ISSN 2674-7200

Revistas Eletrônica
ACERVO
Odontológico

Bruxismo infantil: etiologia, diagnóstico e manejo

Pediatric bruxism: etiology, diagnosis, and management

Bruxismo infantil: etiología, diagnóstico y manejo

Carla Ariane dos Santos Leite[1], Camila Pereira Mynssen[1], Clara Beatriz Silva Pontes[1], Lilian Eduardo Marinho[1], Lohani Felix de Lima da Cunha[1], Renan da Rocha Fernandes[1], Rubens dos Santos Lorenço[1], Kátia Rodrigues Reis[1].

RESUMO

Objetivo: Avaliar os fatores associados ao bruxismo infantil. **Revisão bibliográfica:** O bruxismo é definido como uma atividade involuntária dos músculos da mastigação, podendo ser classificado como bruxismo do sono (BS) e bruxismo em vigília (BV). Possui manifestações clínicas variadas, sendo o desgaste dentário, os ruídos emitidos durante o sono, a linha alba, a língua crenada, as desordens temporomandibulares e os distúrbios do sono as mais comumente encontradas. A etiologia é multifatorial, sendo associada a ansiedade, estresse e hábitos parafuncionais, podendo apresentar influência genética e ambiental. Para realizar o diagnóstico é preciso levar em consideração o relato dos pais sobre o ranger dos dentes das crianças, uma anamnese detalhada e um exame clínico criterioso. O tratamento envolve uma intervenção fundamentada na orientação dos pais sobre o controle dos fatores de risco. Medicações e placas oclusais são indicadas apenas para casos graves. Uma abordagem multidisciplinar e conservadora é essencial para o controle da condição, envolvendo intervenções médicas, odontológicas, psicológicas e, quando necessário, farmacológicas. **Considerações finais:** Apesar do curso autolimitado, o bruxismo infantil pode levar a repercussões clínicas desfavoráveis, com necessidade de acompanhamento multidisciplinar para diagnóstico e controle durante a infância.
Palavras-chave: Bruxismo, Criança, Transtornos do Sono do Ritmo Circadiano, Ansiedade, Transtornos da Articulação Temporomandibular.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the factors associated with childhood bruxism. **Literature review:** Bruxism is defined as an involuntary activity of the masticatory muscles and is classified as sleep bruxism (SB) and awake bruxism (AB). It presents with diverse clinical manifestations, most commonly including tooth wear, grinding sounds during sleep, linea alba, scalloped tongue, temporomandibular disorders, and sleep disturbances. Its etiology is multifactorial, involving factors such as anxiety, stress, and parafunctional habits, as well as genetic and environmental influences. Diagnosis is based on parental reports of teeth grinding, combined with a detailed anamnesis and careful clinical examination. Management primarily involves conservative strategies focused on parental guidance and control of risk factors. Pharmacological therapy and occlusal splints are reserved for severe cases. A multidisciplinary approach, including medical, dental, psychological, and, when necessary, pharmacological interventions, is essential for effective management. **Final considerations:** Although often self-limiting, pediatric bruxism may result in adverse clinical outcomes, highlighting the importance of early diagnosis and multidisciplinary management to prevent complications and promote better quality of life.

Keywords: Bruxism, Child, Circadian Rhythm Sleep Disorders, Anxiety, Temporomandibular Joint Disorders.

[1] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro - RJ.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 6/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los factores asociados al bruxismo infantil. **Revisión bibliográfica:** El bruxismo se define como una actividad involuntaria de los músculos masticatorios y se clasifica en bruxismo del sueño (BS) y bruxismo en vigilia (BV). Presenta diversas manifestaciones clínicas, siendo las más comunes el desgaste dental, los ruidos de rechinamiento durante el sueño, la línea alba, la lengua indentada, los trastornos temporomandibulares y las alteraciones del sueño. Su etiología es multifactorial, asociada a factores como ansiedad, estrés y hábitos parafuncionales, además de influencias genéticas y ambientales. El diagnóstico se basa en el reporte de los padres sobre el rechinamiento dental, junto con una anamnesis detallada y un examen clínico cuidadoso. El manejo se fundamenta principalmente en estrategias conservadoras, con orientación a los padres para el control de los factores de riesgo. El uso de medicación y férulas oclusales se reserva para casos graves. Un enfoque multidisciplinario, que incluya intervenciones médicas, odontológicas, psicológicas y, cuando sea necesario, farmacológicas, es esencial para un manejo eficaz. **Consideraciones finales:** Aunque suele ser autolimitado, el bruxismo infantil puede generar repercusiones clínicas desfavorables, lo que resalta la importancia del diagnóstico precoz y del manejo multidisciplinario para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Bruxismo, Niño, Trastornos del Ritmo Circadiano del Sueño, Ansiedad, Transtornos de la Articulación Temporomandibular.

INTRODUÇÃO

O bruxismo é um fenômeno não fisiológico de contração muscular repetitiva e involuntária da mastigação (LOBBEZOO F, et al., 2018, SACZUK K, et al., 2019), levando ao apertamento, ranger ou protrusão mandibular (CASTROFLORIO T, et al., 2015). Manifestações clínicas incluem dor orofacial, desordens da articulação temporomandibular (ATM), cefaleia e desgaste dentário (GUND MP, et al., 2022).

A prevalência em adultos é de até 16%, mas em pacientes pediátricos, a prevalência pode superar 40% (WANG C, et al., 2024). O diagnóstico é complexo e requer uma anamnese detalhada (LOBBEZOO F, et al., 2018), e exames clínicos e complementares (BULANDA S, et al., 2021).

Para além dos danos estruturais aos dentes, a condição apresenta elevada relevância clínica, pois repercute de forma sistêmica, afetando a qualidade do sono, predispondo a dores orofaciais e influenciando padrões de comportamento (como ansiedade e agitação), o que compromete a qualidade de vida da criança e gera uma constante preocupação familiar. Em crianças, a etiologia relaciona-se a fatores comportamentais e ambientais, como consumo excessivo de açúcar e uso de eletrônicos, que prejudicam o sono e favorecem a atividade muscular involuntária. Essa condição multifatorial exige uma avaliação ampla (RESTREPO C, et al., 2021), uma vez que o bruxismo está fortemente associado ao estresse, e a falta de tratamento precoce pode agravar as consequências na fase adulta (DIÉGUEZ-PEREZ M, et al., 2023).

Diante da diversidade de fatores etiológicos, métodos diagnósticos e protocolos terapêuticos, aliada à persistente heterogeneidade nos dados da literatura, justifica-se a realização desta revisão narrativa. O objetivo deste estudo foi avaliar o bruxismo infantil focando em sua etiologia, classificação, prevalência, diagnóstico e manejo, ressaltando a importância de uma abordagem multidisciplinar e conservadora para minimizar impactos na infância.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Definição e classificação

Em 2013, o conceito de bruxismo foi consolidado internacionalmente como uma condição oral caracterizada pela atividade muscular repetitiva da mandíbula, envolvendo o ranger dos dentes e/ou tensionamento ou protrusão da mandíbula, podendo afetar todas as idades (LOBBEZOO F, et al., 2013). O bruxismo apresenta diferentes classificações, as quais são fundamentais para distinguir as implicações clínicas e as abordagens terapêuticas para a condição (**Figura 1**). Classifica-se conforme o ciclo circadiano em: o bruxismo em vigília (BV), atividade muscular involuntária do sistema mastigatório quando o indivíduo

está acordado, caracterizado por um contato dentário repetitivo ou sustentado por contração ou impulso da mandíbula; e o bruxismo do sono (BS), atividade muscular mastigatória durante o sono, de maneira rítmica ou não-rítmica (VERHOEFF MC, et al., 2025). Além disso, a intensidade do quadro é graduada em níveis, que variam entre moderado, severo ou extremo, escala que caracteriza a gravidade da condição (LOBBEZZOO F, et al., 2008).

De acordo com a dinâmica muscular, pode ser fásico, tônico ou fásico/tônico. O fásico diz respeito a sequências de contrações rápidas, com mínimo de três episódios, com duração individual de 0,25 a 2,0 segundos. O tônico corresponde a uma contração muscular contínua e prolongada, excedendo 2,0 segundos. Por fim, o fásico/tônico é uma integração dos dois padrões anteriores (MURALI RV, et al., 2015).

Sob o ponto de vista mecânico, o bruxismo se manifesta por meio de dois movimentos principais. O primeiro é o cêntrico, um movimento de apertamento com contração isométrica maxilo-mandibular sem deslizamento dentário, e excêntrico, um movimento isotônico de rangimento, que envolve tanto o apertamento quanto o deslizamento dos dentes, podendo acontecer de forma consciente ou inconsciente (FALCÃO BGMM, et al., 2023).

Por fim, a origem etiológica, permite classificar o bruxismo como primário, quando ocorre de forma isolada, sem associação com causas médicas sistêmicas e/ou psiquiátricas, ou como secundário, quando o comportamento está associado a fatores externos ou condições pré-existentes, como doenças, uso de medicamentos ou consumo de substâncias ilícitas (MURALI RV, et al., 2015).

Figura 1 - Classificação do bruxismo.



Fonte: Leite CAS, et al., 2026. Com base em Lobbezoo F, et al. (2008), Verhoeff MC, et al. (2025), Murali RV, et al. (2015) e Falcão BGMM, et al. (2023).

Etiologia

A etiologia do bruxismo é multifatorial, destacando-se a ansiedade, além de influências genéticas e ambientais. Nos pacientes pediátricos, algumas características associadas à instabilidade emocional (neuroticismo), estresse, sensações de angústia constante, alterações na fisiologia do sono (como a redução do número de horas dormidas), exposição a estímulos sonoros e luminosos constantes e hábitos parafuncionais, também apresentam forte relação com a etiopatogenia do bruxismo (**Figura 2**).

Adicionalmente, o desenvolvimento do bruxismo apresenta uma forte relação com o comportamento sedentário associado ao aumento do consumo de açúcar na dieta infantil, haja vista que esses prejudicam a qualidade de sono e a homeostase de cortisol, além de estarem associados a sintomas de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Também foi relatado que o sedentarismo foi mais prevalente em crianças de escolas públicas do que em instituições privadas, associado ao maior uso de açúcar adicionado em refeições neste grupo (RESTREPO C, et al., 2021). Um estudo de caso-controle realizado no Hospital de Shahid Beheshti, em 2020, teve como objetivo delinear fatores de risco do bruxismo em crianças e adolescentes, utilizando como critério de inclusão jovens menores de 15 anos e com diagnóstico definitivo para bruxismo.

Os resultados revelaram uma associação significativa entre bruxismo e sucção de dedos e objetos, e histórico familiar positivo de bruxismo (sugerindo uma relação hereditária). Embora ainda não haja comprovação científica robusta, foi presumida a existência de uma relação entre a manutenção de hábitos parafuncionais e o desenvolvimento do hábito de ranger e apertar os dentes, e de disfunções temporomandibulares em pacientes pediátricos (TALEBIAN A, et al., 2023).

A reclusão domiciliar, associada à limitação de convívio social e o fechamento de escolas durante a pandemia da COVID-19, em 2020, também contribuiu para o desenvolvimento de sofrimento, ansiedade e depressão, aumento no consumo de alimentos industrializados e redução no hábito de escovação, os quais afetaram a todos os indivíduos, o que se estende também ao público infantojuvenil, gerando uma grande preocupação de saúde pública.

Um estudo confirmou a relação entre as restrições sociais impostas pela pandemia com a exacerbação de sintomas relacionados ao bruxismo do sono, sendo acentuado em crianças mais novas (≤ 9 anos) quando comparadas ao grupo de crianças mais velhas (≥ 10 anos), evidenciando o impacto das medidas de redução de convívio social durante a COVID-19 na saúde bucal de crianças e adolescentes, e revelando a necessidade de intervenção nos sintomas relacionados à ansiedade neste grupo (NAZZAL H, et al., 2023).

De acordo com Oliveira MT, et al. (2015), a ansiedade infantil foi associada ao ambiente em que elas convivem, sugerindo que crianças com bruxismo apresentam um comportamento agitado, em que preocupações e pressões excessivas com afazeres domésticos e escolares, levam a maior probabilidade de desenvolvimento do hábito de apertamento e, consequentemente, do desgaste dentário. Ademais, o risco da subnotificação dos sintomas vem se tornando cada vez mais comum, pois os transtornos de ansiedade em pacientes pediátricos apresentam sintomatologia variada de acordo com a fase de desenvolvimento infantil, o que dificulta sua identificação. Assim, é necessário utilizar como critério para diferenciar pacientes com ou sem atividade parafuncional dos músculos mastigatórios a intensidade, bem como o tempo de ocorrência.

Outros estudos centrados na avaliação do bruxismo do sono em crianças e adolescentes demonstraram que crianças entre 4 e 10 anos de idade que apresentam comportamento hiperativo durante o dia e agitação noturna possuem maior risco de desenvolver BS. Além disso, doenças respiratórias, como asma, alergias do trato respiratório e hipertrofia adenoamigdaliana têm sido associadas como possíveis fatores relacionados ao hábito noturno de ranger e apertar os dentes. Assim, a apneia obstrutiva do sono também tem sido frequentemente relacionada ao bruxismo noturno, uma vez que os microdespertares durante a noite decorrentes da obstrução das vias aéreas podem ativar episódios de atividade muscular mastigatória. Ademais, outros comportamentos durante o sono são frequentemente relatados como possíveis fatores associados ao bruxismo em crianças, como salivação excessiva, pesadelos e roncos, podendo necessitar, em alguns casos, de intervenções com aparelhos orais de avanço mandibular (HUYNH N e FABBRO CD, 2024).

Quadro 1 - Fatores etiológicos associados ao bruxismo infantil.

Fator etiológico	**Descrição**
Estresse e ansiedade	São os principais fatores etiológicos associados ao desenvolvimento do bruxismo infantil. Excesso de cobranças em relação a atividades escolares ou domésticas pode gerar ansiedade e favorecer o bruxismo.
Histórico familiar	Sugere influência genética no desenvolvimento do bruxismo.
Fatores comportamentais e ambientais	O consumo excessivo de açúcar e o uso excessivo de aparelhos eletrônicos impactam o sono e favorecem o bruxismo. Estímulos ambientais excessivos, como a exposição constante a luz e som podem interferir no sono e favorecer o bruxismo.
Instabilidade emocional	Neuroticismo e angústia constante estão associados ao bruxismo.
Alterações do sono	Redução do tempo de sono e distúrbios associados à fisiologia do sono.

Fator etiológico	Descrição
Pandemia da COVID-19	O isolamento social aumentou ansiedade, depressão e sintomas de bruxismo em crianças.
Sucção de dedos e objetos	A manutenção de hábitos parafuncionais está significativamente associada ao hábito de ranger e apertar os dentes.
Doenças respiratórias	Asma, alergias, hipertrofia adenoamigdaliana e apneia obstrutiva do sono podem estar mecanicamente relacionadas ao bruxismo do sono. Microdespertares causados pela obstrução das vias aéreas ativam episódios de atividade muscular mastigatória durante o sono.
Hiperatividade e agitação	Crianças com comportamento hiperativo durante o dia e agitação motora noturna apresentam risco elevado de desenvolver bruxismo do sono.
Sedentarismo	A falta de atividade física prejudica a homeostase do cortisol e a arquitetura do sono, elevando a probabilidade de bruxismo.

Fonte: Leite CAS, et al., 2026. Com base em Restrepo C, et al. (2021), Talebian A, et al. (2023), Nazzal H, et al. (2023), Huynh N e Fabbro CD (2024) e Oliveira MT, et al. (2015).

Epidemiologia

Os estudos avaliados indicam que a prevalência do bruxismo em crianças apresenta grande variabilidade epidemiológica, com porcentagens que podem variar entre aproximadamente 3,5% a 49,6% da população infantil, sendo o bruxismo do sono o tipo mais frequentemente observado (BODRUMLU EH, et al., 2022). Essa variação nos dados está relacionada, principalmente, às diferenças nos métodos de estudo, que incluem desde os relatos de responsáveis até avaliações clínicas específicas (BULANDA S, et al., 2021; FERRARI-PILONI C, et al., 2022).

A prevalência de bruxismo do sono varia entre 9,1% a 67,3% em crianças (LEAL TR, et al., 2021) e de 5% e 52,3% em adolescentes, enquanto no bruxismo em vigília a taxa de prevalência gira em torno de 18,1% em crianças e 18,9% em adolescentes (HOLANDA GAD, et al., 2025). Drumond CL, et al. (2019) reportaram que a prevalência de bruxismo do sono em crianças e jovens é maior do que em adultos, oscilando entre 3% e 40%, e diminuindo com a idade, principalmente entre 7 e 10 anos. Além disso, não se observaram diferenças significantes entre os sexos, indicando que a condição acomete meninos e meninas de forma semelhante (LEE YH, 2022).

Em grupos específicos, como crianças e adolescentes diagnosticados com paralisia cerebral, observa-se que a frequência do bruxismo tende a ser superior àquela encontrada na população geral. (KANHOUCHE N, et al., 2025). Estudos baseados em informações obtidas por meio de anamnese sugerem que a ocorrência do bruxismo do sono pode ser maior do que a reportada pelos estudos. Assim, o uso de relatos subjetivos pode comprometer a precisão dos dados epidemiológicos, evidenciando a importância de métodos diagnósticos mais objetivos para uma avaliação mais fidedigna da condição (EMODI-PERLMAN A, et al., 2023).

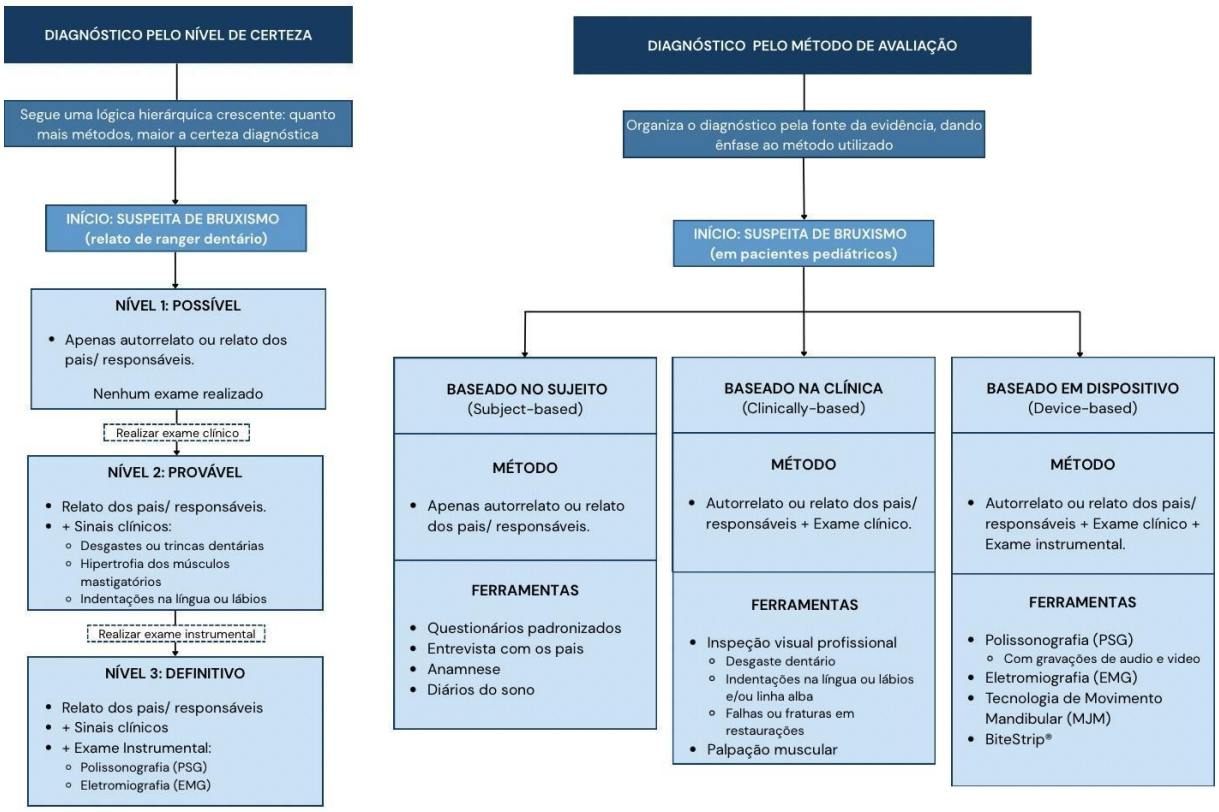
Diagnóstico

O Consenso Internacional de Lobbezoo F, et al. (2018) é, atualmente, a referência principal para o diagnóstico do bruxismo. Este preconiza o diagnóstico em três níveis de certeza (possível, provável e definitivo), baseando-se em avaliações não instrumentais (autorrelato e exames clínicos) e instrumentais (polissonografia e eletromiografia). Entretanto, o processo de diagnóstico do bruxismo em crianças é mais complexo, visto que o relato para a avaliação não instrumental depende da percepção e sinalização dos familiares ou cuidadores das crianças, além da dificuldade de cooperação destas na realização dos exames instrumentais (STORARI M, et al., 2023; HUYNH N e FABBRO CD, 2024). Embora a polissonografia (PSG) seja a ferramenta de avaliação instrumental considerada o padrão-ouro para o diagnóstico do bruxismo do sono, ela não é o exame mais indicado para confirmação diagnóstica em crianças, e não é comumente empregada na rotina clínica da pediatria, pois trata-se de um exame de alto custo e apresenta limitações práticas (SENFF J, et al., 2023). Além disso, ainda não existe uma padronização dos procedimentos para a

realização desse exame em crianças, e os resultados podem ser afetados em virtude da necessidade de as crianças dormirem em um ambiente laboratorial para a sua realização (MINERVINI G, et al., 2024). Outros autores sugerem como alternativa a realização da PSG em domicílio, pois esse método reduz o estresse e reflete uma noite de sono mais próxima da realidade da criança o que diminui o estresse e apresenta taxas de sucesso técnico de aproximadamente 90% em gravações aceitáveis, indicando uma ferramenta estratégica para a confirmação do diagnóstico do bruxismo em crianças. (TAN HL e KADITIS AG, 2023).

Dadas as dificuldades da confirmação do diagnóstico no bruxismo infantil, Al-Jewair T, et al. (2026) sugeriram uma atualização da terminologia. O estudo propõe que o diagnóstico não seja mais hierarquizado pelo "nível de certeza" (possível, provável e definitivo), mas sim pelo "método de avaliação" que foi empregado, e que esse seja baseado no sujeito, na clínica e em dispositivos de ferramentas diagnósticas. O primeiro nível, antes classificado como bruxismo possível, passa a ser classificado como "baseado no sujeito" e considera em sua avaliação apenas os sintomas relatados pelos responsáveis. O segundo nível, bruxismo provável, passa a ser classificado como "baseado na clínica" e baseia-se na combinação dos relatos parentais e achados clínicos. O terceiro nível, anteriormente denominado bruxismo definitivo, passa a ser intitulado "baseado em dispositivo" e utiliza ferramentas de avaliação instrumental para o diagnóstico. Essa mudança desconstrói a premissa de que o bruxismo precisaria obrigatoriamente da avaliação instrumental para ser validado, legitimando também as avaliações não instrumentais (**Figura 3**).

Figura 2 - Diagnóstico pelo nível de certeza e diagnóstico pelo método de avaliação.



Fonte: Leite CAS, et al., 2026. Com base em Lobbezoo F, et al. (2018) e Al-Jewairai T, et al. (2026).

Como alternativa à polissonografia dentro do nível "baseado em dispositivo", o estudo de AL-Jewair T, et al. (2026) citou tecnologias avançadas que utilizaram o movimento mandibular (MJM) como indicador para avaliação instrumental do bruxismo em crianças. Outros autores sugeriram a utilização de dispositivos de eletromiografia (EMG) de canal único realizados em casa (BiteStrip®), que registra atividade noturna excessiva de mordida máxima do indivíduo (AMARAL CSF, et al., 2024; HUYNH N e FABBRO CD, 2024). Porém, assim como ocorre com os métodos diagnósticos tradicionais, as evidências ainda são fragmentadas

e limitadas, sendo necessários mais estudos para validar o uso das abordagens instrumentais em crianças (AL-JEWAIR T, et al., 2026; HUYNH N e FABBRO CD, 2024). Em suma, a abordagem não instrumental segue sendo a estratégia diagnóstica mais acessível e amplamente utilizada na prática clínica pediátrica (SENFF J, et al., 2023). Embora o relato dos responsáveis sobre o ranger dos dentes seja a ferramenta de diagnóstico mais viável para a triagem em crianças, a literatura destaca que esse método, se utilizado isoladamente, possui baixa confiabilidade diagnóstica.

Isso se dá, devido à pobre concordância entre a percepção subjetiva dos pais e as medidas instrumentais que confirmam os níveis de bruxismo. Assim, esse método deve ser obrigatoriamente complementado por uma anamnese detalhada e um exame clínico criterioso em busca de sinais e sintomas (STORARI M, et al., 2023; HUYNH N e FABBRO CD, 2024).

Manifestações clínicas

O bruxismo apresenta diversos sinais e sintomas (**Figura 4**). O principal sinal clínico é o desgaste encontrado nas superfícies incisais e/ou oclusais dos dentes; todavia, tal característica não é patognomônica do bruxismo. Dessa maneira, para fechar o diagnóstico, o cirurgião-dentista deve analisar a presença de outros padrões, tais como: alargamento do ligamento periodontal, linha alba, fraturas dentárias, lesões traumáticas e impressão dentária na língua (STORARI M, et al., 2023).

Uma sintomatologia comum do bruxismo são os ruídos emitidos pela criança durante o período em que ela está dormindo, caracterizando um possível quadro de bruxismo do sono. Tal cenário tem maiores chances de ocorrer durante a dentição mista, uma vez que nessa fase ocorre a troca dos dentes decíduos por dentes permanentes, promovendo uma instabilidade na mandíbula (SERRA-NEGRA JM, et al., 2012). Da mesma forma, a fase de erupção dos primeiros molares e caninos está associada com um maior relato de bruxismo em vigília por parte dos pais, levantando a hipótese de que essa condição talvez seja uma adaptação comportamental (MOREIRA-SANTOS LF, et al., 2025).

Além disso, foi alegado que existe uma íntima relação entre o bruxismo e os distúrbios da articulação temporomandibular. Esse viés ocorre pela presença das seguintes características em ambas condições: limitação da abertura da boca, dor e sons articulares. Crianças com bruxismo apresentam em torno de três vezes mais chances de desenvolver esses sintomas quando comparadas ao grupo controle (STORARI M, et al., 2023).

Por último, crianças que apresentam bruxismo do sono sofrem mais frequentemente com dores de cabeça do que as que não possuem; por conseguinte, o bruxismo também aumenta as chances de desenvolver distúrbios do sono neste grupo. No entanto, a relação de causa e efeito dessa associação ainda continua sendo debatida entre os pesquisadores (STORARI M, et al., 2023).

Caso não ocorra o controle do bruxismo, poderá haver hipertrofia dos músculos mastigatórios, recessão gengival, desgaste dentário, sensibilidade dentária e cárie (MURALI RV, et al., 2015). Também vale a pena ressaltar que crianças com bruxismo do sono podem apresentar mais pesadelos e roncos do que as que não apresentam, e, consequentemente, apresentarem mais chances de estarem cansadas no dia seguinte (ALENCAR NA, et al., 2017).

Quadro 2 – Manifestações clínicas do bruxismo infantil.

Sinal ou sintoma	Característica
Desgaste das superfícies incisais e/ou oclusais dos dentes.	Principal sinal clínico, não patognomônico.
Alargamento do ligamento periodontal, linha alba, fraturas dentárias, lesões traumáticas e impressão dentária na língua.	Achados complementares ao desgaste dentário.
Ruídos durante o sono da criança e piora da qualidade do sono; por conseguinte, a criança fica cansada durante o dia.	Associado ao bruxismo do sono.
Bruxismo ocorrendo durante a dentição mista, devido a troca de dentes e instabilidade mandibular.	Associado ao bruxismo do sono.

Sinal ou sintoma	Característica
Bruxismo ocorrendo durante a erupção de primeiros molares e caninos; possível adaptação comportamental.	Associado ao bruxismo em vigília.
Limitação de abertura bucal, dor muscular/articular e sons articulares.	Associado a distúrbio temporomandibular.
Distúrbios temporomandibulares, cefaleia e distúrbios do sono.	Crianças com bruxismo têm cerca de três vezes mais chances de desenvolver distúrbios temporomandibulares, e maior frequência de cefaleia e distúrbios do sono.
Hipertrofia muscular, recessão gengival, desgaste dentário, sensibilidade dentária e cárie.	Consequências da falta de controle.

Fonte: Leite CAS, et al., 2026. Com base em Storari M, et al. (2023), Serra-Negra JM, et al. (2012), Moreira-Santos LF, et al. (2025), Murali RV, et al. (2015) e Alencar NA, et al. (2017).

Abordagens terapêuticas

Recentemente, o manejo terapêutico do bruxismo na infância passou por mudanças significativas, deixando de apresentar uma visão puramente mecânica focada na proteção dos elementos dentários para uma abordagem que prioriza a identificação e o tratamento da causa, voltada a um modelo psicossocial (LOBBEZOO F, et al., 2018; STORARI M, et al., 2023). Essa mudança entende o bruxismo como um comportamento muscular multifatorial que exige uma abordagem individualizada e centrada na criança, não havendo, portanto, um tratamento específico (LOBBEZOO, et al., 2018; SENFF J, et al., 2023). É necessário considerar que o bruxismo apresenta tendência a aumentar durante o desenvolvimento, mas costuma declinar durante a adolescência sendo, na maioria dos casos pediátricos, autolimitado e tende a regredir espontaneamente com o crescimento e a manutenção do sistema nervoso (AMARAL CSF, et al., 2024; LEUNG AKC, et al., 2024).

Intervenções conservadoras e educacionais, fundamentadas na orientação dos pais e na higiene do sono, são recomendadas como as medidas iniciais mais eficazes e, por isso, foram mencionadas como a primeira linha de tratamento para atuar no gerenciamento dos fatores de risco (SENFF J, et al., 2023). A segunda linha envolve o uso de medicações e de placas oclusais, mas seu uso é considerado controverso na pediatria, sendo reservado para casos mais graves. A farmacoterapia é raramente utilizada devido à falta de dados sobre segurança a longo prazo e potenciais efeitos adversos, como sonolência excessiva e dependência (LEUNG AKC, et al., 2024; SENFF J, et al., 2023).

Já as placas oclusais devem ser reservadas para casos de danos dentários severos ou dor articular e seguir um monitoramento rigoroso, visto que podem interferir no crescimento maxilofacial e no padrão de erupção dentária (SENFF J, et al., 2023; STORARI M, et al., 2023).

Na farmacologia, a utilização de hidroxizina vem sendo descrita por sua capacidade de reduzir a frequência dos microdespertares associados aos episódios de bruxismo (MINERVINI G, et al., 2024). Também tem sido descrita a administração de fitoterápicos com *Melissa officinalis* para controle da ansiedade, apresentando resultados significativos na redução do bruxismo (SENFF J, et al., 2023; MINERVINI G, et al., 2024). O uso de fotobiomodulação com laser de baixa potência aplicado em pontos de acupuntura ou músculos mastigatórios, também demonstrou eficácia no relaxamento muscular e na redução de cefaleias (AMARAL CSF, et al., 2024; MINERVINI G, et al., 2024). No que tange às intervenções odontológicas, além do uso de placa oclusal, a expansão rápida da maxila (ERM) e os aparelhos de avanço mandibular (MAA) também têm sido indicados, especialmente quando o bruxismo é identificado como uma resposta secundária a distúrbios respiratórios (HUYNH N e FABBRO CD, 2024; VIDAL ID, et al., 2023).

É importante que o clínico saiba distinguir entre o tratamento dos sintomas e o tratamento da causa. O tratamento dos sintomas visa proteger as superfícies dentárias contra o desgaste patológico e a dor, enquanto que o tratamento da causa busca eliminar gatilhos etiológicos, como controle do estresse e ansiedade ou a

resolução de obstrução de vias aéreas (LEUNG AKC, et al., 2024, STORARI M, et al., 2023).

Devido à complexidade do bruxismo em crianças, é necessária uma abordagem multidisciplinar para o sucesso terapêutico (AL-JEWAIR T, et al., 2026; STORARI M, et al., 2023). Além disso, o papel dos pais e responsáveis é crucial para o sucesso de qualquer modalidade terapêutica, pois a sua cooperação é fundamental na implementação das medidas de higiene do sono e na observação contínua dos sinais e sintomas da criança (AMARAL CSF, et al., 2024) (**Figura 5**).

Entretanto, as evidências científicas sobre a eficácia de algumas terapias em crianças, em especial acerca de abordagens farmacológicas e instrumentais, ainda são fragmentadas e limitadas (AL-JEWAIR T, et al., 2026). Portanto, é necessário que sejam realizados estudos controlados que utilizem métodos diagnósticos padronizados e precisos para validar as estratégias de tratamento para o bruxismo infantil (SENFF J, et al., 2023).

Quadro 3 - Abordagens terapêuticas no manejo do bruxismo infantil.

Abordagem terapêutica	Descrição
Tratamento conservador	Prioriza medidas não invasivas e individualizadas, sendo a primeira linha de manejo.
Educação dos pais/responsáveis	Orientações sobre hábitos e acompanhamento da criança são fundamentais para o sucesso terapêutico.
Higiene do sono	Medidas voltadas à melhoria da qualidade do sono, atuando diretamente nos fatores de risco.
Controle de fatores etiológicos	Foco na redução de estresse, ansiedade e outros gatilhos associados ao bruxismo.
Terapia psicológica	Indicada para manejo do estresse e da ansiedade, fatores centrais da etiologia.
Placas oclusais	Utilizadas em casos graves para proteção dentária, com cautela devido ao impacto no crescimento maxilo-facial.
Farmacoterapia	Uso limitado e controverso; pode incluir hidroxizina e outros fármacos, com cautela devido a efeitos adversos.
Fitoterapia	Utilizada para controle da ansiedade, com resultados na redução do bruxismo.
Fotobiomodulação	Aplicada para relaxamento muscular e redução de cefaleias.
Intervenções odontológicas específicas	Incluem expansão rápida da maxila e aparelhos de avanço mandibular em casos associados a distúrbios respiratórios.
Fisioterapia	Técnicas como acupuntura, eletroterapia e outras para relaxamento muscular.

Fonte: Leite CAS, et al., 2026. Com base em Lobbezoo F, et al. (2018), Storari M, et al. (2023), Senff J, et al. (2023), Amaral CSF, et al. (2024), Leung AKC, et al. (2024), Minervini G, et al. (2024), Huynh N e Fabbro CD (2024), Vidal ID, et al. (2023) e Al-Jewair T, et al. (2026).

Manejo multidisciplinar

Diante desse cenário, entende-se que a abordagem multidisciplinar deve ser preconizada para o tratamento do bruxismo infantil (STORARI M, et al., 2023; AL-JEWAIR T, et al., 2026). Sendo assim, cada paciente necessita de avaliação individual para identificar os fatores relacionados à condição, e determinar o tratamento adequado, visto que o bruxismo possui etiologia multifatorial (MIRANDA MC, et al., 2025). Nesse sentido, além da atuação do cirurgião-dentista, o profissional médico pode atuar no exame, identificação do histórico e de queixas apresentadas pelo paciente, de condições que podem ser caracterizadas como etiologias e fatores de risco para o bruxismo. Outras intervenções podem ser realizadas, como a terapia psicológica, aplicada a redução do estresse, a fisioterapia, através de práticas como a acupuntura, o

agulhamento a seco, a radiação infravermelha, a eletroterapia ou o laser visando o relaxamento muscular, e além disso, inclui-se a terapia farmacológica, que envolve o uso de benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, betabloqueadores, serotoninérgicos e dopaminérgicos, antidepressivos, relaxantes musculares e toxina botulínica (BULANDA S, et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que o bruxismo infantil está associado principalmente a fatores como ansiedade, estresse e hábitos parafuncionais, além de possíveis influências genéticas e ambientais. Embora, em muitos casos, o bruxismo infantil apresente caráter autolimitado, suas possíveis repercussões, como desgaste dentário, desordens temporomandibulares e distúrbios do sono, reforçam a necessidade de identificação precoce e manejo adequado. Dessa forma, a abordagem multidisciplinar conservadora é essencial para o controle da condição, envolvendo intervenções médicas, odontológicas, psicológicas e, quando necessário, farmacológicas.

REFERÊNCIAS

1. ALENCAR NA, et al. Lifestyle and oral facial disorders associated with sleep bruxism in children. Cranio, 2017; 35(3):168-74.
2. AL-JEWAIR T, et al. Advances in the understanding of pediatric sleep bruxism: a narrative review of recent literature. Journal of Dentistry, 2026; 168: 106583.
3. AMARAL CSF, et al. Bruxism in childhood: a scoping review. Journal of the California Dental Association, 2024; 52(1).
4. BODRUMLU EH, et al. Investigating the effect of bruxism on maxillary arch length and width in children using three-dimensional digital model analysis. Progress in Orthodontics, 2022; 23(1): 2.
5. BULANDA S, et al. Sleep Bruxism in Children: Etiology, Diagnosis, and Treatment-A Literature Review. International journal of environmental research and public health, 2021; 18(18): 9544.
6. CASTROFLORIO T, et al. Risk factors related to sleep bruxism in children: A systematic literature review. Arch Oral Biol, 2015; 60(11): 1618-1624.
7. DIÉGUEZ-PEREZ M, et al. Prevalence of Possible Sleep Bruxism and Its Association with Social and Orofacial Factors in Preschool Population. Healthcare (Basel), 2023; 11(10): 1450.
8. DRUMOND CL, et al. Prevalence of probable sleep bruxism and associated factors in Brazilian schoolchildren. Int J Paediatr Dent, 2019; 29: 221-227.
9. EMODI-PERLMAN A, et al. Sleep bruxism in children: what can be learned from anamnestic information. Journal of Clinical Medicine, 2023; 12(7): 2564.
10. FERRARI-PILONI C, et al. Prevalence of bruxism in Brazilian children: a systematic review and meta-analysis. Pediatric Dentistry, 2022; 44(1): 8-20.
11. GUND MP, et al. Apical periodontitis after intense bruxism. BMC Oral Health, 2022; 22(1): 91.
12. HOLANDA GAD, et al. Association between sleep and awake bruxism with sleep quality and duration in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine, 2025; 134: 106681.
13. HUYNH N e FABBRO CD. Sleep bruxism in children and adolescents: a scoping review. Journal of Oral Rehabilitation, 2024; 51(1): 103-109.
14. KANHOUCHE N, et al. Prevalence of bruxism in children and adolescents with cerebral palsy: systematic review and meta-analysis. Current Pediatric Reviews, 2025; 21(2): 166-173.
15. LEAL TR, et al. Influence of the practice of sports, sleep disorders, and habits on probable sleep bruxism in children with mixed dentition. Oral Dis, 2023; 29: 211–219.
16. LEE YH. Relationship analogy between sleep bruxism and temporomandibular disorders in children: a narrative review. Children (Basel), 2022; 9(10): 1466.
17. LEUNG AKC, et al. Sleep bruxism in children: a narrative review. Current Pediatric Reviews, 2024; 21(1): 40-50.

18. LOBBEZOO F, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. Journal of oral rehabilitation, 2013; 40(1): 2–4.
19. LOBBEZOO F, et al. International consensus on the assessment of bruxism: Report of a work in progress. Journal of oral rehabilitation, 2018; 45(11): 837-844.
20. MINERVINI G, et al. Sleep bruxism in children: main methods of treatment: a systematic review with meta-analysis. Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 2024; 48(5): 41-50.
21. MIRANDA MC, et al. Bruxism Decoded: A Case Report Revealing the Invisible Signs. Cureus, 2025; 17(7): e88014.
22. MOREIRA-SANTOS LF, et al. Association between tooth eruption and parent-reported awake bruxism in early childhood. Journal of Oral Rehabilitation, 2025; 52(11): 1877-1883.
23. MURALI RV, et al. Bruxism: Conceptual discussion and review. J Pharm Bioallied Sci, 2015; (Suppl 1):S265-70.
24. NAZZAL H, et al. Prevalence of anxiety, sleep bruxism and temporomandibular disorders during COVID-19 in Qatari children and adolescents: a cross-sectional study. European Archives of Paediatric Dentistry, 2023; 24(6): 787-795.
25. OLIVEIRA MT, et al. Sleep bruxism and anxiety level in children. Braz Oral Res, 2015; 29:S1806-83242015000100221.
26. RESTREPO C, et al. Sleep bruxism in children: relationship with screen-time and sugar consumption. Sleep Medicine X, 2021; 3: 100035.
27. SACZUK K, et al. Relationship between Sleep Bruxism, Perceived Stress, and Coping Strategies. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2019; 16(17): 3193.
28. SENFF J, et al. Childhood and adolescents sleep bruxism treatment: a systematic review. Sleep Science, 2023; 16(3): e344-e353.
29. SERRA-NEGRA JM, et al. Signs, symptoms, parafunctions and associated factors of parent-reported sleep bruxism in children: a case-control study. Brazilian Dental Journal, 2012; 23(6), 746-752.
30. STORARI M, et al. Bruxism in children: What do we know? Narrative Review of the current evidence. European journal of paediatric dentistry, 2023; 24(3): 207–210.
31. TALEBIAN A, et al. Risk factors of bruxism in children and adolescents: a case-control study. Iranian Journal of Child Neurology, 2023; 17(3): 81-87.
32. TAN HL e KADITIS AG. PRO: Home Sleep Studies in Children - Are We There Yet?. *Sleep*, zsad040. Advance online publication, 2023.
33. VERHOEFF MC, et al. Updating the Bruxism Definitions: Report of an International Consensus Meeting. Journal of oral rehabilitation, 2025; 52(9): 1335–1342.
34. VIDAL ID, et al. O efeito da expansão palatina na diminuição dos sintomas relacionados ao bruxismo do sono em crianças: relato de caso clínico. RSBO, 2023; 20(2):470-6.
35. WANG C, et al. Classification of bruxism based on time-frequency and nonlinear features of single channel EEG. BMC Oral Health, 2024; 24(1): 81.