

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

ANDRÉ DA SILVA ESPOSTO

REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA EM PACIENTE COM EROSÃO
SEVERA: RELATO DE CASO

BAURU
2019

ANDRÉ DA SILVA ESPOSTO

REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA EM PACIENTE
COM EROSÃO SEVERA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof^a.Dra. Marcela Pagani Calabria

BAURU
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

E77r Esposto, Andre da Silva

Reabilitação funcional e estética em paciente com erosão severa: relato de caso / Andre da Silva Esposto. -- 2019. 23f. : il.

Orientador: Prof.^a Dra. Marcela Pagani Calabria

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Erosão dental. 2. Restauração direta. 3. Relato de caso. 4. Resina composta. 5. Reabilitação oral. I.

Elaborado por Lidyane Silva Lima - CRB-8/9602

ANDRÉ DA SILVA ESPOSTO

**REABILITAÇÃO FUNCIONAL E ESTÉTICA EM PACIENTE COM
EROSÃO SEVERA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Bauru, 09 de dezembro de 2019.

Banca examinadora:

Prof^a. Dra. Marcela Pagani Calabria (orientador)
Universidade do Sagrado Coração

Prof^a. Dra. Ana Carolina Trentino
Universidade do Sagrado Coração

Prof^a. Dra. Karin Cristina da Silva Modena
Universidade do Sagrado Coração

LISTA DE FIGURAS

Figura	1-	Observa-se	a	queixa	do	
paciente.....						14
Figura	2-	Observa-se			as	
lesões.....					Erro! Indicador não	
					definido.	4
Figura	3-	Observa-se		bateria	anterior	
restaurada.....						15
Figura 4-		Observa-se				
Observa-se incisivos superiores finalizados.....						16
Figura	5-	Observa-se		arco	superior	
finalizado.....						16
Figura	6-	Observa-se		arco	inferior	
finalizado.....						16

RESUMO

O presente trabalho teve como o objetivo demonstrar a reabilitação oral em paciente jovem acometido por várias lesões erosivas severas, na previsibilidade de devolve-lo estética e função, optou-se pelo tratamento mais conservador. Materiais e método: foi confeccionado o enceramento diagnóstico para o estudo da conduta a ser tomada para a resolução do caso, a partir disso foram feitas restaurações diretas em resina composta em cada dente acometido por erosão.

Palavras chave: Erosão Dental. Restauração Direta. Resina Composta. Relato de Caso. Reabilitação Oral.

ABSTRACT

The present work aimed to demonstrate oral rehabilitation in a young patient affected by several severe erosive lesions, in predictability of returning it aesthetics and function, we opted for the most conservative treatment. Materials and method: diagnostic waxing was made for the study of the conduct to be taken for and solving the case, from this, direct restorations were made in composite resin in each tooth affected by erosion.

Keywords: Dental Erosion. Direct Restore. Composite. Case Report. Oral Rehabilitation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3	OBJETIVO.....	12
4	METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.3
5	RELATO DE CASO.....	Erro! Indicador não definido.4
6	DISCUSSÃO.....	17
	REFERENCIAS.....	

1 INTRODUÇÃO

Erosão dental refere-se à perda, progressiva e permanente, das estruturas mineralizadas do dente (esmalte e dentina), perda essa, causada pela queda do pH, na cavidade oral devido à ações de ácidos não provenientes do metabolismo bacteriano (MOYNIHAN, 2005). Esses ácidos podem ter origem intrínseca ou extrínseca; os de origem intrínseca são aqueles ácidos produzidos pelo próprio corpo, como em casos de bulimia e refluxo, em que o suco gástrico, composto por ácido clorídrico (HCl), que possui a função de amolecer o bolo alimentar e esterilizar o mesmo, e pepsina (enzima responsável pela digestão de proteínas); já os de origem extrínseca são aqueles de origem extra corporal, entrando em contato com o meio bucal em função da dieta, como refrigerantes e sucos de frutos cítricos ou por ação de medicamentos (SOBRAL, 2000).

No período atual, em função da democratização da informação sobre higiene bucal, a prevalência da cárie vem diminuindo e, desta forma a atenção científica volta-se para outros problemas bucais (LUSSI *et al.*, 2004). Estudos sobre erosão dentária tem aumentado e demonstram que em adultos, de 18 a 88 anos, os dados de prevalência mostraram uma variação de 4 a 82% (JAEGGI; LUSSI, 2006). No Brasil, um estudo mostrou uma prevalência de lesões erosivas de 58% dentre 50 crianças entre 5 a 13 anos (MURAKAMI *et al.*, 2006).

O melhor método para o combate da erosão é a prevenção, realizada em consultas clínicas periódicas. Deve-se realizar a educação do paciente em vista de evidenciar e anular comportamentos que possam comprometer a estrutura dentária. É indicada a diminuição da dieta líquida ácida, assim como a eliminação de bochechos com produtos gaseificados, comportamento bastante comum durante a alimentação, sendo papel do dentista, a exposição dessas informações para o paciente (LUSSI; HELLWIG, 2006). Por sua vez, o diagnóstico de problemas gástricos, como refluxo, não cabe ao cirurgião dentista, mas é papel do mesmo observar indícios na cavidade bucal, em casos de erosão por ácidos intrínsecos, a face lingual dos dentes anteriores juntamente com as faces oclusais do dentes posteriores, são os mais afetados, por conta da posição e função desses dentes, e a partir dessas informações é possível indicar uma consulta no gastroenterologista, para que o diagnóstico seja confirmado (SEABRA *et al.*, 2004)

Em casos de pacientes com processo erosivo já instalado, em forma de lesões na estrutura dental, uma reabilitação restauradora, seja ela direta ou indireta, é de extrema necessidade, o não tratamento dessas lesões podem causar hipersensibilidade, exposição pulpar e fraturas, podendo levar a perda do dente (LUSSEI, 2006). Para que essa reabilitação seja concluída com sucesso, deve-se realizar com eficácia as técnicas de restauração escolhidas no planejamento, mas o mais importante é na interação com o paciente, para que seja possível o conhecimento da causa das lesões e a eliminação dela, somente a partir disso é garantido que mais lesões não surjam na cavidade oral do paciente e que as restaurações continuem íntegras, aumentando a longevidade das mesmas. O processo de eliminação da causa demanda tempo, podendo integrar outros profissionais no tratamento (GURGEL, 2009).

Concomitante ao processo de eliminação da causa, é realizado a confecção das restaurações, que vão reabilitar estética e função no paciente, podendo ser diretas ou indiretas, a escolha da técnica a ser utilizada para a restauração irá depender de vários fatores, dentre eles: a condição bucal do paciente, a condição financeira do paciente, vitalidade da polpa, localização e extensão das lesões, sendo preferíveis as restaurações adesivas (VAILATI, BELSER 2008). Para este caso, levando em consideração os fatores citados, foi escolhida restauração direta em resina composta para a reabilitação, em função financeira, extensão e localização das lesões e principalmente da idade do paciente, por ser jovem, uma reabilitação mais conservadora é melhor indicada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Zaitouni (2014) teve como objetivo reunir e demonstrar os diferentes tipos de desgaste dental, classificados como abrasão, abfração, atrição e erosão. Diferentes autores foram revisados a fim de alinhar cada classe com sua definição, etiologia, apresentação clínica e tratamento, criando um protocolo para se diagnosticar e tratar cada tipo de lesão de forma específica.

Aguiar *et al.* (2006) objetivaram definir lesões erosivas, diferenciando-as em lesões com fatores extrínsecos e intrínsecos, colocando dieta, medicamentos, fatores ambientais e comportamentais como as principais causas para a evolução de um processo erosivo, além de apresentar classificação para a severidade clínica das lesões, em que classe I englobam lesões somente em esmalte; classe II são lesões localizadas, envolvendo menos de um terço da superfícies de dentina; classe III implicam à lesões generalizadas, que envolvem mais de um terço da superfície de dentina, apresentando subdivisões quanto a face dental atingida: a) lingual; b) lingual e palatina; c) incisal e oclusal; d) envolvimento severo de muitas superfícies.

Molena *et al.* (2008) demonstraram a relação entre os hábitos dos pacientes e os tipos de lesões não cariosas, indicando a etiologia multifatorial dos desgastes dentários. No estudo, foram incluídos pacientes com 60 anos ou mais, de ambos os gêneros, dentados totais ou parciais, sem comprometimento motor nos membros superiores. Os pacientes foram instruídos a responder um questionário com os hábitos de escovação, dieta ácida e hábitos para-funcionais que tinham por objetivo obter informações relacionadas respectivamente à abrasão dentária, erosão dentária e abfração dentária. Após responder o questionário, cada paciente foi submetido a um exame clínico para evidenciar a presença de lesões cervicais não cariosas. Foram classificadas as lesões em: abrasão, erosão ou abfração.

Matias *et al.* (2010) relataram a definição de hipersensibilidade dentinária, dor provocada (estímulos térmicos, evaporativos, táteis, osmóticos ou químicos) e função da exposição dos túbulos dentinários na cavidade bucal em decorrer do desgaste dental presente, demonstrando como realizar o diagnóstico; a etiologia, assim como as diversas causas que podem levar à exposição dos túbulos dentinários; o mecanismo da hidrodinâmica que provoca a dor no paciente; além das opções de tratamento para o problema, incluindo dentifrícios, flúor, dessensibilizantes, adesivos, laser e a restauração.

Vasconcelos, Vieira e Colares (2010) tiveram como objetivo orientar cirurgiões dentistas, com foco clínico, sobre o diagnóstico, prevenção e tratamento da erosão dental. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS e MEDLINE de textos publicados entre 1998 e 2008, dezenove publicações foram selecionadas e concluiu-se que análise e aconselhamento da dieta, a mudança de hábitos prejudiciais e a correta higienização bucal para prevenção e controle da erosão, além da reabilitação restauradora, devem estar aliados ao monitoramento e controle periódico do paciente para o sucesso do tratamento.

Braga *et al.* (2010) avaliaram o de bebidas ácidas e da escovação em materiais utilizados na restauração de lesões não-cariosas, demonstrando a importância da avaliação periódica do tratamento em pacientes acometidos por essas lesões. Foram testados três resinas compostas, um compômero e um cimento de ionômero de vidro modificado por resina. Para cada material, cinco espécimes foram imersos em uma das soluções teste (suco de laranja, coca-cola, uísque ou água destilada) por 10 dias a 37°C. Em seguida, os espécimes foram submetidos à escovação (20000 ciclos, 200g de carga). Foram avaliados o peso e a rugosidade superficial após a imersão nas soluções e escovação. A imersão em bebidas ácidas seguida de escovação causou degradação nos materiais restauradores avaliados, com perda de material e aumento na rugosidade superficial.

3 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de restauração direta em dentes anteriores e posteriores após sofrerem desgastes dentários extensos, ocasionando lesões não cariosas com padrão de erosão.

4 METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho foi relatar um caso clínico de interesse para a Odontologia, através da documentação em prontuário e fotos clínicas de um paciente que autorizou a divulgação com finalidade científica.

5 RELATO DE CASO

Paciente F.S.R., melanoderma, de 21 anos de idade, sexo masculino, apresentou-se na clínica restauradora da Universidade Sagrado Coração queixando-se de fratura nos incisivos centrais superiores, durante a anamnese paciente relatou o consumo frequente de refrigerantes e limão, ao ser questionado sobre a possível presença de refluxo do suco estomacal, ele relatou que não havia conhecimento sobre a alteração e não realizou os exames solicitados, ao exame bucal foram observadas lesões severas com padrão de erosão acometendo vários dentes conforme as figuras 1 e 2.

Figura 1- Observa-se fraturas incisais nos incisivos centrais superiores, referente à queixa do paciente.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 2- Observa-se o padrão das lesões de erosão encontradas acometendo a oclusal dos dentes do paciente.



Fonte: elaborada pelo autor.

Após a consulta inicial e preenchimento da anamnese, foi realizada a avaliação do caso para definir a melhor técnica de restauração para a reabilitação do paciente. Optou-se pelo tratamento através da restauração direta em resina composta, uma vez que o tratamento mais conservador é de maior prioridade. Para realizar a restauração dos dentes anteriores do paciente, foi confeccionado o enceramento diagnóstico, utilizando a proporção áurea para tornar o sorriso o mais harmônico possível. Após esta etapa, foi feita a matriz de silicone de condensação para ser levado à boca como guia durante a restauração direta, possibilitando ter os tamanhos das restaurações definidos previamente. Após isso foi feita a escolha da cor, sendo a cor A3, de dentina e esmalte, eleita para esse caso, confecção do isolamento absoluto e asperização das faces dentais a serem condicionadas pelo ácido fosfórico 37% por 20 segundos e sistema adesivo convencional de 2 passos

A bateria anterior foi a primeira a ser restaurada, resolvendo, desta forma, a queixa principal do paciente, visto que o paciente não relatava hipersensibilidade dentinária nos dentes acometidos por erosão, possibilitando estética e conforto para que o paciente se sentisse disposto a continuar o tratamento, conforme figura 3.

Figura 3: observam-se as facetas diretas em resina composta confeccionadas nos dentes 11, 12, 21 e 22 após uma semana de restauração.



Fonte: elaborada pelo autor.

Após um mês das restaurações dos incisivos superiores, foram iniciadas as restaurações dos dentes posteriores. Para isso, foi analisado em modelo de gesso o espaço interoclusal disponível para a acomodação da resina composta nos arcos superiores e inferiores, após avaliação, foram realizadas as remoções das restaurações de amálgama insatisfatórias para a substituição por resina composta, seguido pelas restaurações dos dentes acometidos somente pela erosão, dando o caso como finalizado, conforme figura 4, 5 e 6.

Figura 4: observam-se as restaurações diretas na bateria anterior e posterior, em controle após um ano de finalização do caso.



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 5: observa-se o arco superior.



Fonte: elaborado pelo autor.

Figura 6: observa-se o arco inferior.



Fonte: elaborado pelo autor.

6 DISCUSSÃO

No presente caso, vimos o relato de um paciente, acometido por lesões não cariosas severas em vários dentes, sendo, a reabilitação direta em resina composta escolhida como técnica restauradora para o tratamento, uma vez que trata-se da intervenção clínica mais conservadora para o problema em questão.

O correto diagnóstico para as lesões não cariosas é tão importante quanto a técnica restauradora, uma vez que a eliminação das causas do desgaste dental é o único meio para impedir a progressão do problema, já que mesmo após a reabilitação, o material restaurador sofre desgaste, quando a causa não é eliminada (BRAGA 2010)

É necessário, para a eliminação da causa do desgaste, uma anamnese detalhada, sendo assim, ela não deve ser limitada à primeira consulta, e sim estendida por todo o tratamento, pois, muitas vezes, as lesões erosivas (e lesões não cariosas em geral) podem ser causadas por hábitos que o paciente não possui conhecimento do problema que pode ser causado, ou até mesmo, nem sabem que possuem tal hábito, no presente caso, durante a anamnese, o paciente relatou o consumo de refrigerantes e outros alimentos ácidos em diversas refeições ao dia, disse nunca ter prestado atenção no hábito e que não sabia os problemas que poderiam ser causados, ao ser questionado sobre problemas estomacais, como refluxo, o paciente relatou não ter conhecimento e negou a visita no gastroenterologista conforme solicitado (VASCONCELOS, VIEIRA, COLARES 2010)

O material de eleição para a restauração em casos de erosão é a resina composta, por possuir técnica direta, reduzindo os custos, e por ser a técnica mais conservadora dentre as opções, já que para a confecção de facetas em cerâmica e onlays em cerâmica ou cerômero, seria necessário um preparo nos dentes em questão para que fosse possível o encaixe da peça, inviável a realização em 18 dentes de um paciente de 21 anos (ALVES et. al 2012).

A maior dificuldade se dá pela ausência de perda de dimensão vertical. Já que o desgaste por erosão é lento e contínuo, o dente atingido procura, por movimentos extrusivos, o contato de oclusão, fazendo com que, dessa maneira, a dimensão vertical não seja perdida, a partir disso, o espaço interoclusal para a

colocação do material restaurador é mínimo, trazendo dificuldades para a restauração direta, a hipersensibilidade dentinaria não era um fator de influencia para o caso, visto a ausência de sensibilidade pelo paciente.

7 CONCLUSÃO

O relato de caso exposto confirma a possibilidade de escolha da resina composta para múltiplas restaurações em caso de erosão, visto que o caso foi considerado com sucesso, já que se observou a permanência e integridade do material restaurador, apesar da causa não ter sido diagnosticada nem removida por falta de cooperação do paciente.

Para a manutenção das restaurações e evitar aparecimento de novas lesões o paciente tem que estar ciente dos fatores causadores das lesões e da importância de eliminá-los.

REFERENCIAS

1 BRAGA, Sheila Regina Maia et al. Degradação dos materiais restauradores utilizados em lesões cervicais não cariosas, 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000400001. Acesso em 09 out. 2019.

2 ALVES, Maria do Socorro Coelho et al. Diagnóstico clínico e protocolo de tratamento do desgaste dental não fisiológico na sociedade contemporânea, 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000300014. Acesso em: 14 nov. 2019.

3 AGUIAR ,Flavio Henrique Baggio et al. Erosão dental – definição, etiologia e classificação,2006. Disponível em: https://200.196.224.129/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2006/01_jan_mar/V25_N1_2006_p47-52.pdf. Acesso em: 01 nov 2019.

4 VASCONCELOS, Flavia Maria Nassar; VIEIRA, Sandra Conceição Maria; COLARES, Viviane. ROSÃO DENTAL: DIAGNÓSTICO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO NO ÂMBITO DA SAÚDE BUCAL, 2010. Disponível em:<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/3741>. Acesso em: 09 dez 2019.

5 SALAS, Mabel Miluska Suca et al. Erosão dentária na dentição permanente: epidemiologia e diagnóstico, 2015. Disponível em:<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/4520>. Acesso em: 13 out 2019.

6 MANGUEIRA, Dayane Franco Barros et al. Erosão dentária: etiologia, diagnóstico, prevalência e medidas preventivas, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivesodontologia/article/view/3519>. Acesso em: 27 out 2019.

7 MATIAS, Maria Noelhya Angelo et al. Hipersensibilidade dentinária: uma revisão de literatura, 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167738882010000300004&script=sci_arttext. Acesso em: 09 dez 2019

8 GONÇALVES, Patrícia Elaine; DEUSDARÁ, Sabrina Teixeira. Lesões cervicais não cariosas na prática odontológica atual: diagnóstico e prevenção, 2011. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/579>. Acesso em: 07 set. 2019.

9 MOLENA, Catia Cristina Lima. Relação entre lesões cervicais não cariosas e hábitos, 2008. Disponível em: https://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/artigo_06.pdf. Acesso em: 15 nov 2019.

10 VAILATI, Francesca; BELSER, Christoph; Full-Mouth Adhesive Rehabilitation of a Severely Eroded Dentition: The Three-Step Technique, 2008. Disponível em: <https://www.tcbcs.net/pdfs/DrVailati-ArticleHandouts.pdf>. Acesso em: 10 nov 2019.