

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

KETHLEN PINZON DE OLIVEIRA

EVOLUÇÃO DA EROSÃO DENTÁRIA EM 10 ANOS:  
RELATO DE CASO

Porto Alegre

2019

KETHLEN PINZON DE OLIVEIRA

EVOLUÇÃO DA EROSÃO DENTÁRIA EM 10 ANOS:  
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Berenice Barbachan e Silva  
Coorientadora: Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo

Porto Alegre

2019

KETHLEN PINZON DE OLIVEIRA

EVOLUÇÃO DA EROSÃO DENTÁRIA EM 10 ANOS:  
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Berenice Barbachan e Silva  
Coorientadora: Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo

Porto Alegre, 11 de dezembro de 2019.

---

Juliana Jobim Jardim

Universidade de Federal do Rio Grande do Sul

---

Laís Daniela Ev

Universidade de Federal do Rio Grande do Sul

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela minha vida e por ter me guiado nas escolhas que fiz, reservando sempre o melhor para mim.

À minha mãe, por estar sempre presente, mesmo que longe. Por ter sido abrigo em todos os momentos difíceis, pelas palavras de incentivo e nunca me deixar desanimar. Por me fazer entender que tudo vem na hora certa. Por ter comemorado junto cada vitória. Pelas orações. Pelo amor imensurável. As palavras são pequenas para expressar a minha gratidão por tanto.

Ao meu pai, por estar presente em cada vitória e ter acompanhado tão de perto as etapas da minha graduação. Por falar as coisas certas quando precisei. Por torcer sempre pelo meu melhor, por todo apoio e todo amor.

À minha irmã, por querer o melhor para mim.

Ao meu pequeno irmão, por deixar minha vida mais feliz e completa. Por demonstrar tanto carinho e amor, mesmo sem perceber.

Aos meus avós por toda preocupação e afeto. Sou privilegiada por tê-los em minha vida.

Ao Vinícius Furlan, por todo amor, incentivo e paciência. Pelo companheirismo durante estes anos, compartilhando os melhores e piores momentos da graduação, por estar sempre ao meu lado.

À Professora Márcia Cançado, por ter me acolhido como bolsista desde o início do curso e me incentivar a continuar frente às dificuldades no percurso. Principalmente, por ter me ensinado sobre o amor na odontologia.

Às minhas orientadoras, Professora Clarissa Fatturi Parolo e Professora Berenice Barbachan por todo incentivo, motivação e otimismo. Por me tranquilizarem durante toda a construção do trabalho.

Às professoras Juliana Jobim e Laís EV por aceitarem fazer parte da banca avaliadora, contribuindo com a minha formação profissional.

À Professora Myriam Kapczinski, pelos ensinamentos, compreensão e amizade.

A todos os professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por proporcionarem um ensino de qualidade.

À minha preceptora de Estágio I, Camilla Nascimento, e toda Equipe da USF Estrada do Alpes, por compartilharem vivências e ensinamentos essenciais para a minha formação profissional.

A todos os pacientes que estiveram sob os meus cuidados e confiaram em mim, permitindo o meu aprendizado.

Muito obrigada!

## RESUMO

A erosão é uma perda de estrutura dentária resultante do seu contato com um ambiente ácido no meio bucal. O objetivo deste artigo é alertar para a importância do diagnóstico clínico, desde as suas fases iniciais. Para tanto, os autores relatam um caso retrospectivo de 10 anos de uma paciente atendida na Faculdade Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com diagnóstico clínico de erosão dentária de causa intrínseca (doença do refluxo gastroesofágico), em que o diagnóstico tardio fez com que a paciente tivesse perdas de estrutura dentária irreversíveis. Nos exames iniciais, vinte e dois dentes apresentaram diversos graus de desgaste. Segundo relato da paciente, estes desgastes sempre foram atribuídos ao bruxismo. A hipótese é que o componente erosivo sempre esteve presente, potencializando o desgaste da atrição. O diagnóstico bem realizado pelo cirurgião-dentista e o encaminhamento do paciente aos profissionais que procederão o tratamento da origem do problema são essenciais para o futuro da saúde bucal de pacientes com esta condição.

Palavras-Chave: Erosão Dentária. Cirurgião-Dentista. Diagnóstico.

## **ABSTRACT**

Erosion is a wear on the tooth structure resulting from its contact with an acid environment in the oral cavity. The purpose of this article is to alert to the importance of clinical diagnosis from its early stages. For this, the authors report a 10-year retrospective case of a patient treated at the Dental School of the Federal University of Rio Grande do Sul with a clinical diagnosis of intrinsic dental erosion, in which the late diagnosis caused the patient to lose irreversible dental structure. On the initial exams, twenty-two teeth showed varying degrees of wear. According to the patient's report, these wear were always attributed to bruxism. The hypothesis is that the erosive component has always been present, enhancing attrition wear. The good diagnosis made by the dentist and the referral of the patient to the professionals who will treat the origin of the problem are essential for the future oral health of patients with this condition.

Keywords: Dental Erosion. Dentist. Diagnosis

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>ARTIGO</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>26</b>
	<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>28</b>
	<b>APÊNDICE B – Termo de Autorização para Uso de Imagem</b> .....	<b>30</b>
	<b>ANEXO A – Parecer do CEP-UFRGS</b> .....	<b>31</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A erosão dentária é definida como uma perda irreversível de tecido duro dentário causada por um processo químico sem envolvimento bacteriano (1). O processo químico está associado ao contato dos elementos dentários com um ambiente ácido, podendo ter origem intrínseca ou extrínseca (2).

Os fatores extrínsecos associados a erosão incluem a frequente ingestão de alimentos e bebidas que apresentam baixo pH, como frutas e vegetais ácidos, vinagre, refrigerantes, bebidas esportivas, energéticos, bebidas alcoólicas e medicamentos (3,4). Fatores considerados ocupacionais, os quais expõem os indivíduos a gases e aerossóis ácidos em ambientes específicos, como trabalhadores expostos a produtos de limpeza ácidos, trabalhadores de fábricas de baterias e galvanização e de fábricas de fertilizantes também podem ser considerados causas para erosões por componentes extrínsecos (5,6). Degustadores de vinhos e laboratoristas que pipetam ácidos por sucção também são suscetíveis (7,8).

Os fatores intrínsecos estão geralmente relacionados a casos de distúrbios alimentares com vômitos repetidos e à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), em que o contato do conteúdo ácido estomacal atinge a cavidade bucal (9–11). O refluxo gastroesofágico é uma condição comum que afeta até 65% da população ocidental em algum momento da vida (12). Uma revisão sistemática realizada em 2008 observou que dos pacientes que apresentaram erosão dentária, 32% sofriam de DRGE. Este fato alerta que os dentistas podem ser os primeiros a observar esta relação (13). Sendo assim, frente a suspeita clínica de erosão dentária associada a refluxo gastroesofágico, o encaminhamento ao médico gastroenterologista é fundamental (14).

Os sinais clínicos de desgaste erosivo podem variar de uma perda mínima de esmalte superficial à exposição parcial ou completa da dentina (15). Por isso, é importante atentar para os sinais iniciais, nos quais o esmalte, limpo e seco, apresenta um brilho atípico evidente, associado a um aplainamento da superfície. As lesões iniciais normalmente estão localizadas coronalmente à junção cimento-esmalte, com borda intacta de esmalte ao longo da margem gengival, preservada possivelmente pelo efeito neutralizador do fluido crevicular, que é ligeiramente alcalino. Nos estágios mais avançados, ocorrem mudanças na morfologia original: áreas convexas tornam-

se planas ou dão lugar a concavidades, cuja largura excede a profundidade. A progressão leva ao arredondamento de cúspides e materiais restauradores ficam acima do nível das superfícies dentárias adjacentes, possivelmente por serem mais resistentes à dissolução ácida (16,17).

É importante realizar o diagnóstico diferencial com outros desgastes dentais, como abrasão e atrição, os quais são resultantes de fenômenos físicos e mecânicos (4,16). A atrição, comum em pacientes com bruxismo, normalmente tem desgastes planos que apresentam áreas brilhantes com margens distintas e características correspondentes nos dentes antagonistas. No caso da abrasão, associada a forças mecânicas ou friccionais na superfície do dente, as lesões são arredondadas ou em forma de cunha, localizadas coronalmente à junção amelocementária, tornando, portanto, a distinção clínica mais difícil. Sendo assim, é fundamental identificar o fator etiológico envolvido em cada processo e o exame clínico deve ser complementado por uma história clínica completa, com relação à saúde geral, dieta e hábitos (16–18).

Frente ao aumento da incidência e alta prevalência da erosão dentária observada em vários países (19) e ao papel fundamental do cirurgião-dentista, o objetivo deste relato de caso é alertar para a importância do diagnóstico desde as fases iniciais da erosão dentária através de um relato de caso clínico com registro da evolução de erosão dentária em 10 anos.

## 2 ARTIGO

### **Evolução da Erosão Dentária em 10 anos: Relato de Caso**

#### RESUMO

O objetivo deste artigo é alertar para a importância do diagnóstico, desde as fases iniciais, da erosão dentária. Para tanto, os autores relatam um caso retrospectivo de 10 anos de uma paciente atendida na Faculdade Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com diagnóstico clínico de erosão dentária de causa intrínseca, em que o diagnóstico tardio fez com que a paciente tivesse perdas de estrutura dentária irreversíveis. O diagnóstico bem realizado pelo cirurgião-dentista e o encaminhamento do paciente aos profissionais que procederão o tratamento da origem do problema são essenciais para o futuro da condição de saúde bucal de pacientes com esta condição.

Descritores: Erosão dentária – Cirurgião-dentista – Diagnóstico

#### RELEVÂNCIA CLÍNICA

A erosão dentária associada a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma ocorrência frequente. O seu diagnóstico, desde os estágios iniciais, é responsabilidade do cirurgião-dentista. Se a erosão dental não for adequadamente identificada, há risco de grandes perdas de tecido dental e de uma complexidade cada vez maior do tratamento. A abordagem multiprofissional da erosão e suas causas é fundamental para minimizar os danos causados por esta condição.

#### INTRODUÇÃO

A erosão é um desgaste da estrutura dentária resultante do seu contato com um ambiente ácido no meio bucal. Este ambiente pode ser originado por ácidos de origem extrínseca ou intrínseca (1). A erosão resulta da dissolução das camadas de esmalte e dentina de maneira rápida e agressiva, sem remineralização subsequente. É uma perda de tecido dentário ocasionada por processo químico de dissolução ácida ou quelação sem envolvimento bacteriano (2).

Os ácidos de origem extrínseca podem ser originados de fontes ambientais, da dieta ou de medicamentos. Os fatores ambientais ocupacionais são aqueles que

expõem o indivíduo a gases e aerossóis ácidos em ambientes específicos. Por exemplo, trabalhadores de fábricas de baterias e galvanização, ou trabalhadores expostos a produtos de limpeza que envolvem ácidos, ou, ainda, trabalhadores de fábricas de fertilizantes (3,4). Outros expostos podem ser os laboratoristas que pipetam ácidos por sucção, como também os degustadores de vinhos (5,6). Os nadadores profissionais que treinam diariamente em piscinas, nas quais o cloro em forma de gás é utilizado para o tratamento da água, também estão expostos (7). Fatores dietéticos tem recebido também uma maior atenção. A atividade erosiva de ácidos presentes em bebidas e alguns produtos alimentícios foi demonstrada por diversos estudos. Estudos de caso-controle, transversais e relatos de casos também mostram a dieta como importante fator etiológico para o desenvolvimento e progressão da erosão (1,8).

A erosão pode ser resultante de contato da superfície dental com ácidos de origem endógena, como os que compõem o suco gástrico. Estes podem entrar em contato com os dentes nos casos de vômitos recorrentes, regurgitação ou refluxo gastroesofágico e causar erosão dental. Entre as causas mais comuns de regurgitação ou vômitos estão os transtornos alimentares de origem psicossomática, como a bulimia, e as causas de origem somática, como gravidez, alcoolismo e distúrbios gastrintestinais (1).

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é um distúrbio da motilidade gastrointestinal que resulta do retorno do conteúdo estomacal para o esôfago ou cavidade oral, causando sintomas ou complicações (9). O refluxo gastroesofágico ocasional é comum e não significa necessariamente que a pessoa tenha DRGE. A maioria dos episódios de refluxo é breve e não causa sintomas, dano esofágico ou complicações (10). A DRGE é considerada presente quando os sintomas ocorrem uma ou mais vezes por semana nos últimos 12 meses (11) ou, segundo o Consenso Brasileiro para a Doença do Refluxo (12), ocorrem duas vezes por semana nas últimas 4 a 8 semanas. O diagnóstico da DRGE é baseado principalmente na história clínica. Os principais sintomas são pirose (azia) e regurgitação (10), mas podem haver outros sintomas, considerados como manifestações clínicas atípicas, sendo as mais referidas a dor torácica, tosse e asma brônquica, disfonia, pigarro e sensação de globo faríngeo (sensação de ter algo preso na garganta), e as manifestações bucais, como erosão dental, aftas e halitose (13,14). Estima-se que cerca de 12% da população

brasileira presente os sintomas típicos, azia e regurgitação, pelo menos 1 vez por semana (15).

No diagnóstico clínico da erosão dentária, um ponto muito importante é o diferencial com os outros desgastes dentais que possam estar presentes. Os principais são a abrasão e a atrição dentais. Estes desgastes são resultantes de fenômenos físicos e mecânicos que atuam sobre as superfícies dentais. É fundamental identificar o fator etiológico envolvido em cada processo. (8,16)

A abrasão pode ser localizada ou difusa e ocorre principalmente na superfície de raízes expostas ou mesmo na região cervical da coroa devido à menor espessura de esmalte na região e ao menor conteúdo mineral que a dentina possui. Esta área é mais suscetível ao desgaste, sendo, por esta razão, associado à força excessiva na escovação dentária. (8)

A atrição é caracterizada pela presença de facetas de desgaste planas e com margens bem delimitadas que acometem as superfícies oclusais e incisais. As superfícies de oclusão desgastadas de dentes antagonistas se encontram durante os movimentos excursivos da mandíbula e apresentam graus de desgaste semelhantes e coincidentes. Hábitos parafuncionais como o bruxismo podem ocasionar o desgaste por atrição (8,17).

A erosão, em seus estágios iniciais, apresenta um desgaste característico: aumento no polimento do esmalte, levando a superfície afetada a se apresentar mais lisa e com diferença no aspecto do brilho do esmalte. Há desaparecimento das linhas de desenvolvimento (periquemáceas), havendo ainda um aumento na translucidez ao longo das superfícies proximais e incisais. A medida que esse desgaste vai se apresentando mais severo, modificações morfológicas são encontradas. Nas superfícies dentais lisas livres, ocorre planificação das áreas convexas com surgimento de concavidades, nas quais a largura excede a profundidade. Essas lesões frequentemente estão localizadas coronalmente à junção amelocementária, apresentando uma borda de esmalte dentário intacto ao longo da margem gengival. Nas superfícies oclusais e incisais, o aspecto inicial é semelhante ao observado no desgaste de superfícies lisas, porém, com o avanço deste desgaste, pode ocorrer a formação de fossas ou crateras na região das cúspides com exposição dentinária. Em casos de desgaste mais avançado, pode haver perda da anatomia oclusal, levando as restaurações acima do nível do tecido dentário adjacente. Exposição dentinária

pode estar presente em casos de desgaste mais severos, culminando com a perda completa da anatomia dental oclusal em um aspecto semelhante a um “derretimento” de superfície (8,18).

Para um correto diagnóstico dos desgastes dentais é necessário avaliar clinicamente as características dessas lesões. Porém, há de se considerar que o exame clínico deve ser sempre associado a uma boa entrevista dialogada, que fornecerá informações sobre hábitos deletérios e situações médicas/ocupacionais que certamente auxiliarão na identificação do fator etiológico responsável pelo desgaste. A dieta deve ser investigada a partir da suspeita clínica de erosão através de diário alimentar de 3 a 5 dias ou de recordatório de 24h (19).

É importante considerar que evidências científicas sustentam que o tecido dentário previamente erosionado torna-se mais suscetível aos desgastes por abrasão e atrição. Portanto, ao identificarmos desgastes como abrasão e atrição, é importante a cuidadosa análise da presença também de erosão, sob pena de não promover o tratamento efetivo do paciente (16,17).

Uma forma de registrar e monitorar o grau de desgaste sobre as superfícies dentais é utilizar o índice de BEWE (Basic Erosive Wear Examination). É possível mensurar a perda de superfície dentária através de um escore de quatro níveis, sendo 0 para nenhuma perda de superfície, 1 para perda inicial da textura de superfície, 2 para perda de tecido com menos de 50% da área de superfície em dentina e 3 para perda de tecido maior que 50% da superfície em dentina. Para definir o índice de BEWE de um paciente deve-se, primeiramente, avaliar a perda de superfície de cada dente por sextante, devendo ser registrado o valor do dente com maior severidade de cada sextante. Em seguida, os valores registrados de cada sextante são somados e, então, obtém-se um escore que classifica o paciente quanto ao nível de risco para desgaste dental, sendo considerados os valores de 0 a 2 sem risco, de 3 a 8 baixo risco, de 9 a 13 médio risco e 14 ou mais alto risco (20).

O principal objetivo da classificação do paciente quanto ao nível de risco para o desgaste é auxiliar no processo de tomada de decisão em relação aos desgastes dentários. Desta forma, quando o paciente receber a classificação de nenhum risco para o desgaste, é indicada a manutenção e observação de rotina, repetindo a avaliação após intervalo de 3 anos. Quando for classificado com baixo risco, indica-se avaliação da dieta, higiene bucal, aconselhamento, manutenção e observação de

rotina, repetindo a avaliação em 2 anos. No caso de risco médio, são indicadas para gestão a higiene bucal, avaliação dietética e aconselhamento, identificar os principais fatores etiológicos da perda de tecido e desenvolver estratégias para eliminar os respectivos impactos. Além disso, deve-se considerar medidas de fluoretação ou outras estratégias para aumentar a resistência das superfícies dentárias. Idealmente, evitar a colocação de restaurações e monitorar o desgaste erosivo com moldes de estudo, fotografias ou impressões de silicone. Repetir em intervalos de 6 a 12 meses. Em paciente com alto risco para desgaste, as medidas a serem tomadas e o intervalo devem ser os mesmos para pacientes com médio risco, além de, especialmente em casos de progressão grave, considerar cuidados especiais que podem envolver restaurações (20).

O objetivo deste artigo é alertar para a importância do diagnóstico, desde as fases iniciais, da erosão dentária, incluindo o diagnóstico diferencial com outros desgastes dentais como atrição e abrasão, através de um relato de caso clínico com registro da evolução de erosão dentária em 10 anos.

## RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 37 anos, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2017, com queixa de desgaste dos dentes por bruxismo intenso. No seu histórico médico citou tratamento para hipertireoidismo e episódios de cefaleia. Não tabagista e não alcoolista. Relata escovar os dentes três vezes ao dia com dentifrício fluoretado e utilizar fio dental. Referiu ter bruxismo há 10 anos, utilizando placa específica para o controle. Sentia frequentemente dores de dente, atribuídas por ela às falhas decorrentes de restaurações com necessidade de trocas, e na região temporomandibular, associada ao agravamento dos desgastes dentários decorrentes do bruxismo. A paciente foi atendida na Disciplina de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial e encaminhada à Disciplina de Clínica Odontológica para realização de tratamento clínico.

Nos exames bucais apresentou IPV de 22,5% e ISG de 19%, sendo diagnosticada com gengivite (21). O exame dentário revelou dois dentes extraídos, um remanescente radicular com extração indicada, cinco lesões de cárie inativas sem cavidade, duas restaurações, estando uma desadaptada com necessidade de

substituição e cálculo no 5º sextante. Não apresentou atividade de doença cárie atual. O que chamou mais a atenção no exame dentário foram os desgastes dentários da paciente. Vinte e dois dentes apresentaram diversos graus de desgaste (Figura 1 e Figura 2).

Figura 1 - Vista oclusal da arcada superior em 2017. Presença de desgastes na face palatina dos dentes anteriores e oclusal de posteriores, com concavidades cuja largura excede a profundidade, típicas de erosão.





Figura 2 - 2017. A) Dente 47, restauração de amálgama com aspecto de “ilha” devido à desmineralização do esmalte ao redor. B) Desgastes dentários na região incisal dos incisivos inferiores. C) Dente 37, restauração de resina também com o aspecto de “ilha” pela desmineralização do esmalte ao redor. D) Vista oclusal da arcada inferior. É possível observar as concavidades características de desgaste erosivo na face oclusal dos pré-molares.



Este foi o primeiro diagnóstico clínico de erosão que a paciente recebeu. Segundo seu relato, por perceber os avanços nos desgastes em seus dentes, ela buscou atendimento em consultas com diferentes profissionais em consultórios privados, ao longo de pelo menos 10 anos, e os desgastes dentários sempre foram atribuídos ao bruxismo.

O tipo de desgaste dental apresentado foi característico: aumento no polimento do esmalte, desaparecimento das suas linhas de desenvolvimento. Observou-se também aumento na translucidez ao longo das superfícies proximais e incisais. Nas superfícies dentais lisas livres, houve a planificação das áreas convexas (Figura 3A). As superfícies oclusais apresentaram concavidades típicas da erosão (Figura 3B).

Figura 3 - A) Vista vestibular dos dentes 11 e 21, observa-se a planificação da face vestibular, o polimento do esmalte aumentado, a ausência de linhas de desenvolvimento e uma translucidez nas regiões incisais e proximais. B) Vista oclusal da arcada superior – lado direito – com concavidades típicas de erosão.



Neste diagnóstico não se descartou que o componente desgaste por atrição estivesse sempre presente, o que motivou a paciente a continuar procurando por ajuda profissional ao longo do tempo. O problema é que o componente erosivo possivelmente, também, esteve presente, potencializando o desgaste promovido pela atrição.

No momento deste diagnóstico, a paciente relatou ter sido fotografada 10 anos antes para documentação prévia a tratamento ortodôntico, que por fim não foi realizado. Os autores tiveram acesso a estas fotos (Figuras 4, 5 e 6).

Figura 4 - Vista oclusal da arcada superior em 2007. Observa-se uma deformação em formato circular e côncavo na região incisal e oclusal de incisivos, caninos, pré-molares e molares superiores, indicativa de um desgaste erosivo.



Figura 5 - Vista oclusal da arcada inferior. Nas cúspides dos pré-molares é possível observar desgaste em formato circular e côncavo.



Foram observados os primeiros sinais de erosão caracterizados pelo desgaste côncavo nas cúspides e pela lisura do esmalte nas superfícies palatinas e vestibulares. Na Figura 6, observa-se um panorama geral das arcadas em oclusão da paciente em 2007 e na Figura 7, em 2017. Nota-se a morfologia e tamanho dos incisivos apresentando evidente modificação. Em 2017 as áreas incisais apresentam-se finas e com translucidez. A dimensão vertical encontra-se reduzida em comparação com a foto de 2007.

Figura 6 - Vista frontal das arcadas em oclusão em 2007. Presença de desgastes na região incisal dos incisivos superiores.



Figura 7: Vista frontal das arcadas em oclusão em 2017. Desgastes na região incisal dos incisivos superiores apresentam-se finas e com translucidez.



Para o caso relatado, foi determinado o índice de BEWE apresentado em 2007 e em 2017. Em 2007, através da análise das fotografias, obteve-se o escore de 10, representando que a paciente possuía um nível de risco médio para o desgaste. Já em 2017, o escore aumentou para 18 e o nível de risco para o desgaste passou a ser considerado alto.

Na análise do diário alimentar, não observou-se nada em seus hábitos que pudesse ser diretamente relacionado à erosão de causa extrínseca. A paciente relatou ter uma tosse seca e persistente, azia e desconforto após as alimentações. Disse que apresenta estes sintomas desde os seus 15 anos e que após as gestações ganhou peso e os sintomas agravaram, mas nunca considerou que poderiam fazer parte de

algum problema de saúde. A paciente foi encaminhada ao médico gastroenterologista que a diagnosticou com DRGE – doença do refluxo gastroesofágico. Realizou tratamento medicamentoso com Omeprazol durante 6 meses, referindo melhora no quadro. Em relação ao seu tratamento clínico, a paciente realizou na Disciplina de Clínica Odontológica o tratamento para gengivite, no qual foi realizado Raspagem, Alisamento e Polimento (RAP) de todos os elementos dentários e instrução de higiene bucal com escova multicerdas e fio dental, restauração direta de resina composta do dente 47 e exodontia do remanescente radicular. Na Disciplina de Disfunção Têmporomandibular e Dor Orofacial foi confeccionada uma nova placa de bruxismo. Para a realização da reabilitação estética e funcional, a paciente foi encaminhada para o Curso de Especialização em Dentística da FO-UFRGS. Foi também orientada a continuar em acompanhamento com o médico gastroenterologista a fim de prevenir novos episódios de refluxo e, conseqüentemente, de erosão dentária.

## DISCUSSÃO

A erosão é uma descalcificação irreversível dos tecidos duros dentais que ocorre em razão de uma dissolução ácida que pode ser ocasionada por ácidos de origem extrínseca ou intrínseca (22). O entendimento da erosão como um acometimento importante da cavidade bucal é considerado um desafio atual para a Odontologia. Existe uma preocupação crescente, pois os levantamentos de prevalência não param de alertar para o aumento cada vez maior dos casos de pacientes que apresentam esta condição em diversos graus de severidade, principalmente nas populações mais jovens (23). A prevalência da erosão pode chegar perto de 60% em algumas localidades e grupos etários (24). Este fato tem motivado ampla pesquisa na área da Odontologia e proporcionado um aumento no número de publicações (23).

Apesar do aumento da prevalência da erosão dental, existe pouco preparo do cirurgião-dentista para este diagnóstico. O diagnóstico clínico bem executado torna-se fundamental para o sucesso da condução do caso. Para tanto, saber classificar a aparência clínica do desgaste é decisivo (25). O olho clínico, aliado a uma boa entrevista dialogada, irá estabelecer a correta condução do caso. No caso da paciente em questão, em 2007 ela já apresentava indícios para o diagnóstico. Nas figuras 4, 5 e 6 observa-se um estágio de erosão que já causava deformação da anatomia dental,

na região incisal e oclusal de incisivos, caninos, pré-molares e molares superiores. A deformação é em formato circular e côncavo, bastante típico de erosão. Nas figuras 1, 2, 3 e 7 observa-se a evolução dos desgastes referidos. As áreas côncavas são uma evolução dos estágios iniciais que aparecem clinicamente como uma lisura atípica do esmalte e perda de detalhes anatômicos importantes como, por exemplo, sulcos de desenvolvimento. Nas figuras 6 e 7 é possível observar a região de incisivos em 2007 e 2017, respectivamente. Em 2017, o incisivo apresenta bordas muito finas e friáveis, típicas de um estágio de erosão mais avançado (1). Na comparação dessas figuras, observa-se a perda da dimensão vertical de oclusão sofrida pela paciente, o que contribuiu para o agravamento de suas dores na região têmporo mandibular devido à sobrecarga sobre esta articulação (26).

Foi registrado, através do índice de BEWE, o grau de desgaste erosivo que a paciente apresentou sobre as superfícies dentais em 2007 e 2017, com a finalidade de comparação. Em 2007 o escore obtido foi de 10, o que significa que, neste ano, a paciente já apresentava risco médio para desgaste dental. Portanto, já eram indicadas, nesta época, algumas medidas, como avaliação de higiene bucal e dieta, aconselhamento, identificação dos fatores etiológicos da perda de tecido e o desenvolvimento de estratégias para eliminar os respectivos impactos, como fluoretação ou outras estratégias para aumentar a resistência das superfícies dentárias. Após 10 anos, o escore aumentou para 18, passando para um nível de risco alto (20).

O bom diagnóstico realizado pelo cirurgião dentista determina o encaminhamento para os profissionais que tratarão a causa de ordem de saúde envolvida com a erosão. O desafio é o cirurgião-dentista não conduzir um tratamento extremamente local, tratando os desgastes sem a resolução a fundo. É importante o treinamento direcionado ao diagnóstico diferencial dos outros desgastes. A erosão deve ser totalmente descartada para procedermos o tratamento local da possível abrasão ou atrição. É importante ressaltar que o dente erosionado é mais suscetível aos outros desgastes, podendo aparecer concomitante com estes outros eventos. No caso clínico em discussão, a paciente sempre sofreu de bruxismo associado a erosão. Os profissionais que a trataram nestes 10 anos (2007 a 2017) nunca diagnosticaram e trataram o desgaste originário da erosão. Isto fez com que a paciente perdesse substância dental a ponto de apresentar perdas irreversíveis que comprometeram sua

saúde bucal (27). Em razão disto, depois de todo este tempo, é necessária uma reabilitação bucal muito mais complexa e onerosa (28).

Outro ponto importante a ser ressaltado é o diagnóstico médico promovido pela equipe de 2017. Nesta investigação, conseguiu-se estabelecer a origem da erosão - refluxo gastresofágico - comprovada pelo médico gastroenterologista. Só a partir deste momento, com o diagnóstico e o encaminhamento do controle da condição sistêmica, a paciente pode receber o tratamento adequado direcionado a sua saúde bucal. Como a erosão é uma condição de origem multifatorial, deve-se investigar quais as variáveis que estão concorrendo em cada caso específico. Após verificar-se no diagnóstico clínico a presença de desgaste erosivo dental, deve-se complementar os dados de anamnese com minúcia e cuidado. É importante proceder-se a análise da dieta, para verificar a presença de alimentos ácidos ingeridos com frequência na rotina do paciente. No caso em questão, não foi encontrado nenhum elemento responsável pela erosão dental. Na anamnese, a paciente mencionou sintomas que chamaram a atenção. Apresentava tosse seca e persistente, azia e desconforto após as alimentações. Relatou que após as gestações ganhou peso e os sintomas agravaram. Sabe-se que o acúmulo de gordura abdominal pode agravar refluxos esofágicos, pela compressão da região de estômago (15). Através destas observações houve a suspeita de diagnóstico de refluxo gastresofágico (DRGE) que foi confirmada posteriormente, concluindo, portanto, o diagnóstico de erosão causada por fator intrínseco.

## CONCLUSÃO

O relato deste caso clínico que mostrou a evolução da erosão dentária não tratada em 10 anos destaca o papel do cirurgião-dentista. Diferenciar a erosão dos outros desgastes dentais e investigar os seus fatores etiológicos facilita a obtenção de um diagnóstico desde as suas fases iniciais e, por conseguinte, o encaminhamento para os profissionais que tratarão a causa destes desgastes. Desta forma, ficou evidente que o cirurgião-dentista é fundamental para definir o futuro da saúde bucal de pacientes com esta condição.

Levando em conta que existem diferentes fatores etiológicos envolvidos na ocorrência da erosão dentária, o diagnóstico e tratamento das suas causas, muitas vezes, vão além das atribuições do cirurgião-dentista. Sendo assim, o trabalho de uma

equipe multidisciplinar no tratamento de pacientes com erosão dentária de causa intrínseca, com profissionais da saúde como cirurgiões-dentistas, médicos gastroenterologistas e profissionais ligados a nutrição, com certeza possibilita um tratamento mais resolutivo. Sendo assim, para promover um cuidado integral aos pacientes, é de extrema importância que haja a interação entre profissionais de diferentes áreas da saúde.



## REFERÊNCIAS

1. Sosa-Puente C, Solis-Soto JM, Cruz-Fierro N, López-Villarreal S, Nakagoshi-Cepeda SE. Dental erosion: causes, diagnostics and treatment. In 2014.
2. Bartlett D. The implication of laboratory research on tooth wear and erosion. *Oral Dis.* janeiro de 2005;11(1):3–6.
3. Johansson A-K, Johansson A, Stan V, Ohlson C-G. Silicone sealers, acetic acid vapours and dental erosion: a work-related risk? *Swed Dent J.* 2005;29(2):61–9.
4. Kim H-D, Hong Y-C, Koh D-H, Paik D-I. Occupational exposure to acidic chemicals and occupational dental erosion. *J Public Health Dent.* 2006;66(3):205–8.
5. Piekarcz C, Ranjitkar S, Hunt D, McIntyre J. An in vitro assessment of the role of Tooth Mousse in preventing wine erosion. *Aust Dent J.* março de 2008;53(1):22–5.
6. Chehal HK, Pate DH, Cohen DM, Bhattacharyya I. Dental erosion due to excessive wine consumption. *Gen Dent.* outubro de 2009;57(5):519–23.
7. Geurtsen W. Rapid general dental erosion by gas-chlorinated swimming pool water. Review of the literature and case report. *Am J Dent.* dezembro de 2000;13(6):291–3.
8. Alex Arthur R, Naomi Hashizume L, Maltz M. Erosão dentária. In: *Cariologia: Conceitos Básicos, Diagnóstico e Tratamento Não Restaurados.* São Paulo: Artes Medicas; 2016. p. 112–28. (Abeno: Odontologia Essencial - Parte Clínica).
9. Schlueter N, Tveit AB. Prevalence of erosive tooth wear in risk groups. *Monogr Oral Sci.* 2014;25:74–98.
10. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R, Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* agosto de 2006;101(8):1900–20; quiz 1943.
11. Dent J, El-Serag HB, Wallander M-A, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut.* maio de 2005;54(5):710–7.
12. Moraes-Filho J, Ceconello I, Gama-Rodrigues J, Castro L, Henry MA, Meneghelli UG, et al. Brazilian consensus on gastroesophageal reflux disease: proposals for assessment, classification, and management. *Am J Gastroenterol.* fevereiro de 2002;97(2):241–8.
13. Abrahão Junior LJ, Lemme EMO. Manifestações extraesofágicas da DRGE. *J bras med.* dezembro de 2012;100(5):17–21.
14. Corrêa MCCSF, Lerco MM, Henry MAC de A. Estudo de alterações na cavidade oral em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico. *Arquivos de Gastroenterologia.* junho de 2008;45(2):132–6.

15. Biccas BN, Lemme EMO, Abrahão Jr. LJ, Agüero GC, Alvariz Â, Schechter RB. Maior prevalência de obesidade na doença do refluxo gastroesofágico erosiva. *Arquivos de Gastroenterologia*. março de 2009;46(1):15–9.
16. Barbour ME, Rees GD. The role of erosion, abrasion and attrition in tooth wear. *J Clin Dent*. 2006;17(4):88–93.
17. Shellis RP, Addy M. The interactions between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. *Monogr Oral Sci*. 2014;25:32–45.
18. Lussi A. Erosive tooth wear - a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci*. 2006;20:1–8.
19. Lussi A, Hellwig E. Risk assessment and preventive measures. *Monogr Oral Sci*. 2006;20:190–9.
20. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Investig*. março de 2008;12 Suppl 1:S65-68.
21. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol*. junho de 2018;89 Suppl 1:S74–84.
22. Lussi A, Jaeggi T. Erosion—diagnosis and risk factors. *Clin Oral Investig*. março de 2008;12(Suppl 1):5–13.
23. Jaeggi T, Lussi A. Prevalence, Incidence and Distribution of Erosion. *Erosive Tooth Wear*. 2014;25:55–73.
24. Dugmore CR, Rock WP. The progression of tooth erosion in a cohort of adolescents of mixed ethnicity. *Int J Paediatr Dent*. setembro de 2003;13(5):295–303.
25. Wang X, Lussi A. Assessment and management of dental erosion. *Dent Clin North Am*. julho de 2010;54(3):565–78.
26. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto (São Bernardo do Campo)*. dezembro de 2012;20(40):41–8.
27. Prevalence of dental erosion and the implications for oral health - Nunn - 1996 - *European Journal of Oral Sciences* - Wiley Online Library [Internet]. [citado 31 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0722.1996.tb00064.x>
28. Lussi A. Dental erosion clinical diagnosis and case history taking. *Eur J Oral Sci*. abril de 1996;104(2 ( Pt 2)):191–8.

## ABSTRACT

This article purpose is to alert to the importance of diagnosing tooth erosion from the early stages. To this end, the authors report a 10-year retrospective case of a patient treated at the Dental School of the Federal University of Rio Grande do Sul with a clinical diagnosis of intrinsic tooth erosion, in which the late diagnosis caused irreversible tooth structure losses to this patient. n the consult of initial exams, twenty two teeth showing varying degrees of wear. According to the patient, these wears has been attributed to bruxism while the erosive component, possibly was present, strengthening the wear promoted for friction. The good diagnosis made by the dentist and the referral of the patient to the professionals who will treat the origin of the problem are essential for the future oral health of patients with this condition.

Descriptors: Dental Erosion – Dentist – Diagnosis

#### 4 CONCLUSÃO

Sabe-se que os desgastes erosivos podem ser lentos e progressivos e que pacientes com DRGE podem ter a evolução acelerada desse processo. Através do relato da paciente e fotos obtidas retrospectivamente, foi possível avaliar o caráter longitudinal da erosão em paciente com DRGE sem tratamento. Levando em conta que existem diferentes fatores etiológicos envolvidos na ocorrência da erosão dentária, o diagnóstico e tratamento das suas causas, muitas vezes, vão além das atribuições do cirurgião-dentista. Quando for observada a presença de fator intrínseco envolvido ao processo de erosão ou, ainda, algum fator de risco que possa afetar a saúde geral do paciente, é fundamental que o cirurgião-dentista realize o encaminhamento para os profissionais que tratarão a causa do problema sistêmico. Além de encaminhar o paciente para outros profissionais, o tratamento dos pacientes com erosão pode ser definido através de uma abordagem multiprofissional, com integração entre cirurgiões-dentistas, médicos gastroenterologistas e profissionais ligados a nutrição, por exemplo. Atentar para importância de um olhar voltado para a integralidade destes pacientes e não somente para o ponto de vista clínico e técnico da odontologia possibilita o atendimento humanizado e um tratamento mais resolutivo. Esse relato auxiliará cirurgiões-dentistas e profissionais da saúde a um melhor diagnóstico e condução mesmo em presença de processo erosivo inicial.

## REFERÊNCIAS

1. Lussi A, Ganss C. Erosive Tooth Wear: From Diagnosis to Therapy. Germany. Karger Medical and Scientific Publishers; 2014. 298 p.
2. Sosa-Puente C, Solis-Soto JM, Cruz-Fierro N, López-Villarreal S, Nakagoshi-Cepeda SE. Dental erosion: causes, diagnostics and treatment. *J Oral Res* 2014; 3(4):257-61.
3. Lussi A, Hellwig E. Risk assessment and preventive measures. *Monogr Oral Sci.* 2006;20:190–9.
4. Lussi A. Erosive tooth wear - a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci.* 2006;20:1–8.
5. Johansson A-K, Johansson A, Stan V, Ohlson C-G. Silicone sealers, acetic acid vapours and dental erosion: a work-related risk? *Swed Dent J.* 2005;29(2):61–9.
6. Kim H-D, Hong Y-C, Koh D-H, Paik D-I. Occupational exposure to acidic chemicals and occupational dental erosion. *J Public Health Dent.* 2006;66(3):205–8.
7. Piekarcz C, Ranjitkar S, Hunt D, McIntyre J. An in vitro assessment of the role of Tooth Mousse in preventing wine erosion. *Aust Dent J.* 2008 Mar;53(1):22–5.
8. Chehal HK, Pate DH, Cohen DM, Bhattacharyya I. Dental erosion due to excessive wine consumption. *Gen Dent.* 2009 Oct;57(5):519–23.
9. Wilder-Smith CH, Materna A, Martig L, Lussi A. Gastro-oesophageal reflux is common in oligosymptomatic patients with dental erosion: A pH-impedance and endoscopic study. *United European Gastroenterol J.* 2015 Apr;3(2):174–81.
10. Otsu M, Hamura A, Ishikawa Y, Karibe H, Ichijyo T, Yoshinaga Y. Factors affecting the dental erosion severity of patients with eating disorders. *Biopsychosoc Med.* 2014;8:1-7.
11. Lussi A, Hellwig E, Zero D, Jaeggi T. Erosive tooth wear: diagnosis, risk factors and prevention. *Am J Dent.* 2006 Dec;19(6):319–25.
12. Moazzez R, Bartlett D. Intrinsic causes of erosion. *Monogr Oral Sci.* 2014;25:180–96.
13. Pace F, Pallotta S, Tonini M, Vakil N, Bianchi Porro G. Systematic review: gastro-oesophageal reflux disease and dental lesions. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008 Jun;27(12):1179–86.
14. Ranjitkar S, Kaidonis JA, Smales RJ. Gastroesophageal Reflux Disease and Tooth Erosion. *Int J Dent.* 2012;1-10.
15. Pindborg JJ. Pathology of the dental hard tissues. Philadelphia: Saunders; 1970. 312–25 p.

16. Alex Arthur R, Naomi Hashizume L, Maltz M. Erosão dentária. In: Maltz M, Tenuta LMA, Groisman S, Cury JA. *Cariologia: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurados*. São Paulo: Artes Medicas; 2016. p. 112–28. (Abeno: Odontologia Essencial - Parte Clínica).
17. Ganss C, Lussi A. Diagnosis of erosive tooth wear. *Monogr Oral Sci*. 2014;25:22–31.
18. Tuñas ITC, Medeiros UV, Tedesco G, Bastos LF. Erosão dental ocupacional: aspectos clínicos e tratamento. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2016 set;73(3):206.
19. Jaeggi T, Lussi A. Prevalence, Incidence and Distribution of Erosion. *Erosive Tooth Wear*. 2014;25:55–73.

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Relato de Caso****“Evolução da Erosão Dentária em 10 anos: Relato de Caso”**

Caro (a) paciente,

Você está sendo convidado (a) a participar de um Relato de Caso. Este relato tem a finalidade de alertar para a importância do diagnóstico precoce da erosão dentária, incluindo o diagnóstico diferencial com outros desgastes dentais como atrição e abrasão.

Você apresenta desgaste dentário associado a Erosão do tipo intrínseca. Nas fotos da sua documentação ortodôntica, em 2007, já foi possível observar os primeiros sinais clínicos de desgaste dentário. Durante atendimento na CO1 da FO UFRGS em 2017, os desgastes em seus dentes foram associados ao refluxo gastroesofágico que ficou sem tratamento por aproximadamente 10 anos. Portanto, o nosso objetivo é alertar cirurgiões-dentistas da importância de um diagnóstico de erosão dentária intrínseca desde seus estágios iniciais, para que ocorra um diagnóstico correto e tratamento efetivo.

**BENEFÍCIOS PREVISTOS NA PARTICIPAÇÃO DO RELATO DE CASO:** contribuir para o conhecimento sobre erosão dentária e beneficiar futuros pacientes.

**RISCOS PREVISTOS NA PARTICIPAÇÃO DO RELATO DE CASO:** Os riscos envolvidos são os comuns a uma consulta odontológica de exame. Além disso, há o risco de quebra de confidencialidade, no entanto, será minimizado com o cuidado para que nenhum dado que possa identifica-lo (a) seja utilizado.

Para a construção deste Relato de Caso utilizaremos os dados clínicos que encontram-se em seu prontuário odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e fotografias somente da sua arcada dentária, previamente autorizadas por Termo de Autorização de Uso de Imagem, mantendo o sigilo de sua identidade.

Fica assegurada a liberdade do (a) paciente de recusar-se a participar deste relato de caso.

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados sua participação no estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu concordar voluntariamente com a participação neste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

---

Nome do Paciente (letra de forma).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura

---

Nome do Pesquisador (letra de forma)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura e Carimbo do Pesquisador

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Responsáveis: Professora Dra. Clarissa Fatturi Parolo e Prof. Dra. Berenice Barbachan e Silva

Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Faculdade de Odontologia – UFRGS

Rua Ramiro Barcelos, 2492. Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS

Tel.: (51) 3308-5193 ou (51) 3308-5247



## APÊNDICE B - Termo de Autorização para Uso de Imagem

### Autorização para Uso de Imagem

Eu, \_\_\_\_\_, documento de identidade nº \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo através do presente termo, os pesquisadores Clarissa Fatturi Parolo, Berenice Barbachan e Silva, Kethlen Pinzon de Oliveira e Vinícius Furlan a utilizar os dados clínicos, fotográficos e documentação radiográfica que se encontram no prontuário odontológico de nº \_\_\_\_\_ da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para publicação de relato de caso clínico intitulado: Evolução da Erosão Dentária em 10 anos: Relato de Caso, para fins científicos e de estudo. É importante ressaltar a inexistência de informações que possam identificar-me no uso dos dados, ficando garantida a confidencialidade.

_____ Clarissa Fatturi Parolo	_____ Berenice Barbachan	Data: ___/___/___
_____ Pinzon de Oliveira	_____ Vinícius Furlan	

_____ Nome do participante ou responsável	Data: ___/___/___
_____ Assinatura do participante ou responsável	



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
SUL / PROPESQ ; UFRGS



Continuação do Parecer: 3.706.395

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Evolução da Erosão Dentária em 10 anos: Relato de Caso

**Pesquisador:** Clarissa Cavalcanti

**Fatturi Parolo Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 24492919.3.0000.5347

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.706.395

**Apresentação do Projeto:**

O projeto intitulado “Evolução da Erosão Dentária em 10 anos: Relato de Caso” é de responsabilidade da profa. Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo, da FO-UFRGS, e conta com a participação da profa. Berenice Barbachan e Silva, também da FO-UFRGS, e dos alunos de graduação em Odontologia, Vinicius Furlan e Kethlen Pinzon de Oliveira.

O referido estudo constituirá no trabalho de conclusão de curso da aluna.

A justificativa do estudo é baseada no fato de que a erosão é um desgaste da estrutura dentária resultante do seu contato com um ambiente ácido no meio bucal. Este ambiente pode ser originado por ácidos de origem extrínseca ou intrínseca. A erosão resulta da dissolução das camadas de esmalte e dentina de maneira rápida e agressiva, sem remineralização subsequente. É uma perda de tecido dentário ocasionada por processo químico de dissolução ácida ou quelação sem envolvimento bacteriano. Os ácidos de origem extrínseca podem ser originados de fontes ambientais, da dieta ou de medicamentos. Os fatores ambientais ocupacionais são aqueles que expõem o indivíduo a gases e aerossóis ácidos em ambientes específicos. Fatores dietéticos tem recebido também uma maior atenção. A atividade erosiva de ácidos presentes em bebidas e alguns produtos alimentícios, foi demonstrada por diversos estudos. Estudos de caso-controle, transversais e relatos de casos também mostram a dieta como importante fator etiológico para o desenvolvimento e progressão da erosão. A erosão pode ser resultante de contato da superfície

<b>Endereço:</b>	Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro		
<b>Bairro:</b>	Farrroupilha	<b>CEP:</b>	90.040-060
<b>UF:</b>	RS	<b>Município:</b>	PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b>	(51)3308-3738	<b>Fax:</b>	(51)3308-4085
		<b>E-mail:</b>	etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
SUL / PROPESQ ; UFRGS



Continuação do Parecer: 3.706.395

Página 01 de

dental com ácidos de origem endógena, como os que compõem o suco gástrico. Estes podem entrar em contato com os dentes nos casos de vômitos recorrentes, regurgitação ou refluxo gastroesofágico e causar erosão dental.

Neste cenário, o objetivo da pesquisa é alertar para a importância do diagnóstico, desde as fases iniciais, da erosão dentária.

Para tanto, os autores relatam um caso retrospectivo de 10 anos de uma paciente atendida na Faculdade Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com diagnóstico clínico de erosão dentária de causa intrínseca, em que o diagnóstico tardio fez com que a paciente tivesse perdas de estrutura dentária irreversíveis. O diagnóstico bem realizado pelo cirurgião-dentista e o encaminhamento do paciente aos profissionais que procederão o tratamento da origem do problema são essenciais para o futuro da condição de saúde bucal de pacientes com esta condição

Foi realizada descrição detalhada do caso clínico com base nos dados clínicos, fotográficos e documentação radiográfica da paciente que se encontram no prontuário odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, além dos relatos e percepção da paciente a respeito do seu próprio caso. A identidade da paciente será preservada e haverá autorização para o uso de imagens por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização para Uso de Imagem.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: O objetivo deste artigo é alertar para a importância do diagnóstico, desde as fases iniciais, da erosão dentária, incluindo o diagnóstico diferencial com outros desgastes dentais como atrição e abrasão, através de um relato de caso clínico com registro da evolução de erosão dentária em 10 anos.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

#### **Riscos:**

Os riscos envolvidos são os comuns de uma consulta odontológica de exame, além dos relacionados com a divulgação e identificação não autorizada pela paciente, porém todos os cuidados foram tomados para que não seja exibida a identidade da mesma e a autorização para uso de imagens foi obtida.

#### **Benefícios:**

Contribuir para o conhecimento sobre erosão dentária e beneficiar futuros pacientes e profissionais da saúde.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

<b>Endereço:</b>	Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro		
<b>Bairro:</b>	Farroupilha	<b>CEP:</b>	90.040-060
<b>UF:</b>	RS	<b>Município:</b>	PORTO ALEGRE
<b>Telefone:</b>	(51)3308-3738	<b>Fax:</b>	(51)3308-4085
		<b>E-mail:</b>	etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
SUL / PROPESQ ; UFRGS



Continuação do Parecer: 3.706.395

O presente projeto foi desenvolvido com delineamento de relato de caso, no qual os autores relatam um caso retrospectivo de 10 anos de uma paciente atendida na Faculdade Odontologia da Universidade

Federal do Rio Grande do Sul com diagnóstico clínico de erosão dentária de causa intrínseca, Neste sentido, a metodologia proposta sustenta os objetivos do estudo, que apresenta relevância e embasamento científico adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: foi apresentado modelo do referido termo. A linguagem está adequada e o mesmo é redigido sob a forma de convite.

Ficha de coleta de dados: não se aplica.

Cronograma: adequado.

Orçamento: no formulário da PB, o orçamento foi informado como R\$ 00,00.

Recomendações:

Sem recomendações.

Página 03 de

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O parecer é pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1417942.pdf	29/10/2019 18:22:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ArtigoErosao.docx	29/10/2019 18:21:37	Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo	Aceito
Outros	ufrgs_prontuario.pdf	29/10/2019 18:03:32	Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/10/2019 18:00:25	Clarissa Cavalcanti Fatturi Parolo	Aceito

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

**Bairro:** Farrroupilha **CEP:** 90.040-060

**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
SUL / PROPESQ & UFRGS



Continuação do Parecer: 3.706.395

Parecer Anterior	Parecercompesq.pdf	23/10/2019 10:43:32	Clarissa Cavalcanti Fattori Parolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	23/10/2019 10:38:16	Clarissa Cavalcanti Fattori Parolo	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/10/2019 10:35:29	Clarissa Cavalcanti Fattori Parolo	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	23/10/2019 10:33:54	Clarissa Cavalcanti Fattori Parolo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Página 04 de

PORTO ALEGRE, 14 de Novembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
**(Coordenador(a))**

Página 05 de

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br