

EROSÃO DENTÁRIA EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

MATTÉ, Mariana¹

PERONDI, Tailine²

COMUNELLO, Soraia Maria Hack³

CECCONELLO, Rodrigo⁴

AMARAL, Roberto César do⁵

COSTA, Mariana M. T. de Moraes⁶

DALLANORA, Léa Maria Franceschi⁷

DALLANORA, Fábio José⁸

Resumo

Erosão dental é a perda de tecido dental duro provocada pela desmineralização, acompanhada por um amolecimento progressivo da superfície, tendo influência química de ácidos extrínsecos e intrínsecos. No presente trabalho tem-se por objetivo apresentar um relato de caso de paciente com lesões causadas por uso excessivo de refrigerante à base de cola e do ácido acético em sua dieta diária. Paciente do sexo masculino, 16 anos de idade, procurou a Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) apresentando como queixa principal o bruxismo durante a noite e o desgaste nos elementos dentais. Foram realizados a anamnese e o exame clínico, em que se verificaram desgastes das faces incisais e oclusais de todos os dentes, além de aspectos de erosão ácida avançada, sendo que já havia comprometimento da dentina em um número elevado de dentes. De acordo com as respostas obtidas nos questionamentos, foi identificado o consumo excessivo de refrigerante à base de cola (Coca-Cola[®]), sendo consumido em média um litro diário, e de vinagre (ácido acético), o qual era adicionado, aproximadamente, em quantidade de 10 mL no prato pronto em cada refeição. A partir do diagnóstico foi realizada a orientação da dieta com redução do consumo de bebidas ácidas, e, caso o consumo fosse realizado, o paciente deveria fazer a neutralização do pH ácido por meio de bochechos com água. No segundo atendimento foi efetuada a aplicação de verniz de flúor (Duraphat[®]), em razão do alto risco de cárie apresentado pelo paciente e da confecção de placa miorelaxante para amenizar a condição de bruxismo. No término do plano de tratamento observou-se que a abordagem quanto à erosão dentária foi eficaz. Conclui-se que é de suma importância diagnosticar as lesões de erosão dental em seu estágio inicial, por intermédio de uma anamnese detalhada e de um cauteloso exame clínico, a fim de identificar o fator etiológico, impedindo sua progressão em decorrência da natureza destrutiva dessas lesões.

Palavras-chave: Erosão dentária. Dieta. Desmineralização do dente.

¹ Graduanda em Odontologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; marimatte_@hotmail.com

² Graduanda em Odontologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; tailineperondi@hotmail.com

³ Professora no Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; soraia.comunello@unoesc.edu.br

⁴ Professor no Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; rodrigo.cecconello@unoesc.edu.br

⁵ Professor no Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; roberto.amaral@unoesc.edu.br

⁶ Professora no Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; mariana.costa@unoesc.edu.br

⁷ Professora no Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; lea.dallanora@unoesc.edu.br

⁸ Professor no Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina; fabio.dallanora@unoesc.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a erosão dentária tem exigido maior atenção dos cientistas e profissionais de saúde bucal (MANGUEIRA et al., 2009). Com as mudanças de estilo de vida, acúmulo de tarefas e falta de tempo, a população em geral vem consumindo mais produtos industrializados, que apresentam componentes ácidos (MAGALHÃES et al., 2008), resultando em um aumento da incidência e prevalência de desgastes nas arcadas dentárias (MESSIAS et al., 2011).

Erosão dental é a terminologia que denomina a perda de tecido dental duro provocada pela desmineralização, acompanhada por um amolecimento progressivo da superfície, tendo influência química de ácidos extrínsecos (dieta, meio ambiente e medicamentos) e intrínsecos (xerostomia e doenças que provocam regurgitação), sem haver envolvimento bacteriano (MOYNIHAN, 2005).

O diagnóstico dessa patologia dental é feito a partir de achados clínicos das lesões e informações nutricionais do paciente obtidas na anamnese (GANSS, 2008).

Geralmente, há presença de sensibilidade dolorosa provocada pelo frio e calor, o esmalte apresenta-se liso, envidraçado e sem brilho. Nas superfícies oclusais podem ser vistas características específicas, como pontos socavados quando em estágio inicial (MURAKAMI et al., 2006), e assume uma forma que lembra uma xícara conforme vai progredindo. Quando acomete dentes restaurados, as restaurações tornam-se proeminentes, projetando-se acima da superfície dental (FRANZNER, 2011), em casos mais graves, exposição da dentina e/ou tecido pulpar (MESSIAS, 2011).

As abordagens feitas a esses pacientes visam controlar a progressão das lesões; para isso é necessário identificar o agente etiológico (AMAECHEI et al., 2005 apud MESSIAS et al., 2011). Segundo Messias et al. (2011), por meio de alguns métodos é possível conseguir o controle da doença: promover o tratamento de condições sistêmicas, diminuir a frequência e a severidade da erosão, remineralização, aumento da resistência dental, neutralização dos ácidos presentes nos fluidos bucais, potencializar os mecanismos de defesa da saliva, proteção mecânica do elemento dental e reduzir a influência de fenômenos associados ao desgaste. É de grande importância a colaboração do paciente para o sucesso do tratamento (BRANCO et al., 2008).

Neste artigo tem-se por objetivo descrever um caso clínico de erosão dental em paciente jovem decorrente do uso excessivo de refrigerante à base de cola e vinagre, diariamente, relatando as formas de abordagem e o tratamento instituído.

2 RELATO DE CASO

2.1 VISITA DOMICILIAR

Paciente W. B., residente no Bairro Santo Antônio situado na Cidade de Herval d' Oeste, SC, mais especificamente na Rua São Luiz, onde mora com os pais e dois irmãos em uma casa de alvenaria de dois pisos.

As visitas domiciliares aconteceram em duas datas, sendo a primeira no dia 18 de outubro de 2017, quando o paciente foi abordado sobre o nível de conhecimento e os assuntos relacionados à saúde bucal, e a segunda no dia 30 de outubro de 2017, tendo enfoque no questionário em relação à comunidade onde o paciente vive e à sua participação nela.

Por meio dessa interação do profissional com o paciente/família, são passadas orientações de higiene bucal, de desinfecção e armazenagem da escova dental e motivação do paciente/família quanto à busca de informações e serviços odontológicos.

2.2 RELATO DO CASO

Paciente W. B., sexo masculino, 16 anos de idade, procurou a Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina apresentando como queixa principal o rangimento dos dentes durante a noite e o desgaste presente nos elementos dentais.

Inicialmente foi realizado o preenchimento completo da anamnese, sendo que o paciente não apresentou nenhum aspecto relevante em relação à história médica.

No exame clínico e radiográfico, observou-se presença de lesão cariosa nos elementos 36 e 47 (Fotografias 7 e 8), desgastes das faces incisais e oclusais de todos os dentes, além de aspectos de erosão ácida (superfícies lisas, foscas e transparentes, presença de depressões e concavidades nas superfícies, perda da morfologia e exposição de dentina). O paciente não apresentava sensibilidade dolorosa.

Diante do diagnóstico obtido, iniciou-se um processo de investigação para descobrir a origem da erosão (extrínseca ou intrínseca). De acordo com as respostas obtidas nos questionamentos, foi identificado o consumo excessivo de refrigerante à base de cola (Coca-Cola®), sendo consumido em média um litro por dia, e de vinagre (ácido acético), o qual era adicionado, aproximadamente, em quantidade de 10 mL no prato pronto em cada refeição.

Após a primeira abordagem, deu-se continuidade ao atendimento iniciando com a revelação de placa visível com o objetivo de destacar a educação em saúde bucal, em seguida a profilaxia com pasta profilática; remoção de lesão de cárie presente nas faces oclusais dos elementos 36 e 47 e restauração destes, utilizando adesivo autocondicionante de dois passos (Clearfil Se Bond) com condicionamento seletivo do esmalte e resina Opallis (FGM), sendo esmalte A2 e dentina A3.

O passo seguinte foi a realização da moldagem da arcada superior para confecção de placa miorrelaxante para amenizar a condição de bruxismo. Também foi feita a aplicação de verniz

de flúor (Duraphat®) em decorrência do alto risco de cárie apresentado pelo paciente. Além de orientação da dieta com redução do consumo de bebidas ácidas e caso o consumo fosse realizado, o paciente deveria fazer a neutralização do pH ácido por meio de bochechos com água.

Na sessão seguinte, foram feitos os ajustes da placa miorreloxante confeccionada em acetato dois milímetros e resina acrílica e a entrega ao paciente para fazer o uso noturno dela (Fotografias 9 e 10). O paciente seguirá em acompanhamento.

Para a realização deste estudo, o responsável assinou o termo de autorização de uso de imagem.

Fotografia 1 – Exame radiográfico interproximal direito



Fonte: os autores.

Fotografia 2 – Exame radiográfico interproximal esquerdo



Fonte: os autores.

Fotografia 3 – Vista vestibular das arcadas dentais



Fonte: os autores.

Fotografia 4 – Vista palatal da arcada superior, região anterior



Fonte: os autores.

Fotografia 5 – Região superior posterior direita, com presença de desgastes acentuados nas superfícies oclusais dos molares e pré-molares



Fonte: os autores.

Fotografia 6 – Região superior posterior esquerda, com presença de desgastes acentuados nas superfícies oclusais dos molares e pré-molares e presença de sulco pigmentado na superfície oclusal do elemento 26



Fonte: os autores.

Fotografia 7 – Região inferior posterior esquerda, com presença de sulco pigmentado no elemento 37 e lesão cariiosa na superfície oclusal do elemento 36



Fonte: os autores.

Fotografia 8 – Região inferior posterior direita, com presença de desgaste acentuado na superfície oclusal do elemento 46 e presença de lesão cariiosa, sulco pigmentado e restauração em amálgama na superfície oclusal do elemento 47



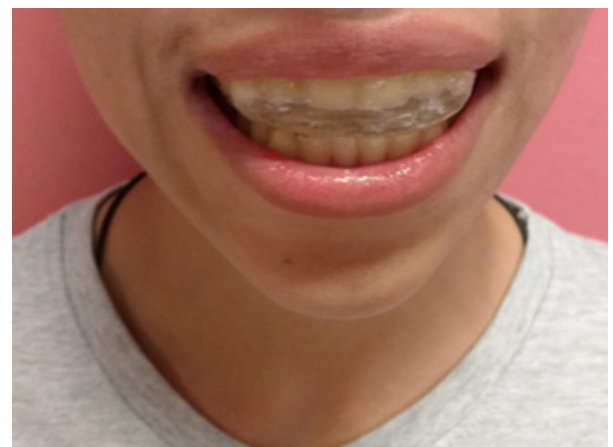
Fonte: os autores.

Fotografia 9 – Ajuste da placa miorelaxante, com contato em todos os dentes



Fonte: os autores.

Fotografia 10 – Foto final com o paciente fazendo uso da placa miorelaxante



Fonte: os autores.

3 DISCUSSÃO

A erosão extrínseca é o resultado da ação de ácidos exógenos (RANDAZZO et al., 2006). Atualmente, o consumo elevado de comidas e bebidas ácidas tem sido considerado o fator desencadeante de diversos casos de erosão dentária (MURAKAMI et al., 2011 apud CRISCI et al., 2014). Esse fato pode ser confirmado no caso clínico em questão, pois o paciente fazia consumo de bebidas ácidas.

Smith e Shaw (1987 apud RANDAZZO et al., 2006) afirmaram que a faixa etária mais acometida é a dos adolescentes, provavelmente pelo tempo de exposição e frequência em que são atingidos pelos fatores etiológicos principais da lesão. Confirma-se essa afirmação com o caso clínico relatado, pois o paciente tinha 16 anos de idade e já apresentava um caso avançado de erosão dental.

Segundo Fontes et al. (2016), os refrigerantes aparecem como um dos principais causadores de erosão dentária. No estudo descrito pelos autores, foi avaliado o efeito da frequência de ingestão de refrigerante na erosão de esmalte-dentina e investigada a capacidade biológica da saliva na reversão das alterações. Os resultados mostraram que, em razão da alta frequência de ingestão de refrigerante, a porcentagem de perda de dureza de blocos de esmalte e dentina foi de 18,7 a 27,9 e de 24,6 a 32,6, respectivamente. A porcentagem de recuperação de dureza pela ação da saliva foi parcial, variando de 43,6 a 35,6 para o esmalte e de 40,5 a 34,6 para a dentina. Assim como no estudo de Fontes et al. (2016), o caso clínico relatado mostra que o refrigerante é um causador de erosão dental.

O diagnóstico precoce é de suma importância para que os danos sejam minimizados, mas raramente os pacientes e/ou responsáveis conseguem reconhecer os sinais iniciais. Dessa forma, cabe aos profissionais buscar as características da lesão erosiva em superfícies limpas, secas e bem iluminadas. A anamnese deve conter questões específicas sobre erosão e análise de hábitos alimentares, para que o profissional possa identificar o risco antes mesmo que os sinais clínicos sejam notados (CRISCI et al., 2014). No presente caso clínico, o diagnóstico precoce não ocorreu, sendo que o paciente se apresentou com desgastes em estado avançado.

A prevenção ou minimização da erosão pode ser instituída de duas maneiras: pelo enfraquecimento do potencial erosivo dos ácidos ou pelo aumento na resistência dos dentes. Os pacientes que apresentam essas perdas de estrutura dental comumente têm hiperestesia dentinária. A conduta clínica depende do grau de severidade das lesões, podendo ser realizadas aplicações tópicas de flúor semanais, utilização de vernizes fluoretados, de agentes dessensibilizantes ou até tratamentos reabilitadores, uma vez que a perda de estrutura mineralizada pode causar danos funcionais. Quando se trata de erosão que tem como etiologia a dieta, deve-se diminuir a frequência de consumo de comidas ácidas (CATELAN et al., 2010). No caso clínico relatado foi aplicado verniz de flúor, realizada orientação sobre a redução do consumo de bebidas ácidas e a sua neutralização com água.

De acordo com Messias et al. (2011), nos casos em que houver interação entre erosão dental e outros processos de desgaste, as estratégias preventivas e de controle específicas para

as lesões erosivas devem ser reforçadas por medidas que minimizem os danos causados pelos fenômenos associados.

No caso do bruxismo, a principal intervenção clínica deve ser voltada para a proteção do dente, reduzindo o ranger, aliviando dores faciais e temporais e promovendo melhorias na qualidade do sono, incluindo ajuste oclusal, restauração da superfície dentária, em razão da severidade do desgaste e do uso da placa de mordida. Essa placa oclusal é um dispositivo interoclusal removível, que abrange todos os dentes de um dos arcos, geralmente o superior, e que se ajusta nas incisais e oclusais dos dentes, criando contato oclusal prévio com os dentes do arco oposto. A sua função é a obtenção de um diagnóstico diferencial, para problemas de atividade muscular anormal, para o alívio da dor nas fases agudas nos casos de hábitos parafuncionais e como proteção para os dentes do atrito de cargas traumáticas nos casos de bruxismo (GAMA et al., 2013). No presente caso clínico foi confeccionada a placa oclusal para minimizar os danos e proteger os dentes.

Entretanto, Catelan et al. (2010) afirmam que é importante ressaltar que a reabilitação tem como função restabelecer a forma, a função e a estética, promovendo conforto ao paciente e facilitando a higienização bucal, evitando o aparecimento de novas lesões. Assim, é de extrema importância o tratamento da causa da erosão dental e desgastes, muitas vezes com acompanhamento multiprofissional do caso, envolvendo cirurgiões-dentistas, médicos, nutricionistas e psicólogos.

4 CONCLUSÃO

A erosão dentária extrínseca ocorre em razão do consumo acentuado de alimentos e bebidas ácidas as quais promovem a perda irreversível do tecido mineralizado. Por isso, é de suma importância diagnosticar as lesões de erosão dental em seu estágio inicial, dispondo de uma anamnese detalhada e um cauteloso exame clínico, cujo objetivo principal seja identificar o fator etiológico no sentido de impedir sua progressão, considerando a natureza destrutiva dessas lesões.

REFERÊNCIAS

BRANCO, C. A. et al. Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 37, n. 3, p. 235-242, 2008. Disponível em: <<http://s3.amazonaws.com/host-article-assets/rou/588018477f8c9d0a098b4b55/fulltext.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

CATELAN, A.; GUEDES, A. P. A.; SANTOS, P. H. Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. **RFO**, v. 15, n. 1, p. 83-86, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v15n1/15.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

CRISCI, P. C. O. et al. Erosão dentária em crianças ansiosas: relato de caso clínico. **Health Sciences Institute Review**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 86-89, 2014. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p86a89.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017.

FONTES, C. L. et al. Abordagem da erosão dentária na clínica odontopediátrica: relato de casos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 262-269, set./dez. 2016. Disponível em: <[http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2016/Odonto_03_2016_262-269%203%20\(1\).pdf](http://arquivos.cruzeirosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/setembro_dezembro_2016/Odonto_03_2016_262-269%203%20(1).pdf)>. Acesso em: 27 out. 2017.

FRANZNER, B. **Erosão dentária**: revisão de literatura. 2011. Monografia (Especialização em Odontopediatria)–Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/39240/R%20-%20E%20-%20BELISA%20FRANZNER.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 25 set. 2017.

GAMA, E. et al. **Bruxismo**: uma revisão da literatura. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/2-15-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

GANSS, C. How valid are current diagnostic criteria for dental erosion? **Clin. Oral. Investig.**, v. 12, p. 41-49, Mar. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2238791/>>. Acesso em: 25 set. 2017.

MAGALHÃES, A. C. et al. The influence of residual salivary fluoride from dentifrice on enamel erosion: an in situ study. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 22, i. 1, p. 67-71, 2008. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/3597/7983a27ec83adbaeb74d03c6003c04930602.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

MANGUEIRA, D. F. B. et al. **Erosão dentária**: etiologia, diagnóstico, prevalência e medidas preventivas. João Pessoa, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/1701-4594-1-SM.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

MESSIAS, D. C. F.; SERRA, M. C.; TURSSI, C. P. Estratégias para prevenção e controle da erosão dental. **RGO – Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 59, p. 7-13, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v59s1/a01v59s1.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

MOYNIHAN, P. J. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, i. 9, Sept. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626331/pdf/16211161.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

MURAKAMI, C. et al. **Prevalência de erosão dental em crianças e adolescentes de São Paulo**. Espírito Santo, 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/668-609-1-PB.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

RANDAZZO, A. R.; AMORMINO, S. A. de F.; SANTIAGO, M. de O. Erosão dentária por influência da dieta. Revisão da literatura e relato de caso clínico. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://pucmg.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20070530170318.pdf>. Acesso em: 27 out. 2017

VASCONCELOS, F. M. N. de; VIEIRA, S. C. M.; COLARES, V. **Erosão Dental**: diagnóstico, prevenção e tratamento no âmbito da saúde bucal. Pernambuco, 2010. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/3741/4735>>. Acesso em: 25 set. 2017.