroxicina para tomar decisiones de tratamiento adecuadas.
Clinical management of childhood bruxism. (Manejo clínico del bruxismo infantil)	Alfaya, TA, Tannure, PN, Barcelos R; Dip EC; Uemoto L, Gouvêa, CVD. 2015.	Relataron un caso clínico de un paciente del sexo masculino de nueve años de edad, presentando quejas de dolor de cabeza y contracción dental durante la vigilia.	Hubo una disminución en el dolor de cabeza después de un mes de uso de placa miorelajante y del seguimiento dental y psicológico que todavía se realiza.	La placa miorelajante es una gran opción terapéutica para estos casos de bruxismo, sin embargo también es necesario explorar otras áreas en el enfoque terapéutico como el psicólogo.

TÍTULO	AUTORES/AÑO	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES	CONCLUSIÓN
Evaluation of electromyographic signals in children with bruxism before and after therapy with <i>Melissa Officinalis</i> L-a randomized controlled clinical trial. (Evaluación de señales electromiográficas en niños con bruxismo antes y después de la terapia con <i>Melissa Officinalis</i> L - un ensayo clínico aleatorizado y controlado).	Bortolletto CC, Silva FC, Salgueiro MCC, Motta LJ, Curiki LM. 2016.	Avaluar las señales electromiográficas en el músculo temporal utilizando la prueba BiteStrip en niños con bruxismo del sueño antes y después de la terapia con <i>Melissa officinalis</i> L.	No fueron encontradas diferencias entre la actividad muscular inicial y final entre el grupo 1 que ingirió <i>Melissa Officinalis</i> y el grupo 2 que recibió un placebo.	Se necesitan más estudios para proporcionar evidencia científica sobre la efectividad de <i>Melissa officinalis</i> , Para convertirse en una alternativa asésible en los servicios de salud públicas para la prevención y el tratamiento de problemas de salud bucal.
Evaluation of muscle activity, bite force and salivary cortisol in children with bruxism before and after low level laser applied to acupoints: study protocol for a randomised controlled trial. (Evaluación de la actividad, la fuerza de mordida y el cortisol salival en niños con bruxismo antes y después del láser baja potencia aplicada a los puntos de acupuntura: protocolo de estudio para un estudio controlado aleatorio).	Salgueiro MCC, Bortolletto CC, HorlianaACRT, Mota ACC, Motta LJ, Motta, PB. et al, 2017.	Avaluar los cambios en la actividad muscular, la fuerza de la mordida y el cortisol salival en los niños con bruxismo después la aplicación de láser de baja intensidad en puntos de acupuntura.	Los puntos: IG-4 (Hegu), F-3 (Taichong) y BP-6 (Sanyinjiao), funciona directamente para aliviar y calmar la ansiedad, disminuyendo la contracción muscular que a su vez, reduce el bruxismo.	La terapia a láser de baja intensidad sobre puntos de acupuntura es indicada en niños con bruxismo, sin embargo, los efectos (analgésico, disminución de los niveles de cortisol, dolor y ansiedad, por ejemplo) de esta modalidad de tratamiento aún no se han estudiado.
Homeopathic therapy for sleep bruxism in a child: Findings of a 2-year case report.	Silva, CT; Guimarães Primo L, Mangabeira A; Maia LC, Fonseca-Gonçalves A. 2017.	Informar sobre el uso de la terapia homeopática para el tratamiento de bruxismo en una paciente de 8 años de edad.	Después de un período de dos meses de terapia homeopática combinada (Phytolacca decandra 12c y <i>Melissa officinalis</i> 12c), el bruxismo desapareció y no mostró recurrencia.	El uso de la terapia homeopática ha tenido éxito y debe ser visto como una alternativa para tratar el bruxismo en los niños.
Bruxism in children: Use of the Functional Plane of Monaco (FPM). (Bruxismo en niños: uso do plan funcional de Mónaco FPM).	Ortu E, Pietropaoli D, Marchetti E, Marchili N, Marzo G, Monaco A. 2018.	Informar el tratamiento realizado en un paciente de 15 años del sexo masculino con bruxismo.	Los autores utilizaron solo el Plan Funcional de Mónaco (FPM), que se utilizó durante el día.	El ortodoncista trató con éxito un caso de ortopedia/ortodoncia con el dispositivo FPM.

TÍTULO	AUTORES/AÑO	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPALES	CONCLUSIÓN
Treatments of sleep bruxism in children: A systematic review and meta-analysis.	Lerardo G, Mazur M, Luzzi V, Calcagnile F, Ottolenghi L, Polimeini A. 2018	Desarrollar un tratamiento basado en la evidencia para el bruxismo en niños.	El uso de la Hidroxicina como terapia mostró tener mayor efectividad en el tratamiento del bruxismo del sueño	Es necesario más estudios con mayor número de niños, sin embargo, con poca evidencia, se cree en la efectividad de la hidroxicina.
The efficacy of low and moderate dosage of diazepam on sleep bruxism in children: A randomized placebo-controlled clinical trial. (La eficacia de la dosis baja y moderada de diazepam en el bruxismo del sueño en niños: un ensayo clínico aleatorizado, controlado con placebo).	Mostafavi SN, Jafari A, Hoseini SG, Khademian M, Kelishadi R. 2019	Avaluar el efecto del diazepam en el control del bruxismo en niños.	Se observó que la gravedad del bruxismo disminuyó significativamente en los 3 grupos (dosis baja y placebo) durante 2 semanas, pero sin diferencias entre los grupos.	El uso a corto plazo de diazepam no fue más efectivo que el placebo en el tratamiento del bruxismo infantil.

Discusión

Uno de los métodos más confiables para diagnosticar el bruxismo infantil es el informe de los padres o tutores; sin embargo, debido al hecho de que los niños no siempre duermen cerca de los adultos, estos pueden no estar al tanto de los episodios relacionados con el crujir de dientes. Por lo tanto, el examen estándar para el diagnóstico de bruxismo es la polisomnografía. Sin embargo, la necesidad del paciente de dormir en el laboratorio hace que el procedimiento sea costoso y complejo para los niños.^{10,11,12}

En este sentido, las estrategias sobre la efectividad del tratamiento del bruxismo infantil siguen siendo controvertidas, ya que este trastorno es de carácter multifactorial, y requiere tratamiento multidisciplinario. Tanto el cirujano dentista, el odontólogo pediatra como

los responsables, necesitan saber que tratamiento por sí solo puede no ser suficiente para tratar el bruxismo de su hijo. Por lo tanto, es importante que el profesional no descuide el tratamiento del paciente, siempre buscando las diferentes áreas que contemplan un tratamiento específico, cuando es indicado.^{12,13, 14}

Una de las formas terapéuticas más indicadas en odontología es la placa de mordida, que tiene como objetivo reducir la fricción y las cargas entre los dientes y estabilizar la articulación temporomandibular y la actividad neuromuscular.^{10,11,15} Sin embargo, Bortoletto *et al.* (2014),¹⁰ en un estudio observacional piloto, es decir, salvaguardando posibles limitaciones metodológicas, observaron que después de la remoción de la placa oclusal rígida la posición de la cabeza no se mantuvo y la carga no se eliminó pero, cuando

se usa una placa de resina acrílica termoplástica, también conocida como placa miorrelajante, en un paciente con sobrecarga severa, Alfaya *et al.* (2015)¹⁵ detectaron una reducción en la queja principal del paciente (dolor de cabeza), pero sin eliminar el trastorno. Vale la pena mencionar que la placa miorrelajante recibió ajustes oclusales cada quince días, sin dañar la erupción de la dentición permanente y crecimiento óseo en niños.

A diferencia del reconocimiento en la literatura sobre drogas y tratamiento psicológico, los medicamentos homeopáticos no tienen evidencia científica, sin embargo, son sustancias naturales que se han descrito en algunos estudios como opciones para el alivio y la mejora de la salud general. Además, su uso en niños es más seguro, más accesible y sostenible, debido al hecho de ser controlado por el tiempo que es necesario, a diferencia de ciertos medicamentos que pueden generar algún efecto secundario.¹⁶

Silva *et al.* (2017),¹⁶ reportan que medicamentos recetados y descritos como fitoquímicos a base de hierbas naturales la *Phytolacca decandra* 12c como terapia para el bruxismo del sueño en un niño de 8 años del sexo masculino, cerca de la hora de acostarse tuvo como resultado una reducción de la trituración, pero debido al aumento de las pesadillas, la prescripción del medicamento *Melissa officinalis* 12c fue indicado con lo cual se logró que la parasomnias y morderse las uñas, desaparecieran por completo, permitiendo un sueño de calidad..

A través de una revisión sistemática y metanálisis, Lerardo *et al.* (2018)¹⁷ desarrollaron recomendaciones a través

de la evidencia sobre la terapia para el bruxismo del sueño. Como resultado, los autores señalan que la hidroxicina es la opción más efectiva. Además, el uso de flurazepam y *Melissa Officinalis* también ha reducido los síntomas del bruxismo del sueño. Sin embargo, se concluyó que se necesitan más investigaciones basadas en el tratamiento y los criterios de diagnósticos estandarizados.

En algunas situaciones, puede haber una necesidad de tratamientos farmacológicos como analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares, benzodiazepinas, precursores de catecolaminas y antagonistas beta-adrenérgicos. Sin embargo, todavía no existe un medicamento definitivo de primera opción para ser utilizado de manera segura en los niños. Las benzodiazepinas todavía se usan en la práctica clínica, a pesar de la disminución en su indicación debido a efectos adversos como depresión y dependencia. Dentro de esta categoría, la Clonidina aparece en la literatura como una opción terapéutica, sin embargo, se asocia con varios efectos secundarios adversos. Por lo tanto, el benzodiazepina clonazepam aparece como una alternativa segura en comparación con la clonidina.^{12,18,19}

Machado *et al.* (2011),²⁰ considera que la placa oclusal es un tratamiento aceptable, pero como tratamiento farmacológico el Clonazepam se destaca en el corto plazo, no generando dependencia. Además, señaló a través de una revisión sistemática que en cuanto a los tratamientos experimentales, la Clonidina y el dispositivo de avance mandibular son muy prometedores, sin embargo, pueden causar efectos secundarios adversos.

Sin embargo otros estudios muestran que medicamentos como toxina botulínica tipo A, las benzodiazepinas, los anticonvulsivos, las betabloqueantes, la dopamina, los antidepresivos y los relajantes musculares, pueden ayudar a controlar el bruxismo, pero el uso de estos agentes en los niños está restringido, por lo que los fitoquímicos naturales a base de plantas se consideran alternativas viables para mejorar la calidad de vida del niño.

^{11,14,17,21,22}

Además de estas opciones, la evaluación del logopeda resultó ser importante, ya que permitió verificar el impacto en la motricidad orofacial debido al bruxismo así como las funciones alimentarias y respiratorias, lo que permite un tratamiento multidisciplinario.^{5,22,23}

Algunos estudios han podido verificar la efectividad de las intervenciones psicosociales, como el asesoramiento, los ejercicios de relajación, la hipnosis y la biorretroalimentación para disminuir la frecuencia e intensidad de esta condición.²⁰ Vale la pena mencionar los efectos de los trastornos psiquiátricos en la infancia, ya que las personas afectadas por el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tratados con medicamentos son más propensos a desarrollar bruxismo en comparación con las personas no afectadas.¹²

Actualmente, la fisioterapia también se ha utilizado como una de las formas de tratar este trastorno, y los métodos más utilizados son: estimulación neuromuscular transcutánea y eléctrica por microcorriente, el ultrasonido, la crioterapia, la terapia infrarroja, el masaje terapéutico, la kinesioterapia, la acupuntura y la terapia con láser de bajo nivel.

El tratamiento realizado con láser de baja potencia es eficaz para reducir los síntomas derivados del bruxismo, como el dolor orofacial, la hinchazón y la hiperemia. Sin embargo, faltan estudios que demuestren su efectividad.⁷

Según la asociación brasileña de odontología central del bruxismo está relacionada con el movimiento mandibular involuntario, con eso, la analogía de que el intercambio de dentición estaría relacionado con el posible desarrollo del bruxismo se vuelve insostenible. Debido a que su origen está en el sistema nervioso central, el uso de aparatos ortodóncicos u ortopédicos no promueven cambios morfológicos.²⁴

Las limitaciones de este estudio se refieren a la muestra, ya que solo se incluyeron artículos disponibles en línea de forma gratuita y en inglés y portugués. Por lo tanto, se reconoce la posibilidad de que no se hayan incorporado todos los enfoques posibles al problema de investigación. Considerando que el tratamiento del bruxismo infantil tiende a ser multidisciplinario debido a los aspectos conductuales que involucran al niño, es necesario que los diferentes tipos de estudios incorporen aspectos asociados con la odontología, la medicina, la psicología y otras áreas en la ruta metodológica.^{5,11}

Conclusión

Dado lo anterior, se concluyó que debido a que el bruxismo tiene una etiología amplia, su tratamiento tiende a ser un desafío para los profesionales de la salud. Por lo tanto, es necesario adoptar medidas basadas en terapias paliativas y la reducción de complicaciones

patológicas, con el objetivo, sobre todo, de mejorar la calidad de vida de las personas. Además, a pesar de los avances en la investigación, todavía

no hay consenso sobre un tratamiento específico y la mayoría no tiene una base científica suficiente para controlar/curar este hábito prejudicial.

Referencias bibliográficas

1. Feitosa GMA, Felix RCL, Sampaio DC, Vieira-Andrade RG, Santos CCO, Fonseca-Filho T. Bruxismo da infância: Perfil de comportamento, característica do sono e sintomatologia. *Revista Bahiana de Odontologia*, 2016 Jun; 7(2):94-104.
2. Oliveira ALBM, Fragelli C, Andrade MF. Abordagem multidisciplinar no tratamento do bruxismo infantil. *Revista Uningá*, 2017 nov; 25(1):1-8.
3. Restrepo CC, Medina I, Patiño I. Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxist children. *European Journal Dentistry*, 2011; 5 (4): 441–450.
4. Silva NR. Bruxismo: etiologia e tratamento. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 2019; 66(2):223-227.
5. Simões-Zenari M, Bitar ML. Fatores associados ao bruxismo em crianças de 4 a 6 anos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2010 out-dez; 22(4):465-472.
6. Cabral LC, Lopes AJC, Moura MB, Silva RR, Neto AJF, Júnior PCS. Bruxismo na infância: fatores e possíveis fatores de risco. *Faculdade de Odontologia Lins/Unimep*, 2018 jan-jun, 28(1): 41-51.
7. Salgueiro MDCC, Bortoletto CC, Horliana ACR, Mota ACC, Motta LJ, Motta PB et. Al. Evaluation of muscle activity, bite force and salivary cortisol in children with bruxism before and after low level laser applied to acupoints: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2017 Aug; 17(1):391-398.
8. Ribeiro TA, Freitas FCN. Bruxismo do sono na infância. *Cadernos de odontologia da UNIFESO*, 2019, 1(1):101-109.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, 2010; 8(1): 102-106.
10. Bortoletto CC, Cordeiro da SF, Silva PF, Leal de Godoy CH, Albertini R, Motta LJ et. al. Evaluation of Cranio-cervical Posture in Children with Bruxism Before and After Bite Plate Therapy: A Pilot Project. *Journal of Physical Therapy Science*, 2014 Jul; 26(7):1125-1128.
11. Diniz MB, Silva RC, Zuanon ACC. Bruxismo na infância: um sinal de alerta para odontopediatras e pediatras. *Revista Paulista de Pediatria [Internet]*, 2009 Sep [cited 2019 Oct 16]; 27(3): 329-334.
12. 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.
13. Ferreira-Bacci Adriana do Vale, Cardoso Carmen Lúcia Cardoso, Díaz-Serrano Kranya Victoria. Behavioral problems and emotional stress in children with bruxism. *Brazilian Dental Journal*, 2012; 23(3): 246-251.
14. Rahmati M, Moayedi A, Zakery Shahvari S, Golmirzaei J, Zahirinea M, Abbasi B. The effect of hydroxyzine on treating bruxism of 2- to 14-year-old children admitted to the clinic of Bandar Abbas Children Hospital in 2013-2014. *Journal of Medicine and Life*, 2015; 8(4): 241–244.
15. Alfaya A, Tannure PN, Barcelos R, Dip EC, Uemoto L, Gouvêa CVD. Clinical management of childhood bruxism. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 2015; 63 (2): 207-212.
16. Silva CT, Primo LG, Mangabeira A, Maia LC, Fonseca-Gonçalves A. Homeopathic therapy for sleep bruxism in a child: Findings of a 2-year case report. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 2017; 35(4):381-3.
17. Lerardo G, Mazur M, Luzzi V, Calcagnile F, Ottolenghi L, Polimeni A. Treatments of sleep bruxism in children: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice*. 2018, 38(2): 1-7.
18. Mostafavi SN, Jafari A, Hoseini SG, Khademian M, Kelishadi R. The efficacy of low and moderate dosage of diazepam on sleep bruxism in children: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2019; 24(8):1-6.

19. Bortoletto CC, Cordeiro da Silva F, Salgueiro M da C, Motta LJ, Curiki LM, Mesquita-Ferari RA et. Al. Evaluation of electromyographic signals in children with bruxism before and after therapy with *Melissa Officinalis* L-a randomized controlled clinical trial. *Journal of Physical Therapy Science*. 2016 Mar;28(3):738-742.
20. Machado E, Machado P, Cunali PA, Dal FC. Bruxismo do sono: possibilidades terapêuticas baseadas em evidências. *Dental Press Journal of Orthodontics*. [Internet]. 2011; 16(2): 58-64.
21. Yüce M, Karabekiroğlu K, Say GN, Müjdecı M, Oran M. Buspirone Use in the Treatment of Atomoxetine-Induced Bruxism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 2013 Nov; 23(9): 634–635.
22. Ghanizadeh A. Treatment of bruxism with hydroxyzine. *European Review for Medical Pharmacological Sciences*, 2013;17(6):839-841.
23. Ortu E, Pietropaoli D, Marchetti E, Marchili N, Marzo G, Monaco A. Bruxism in children: Use of the Functional Plane of Monaco (FPM). *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2018; 19(4): 287-294.
24. Ortega AL. Nota de Esclarecimento: Bruxismo na Infância. Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED), 2017. Acessado (2019 novembro 2) Disponível em: <https://abodontopediatria.org.br/site/?p=995>.

Recibido: 07/11/2019

Aceptado: 22/04/2020

Correspondencia: Nayara Medeiros da Silva Guerra Sales correo: nayaramedeiros1998@gmail.com