

HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA EM PACIENTES COM LESÃO CERVICAL NÃO CARIOSA (LCNC)

Yasmim Braz Rezende¹
Sílvia Raquel Pinheiro de Melo²

RESUMO: As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) são lesões caracterizadas pela perda gradual de esmalte em regiões cervicais dos dentes, sem que haja envolvimento bacteriano e são classificadas em erosão, atrição, abrasão e abfração. Nesses casos de LCNC, onde há perda de estrutura dentária maior que 1mm, pode apresentar a hipersensibilidade dentinária, que é caracterizada por gerar uma dor específica, sendo ela aguda, provocada e de curta duração. Para o tratamento como um todo, irá consistir principalmente na eliminação do fator causal e posteriormente a obliteração da exposição dos túbulos dentinários dos elementos afetados através de um tratamento restaurador realizado com resinas compostas, realizado com o mesmo protocolo e técnicas utilizadas em restaurações convencionais.

Palavras-Chave: Hipersensibilidade dentinária. Lesão cervical não cariosa. Resinas compostas. Restaurações.

115

Área Temática

ABSTRACT: Non-carious cervical lesions (NCCLs) are lesions characterized by gradual loss of enamel in the cervical regions of the teeth, without involvement bacterial and are classified into erosion, attrition, abrasion and abfraction. In these LCNC cases, where there is loss of tooth structure greater than 1mm, hypersensitivity may occur dentinal pain, which is characterized by generating a specific pain, which is acute, provoked and short term. For the treatment as a whole, it will mainly consist of eliminating the causal factor and subsequently the obliteration of the exposure of the dentinal tubules of the elements affected through a restorative treatment carried out with composite resins, carried out with the same protocol and techniques used in conventional restorations.

Keywords: Dentin hypersensitivity. Non-carious cervical lesion. Composite resins. Restorations.

¹Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças, Mato Grosso.

²Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças, Mato Grosso.

INTRODUÇÃO

As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) são lesões diretamente caracterizadas pela perda gradual de esmalte em regiões cervicais dos dentes sem que haja envolvimento bacteriano (Reys et al., 2009). Quase sempre a etiologia das lesões cervicais não cariosas é multifatorial, podendo ter início através da erosão, atrição, abrasão ou abfração. Pela sua perda de estrutura de esmalte em região cervical, os dentes acometidos podem ser alvo de retenção de placa bacteriana, aumento da incidência de cárie, comprometimento da integridade estrutural do dente e até vitalidade pulpar, podendo ser também uma predisposição para o surgimento de hipersensibilidade dentinária em pacientes portadores da lesão, isso acontece pela perda de estrutura de esmalte, o que deixa os túbulos dentinários expostos ao meio bucal (Coleman; Grippo; Simring, 2010).

Apesar da literatura preconizar que as lesões cervicais não cariosas são de etiologia multifatorial, existem alguns fatores importantes para serem citados, os quais podem ser responsáveis por ocasionar as LCNC, como a escolha inadequada da escova dental, técnica de escovação inadequada e contato oclusal prematuro, apertamento dos dentes, bruxismo, dietas ácidas, refluxo e doença do aparelho digestivo. Segundo os pesquisadores, as LCNC podem acometer qualquer elemento dentário, no entanto, existem estudos com resultados de pesquisas realizadas, onde evidenciam que as LCNC têm maior taxa de surgimento em premolares, sendo subdividido ainda com acometimento mais comum em premolares inferiores (Borcic et al., 2004).

Nos casos de LCNC com hipersensibilidade dentinária é caracterizada por gerar uma dor específica, sendo ela aguda, provocada e de curta duração. Diante da perda de estrutura de esmalte e exposição da dentina supra ou subgingival, automaticamente há exposição dos túbulos dentinários, fazendo com que a intensidade da hipersensibilidade seja variada e acarretada por fatores externos estimulante para a dentina (Aguiar; Almeida; Menezes, 2013).

Para o tratamento como um todo, irá consistir principalmente na eliminação do fator causal e posteriormente a obliteração da exposição dos túbulos dentinários dos elementos afetados, para isso, pode ser feita a utilização de métodos como aplicação de materiais fluoretados, dessensibilizantes, sistemas adesivos e restaurações em CIV ou resinas compostas (Rocha et al., 2016).

Vale lembrar que independente do tratamento de escolha, é indispensável que o cirurgião-dentista responsável oriente detalhadamente seu paciente sobre a higiene bucal do paciente, bem como técnica de escovação adequada, técnica para o uso do fio dental, até mesmo na escolha correta da escova dental e creme dental (Xavier; Pinto; Cavalcante, 2012).

Dado o exposto, por ser um assunto pouco comentado e bastante ocorrido na população brasileira, o presente trabalho foi pensado com o objetivo de relatar mais especificamente sobre as LCNCs, mostrando suas causas, os seus tipos, em quais dentes elas podem ser acarretadas, como estabelecer o correto diagnóstico das mesmas e trazer soluções viáveis e adequadas para o tratamento visando sempre proporcionar maior conforto e satisfação do paciente ao final do tratamento proposto pelo profissional.

METODOLOGIA

Paciente A.L.B.R. de 49 anos de idade, do sexo feminino, compareceu até a clínica odontológica do Centro Universitário do Vale do Araguaia (UNIVAR) se queixando de dor e sensibilidade em alguns elementos dentários da arcada superior. Diante a queixa principal da paciente, foi realizado uma anamnese detalhada onde relatou que fez uso de aparelho ortodôntico por um longo período, porém o tratamento não foi finalizado.

Após anamnese, foi realizado o exame clínico intraoral, o qual constatou a presença de LCNCs em 10 elementos dentários da arcada superior, o que estaria causando a hipersensibilidade ao receber estímulos externos, como ingestão de bebidas e alimentos gelados, jatos de ar e até mesmo ao escovar os dentes. Ao final da consulta, foi realizado pedido de exame de imagem complementar radiográfico panorâmica para posteriormente poder realizar uma avaliação de reabsorção óssea e radiculares. Assim, pudemos prosseguir para a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Diante do diagnóstico de LCNCs após o exame clínico, foi proposto para a paciente que fizéssemos restaurações em resinas compostas para corrigir as lesões tanto em quesito sintomatológico como a hipersensibilidade dentinária, funcional e estético.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas fotos iniciais, foi realizado fotos na frontal (Fig. 1A), e na visão lateral direita (Fig. 1B) e visão lateral esquerda da arcada superior da paciente (Fig. 1C).

Figuras: 1 A. Vista frontal . Vista lateral direita da arcada superior. C. Vista lateral esquerda da arcada superior.



Fonte: autoria própria.

O próximo passo foi realizar a inserção de fio retrator nas cervicais dos dentes a serem trabalhados, o fio utilizado foi Fio Retrator (Retraflexooo-Biodinâmica®), embebidos em solução hemostática, a utilizada foi a Solução Hemostática (Hemostank - Biodinâmica®) e para a inserção do fio retrator foi utilizado a Espátula de inserção de Fio Retrator Serrilhado nº 113 (Hu-Friedy®). Assim, com todos os fios retratores devidamente inseridos, prosseguimos para a técnica anestésica infiltrativa no fundo de vestibulo dos dentes que receberiam os grampos para isolamento (15 e 25). Após a anestesia prosseguimos para o isolamento absoluto (Fig. 2)

118

Figura :2. Isolamento absoluto



Fonte: autoria própria.

No tratamento restaurador pode ocorrer que entre saliva ou sangue no campo operatório. Diante disso, é de suma importância a utilização do isolamento absoluto durante o procedimento restaurador. (Samaranayabe, et al.,1989).

Após a realização do isolamento absoluto, iniciamos o processo em si de restauração das LCNC com resinas compostas, seguindo os protocolos da instituição. Por não precisar de preparo da cavidade, iniciamos com os procedimentos para a restauração com o condicionamento Ácido Fosfórico 37% (FGM®), (Fig. 3A) sendo aplicado em dentina por

menos de 15 segundos. Lavado em abundância para remoção do ácido e secado, assim a cavidade ficou pronta para receber o sistema adesivo Ambar (FGM®), aplicou-se a primeira camada com microbrush (All Prime®) (Fig.3B) e leve jato de ar para que o material espalhar por toda a cavidade e fotopolimerizar com Fotopolimerizador (Schuster®) por 20 segundos (Fig.3C), seguindo para a segunda camada de aplicação do adesivo, seguindo o mesmo procedimento anterior. Assim, a cavidade estava pronta para receber os incrementos de resina composta, então iniciamos com incremento de resina composta (Vittra APS®) na cor EA3, acomodando na cavidade com auxílio de espátula para resina nº 1 (Quinelato®) e sempre alinhando com a anatomia e curvaturas do dente, foi dado acabamento com pincel de pelo de marta antes e seguiu-se para a fotopolimerização da resina por 20 segundos, os dentes que estavam com maior desgaste de estrutura dentária, foi realizado incremento de resina composta de dentina (Vittra APS®) na cor DA3, para mascarar a cor do substrato trazendo uma melhor estética para o caso. Após realizar as restaurações nos dentes (de 15 a 25), foi realizado ajuste da margem cervical com Broca Carbide Multilaminada para Desbaste (FG – Microdont®) com objetivo de nivelar a resina composta removendo qualquer irregularidade que possa invadir o espaço biológico da gengiva fazendo com que acumule alimentos e conseqüentemente afete a saúde periodontal da paciente.

Figuras: 3 A. Condicionamento ácido; B. Sistema adesivo C; Fotopolimerização da resina composta.



Fonte: autoria própria.

O condicionamento ácido consiste na aplicação do ácido fosfórico 37% na extensão de toda a cavidade a ser restaurada, estendendo-se ainda 2mm além de seus limites externos, ao passar 15 segundos é necessário realizar uma lavagem abundante para remover todo o ácido da cavidade (Baratieri et al., 2013).

Foi agendado o retorno da paciente para a última consulta, onde foi efetuado o passo final para conclusão do tratamento de restaurações das LCNCs, sendo eles o acabamento e polimento das restaurações. Nessa etapa, foi dado início ao acabamento e polimento utilizando os Disco de lixas (Praxis – PDV®), acopladas no mandril em baixa rotação, começando com a granulação fina (Fig.4A) e granulação extrafina (Fig.4B) para melhor acabamento e polimento.

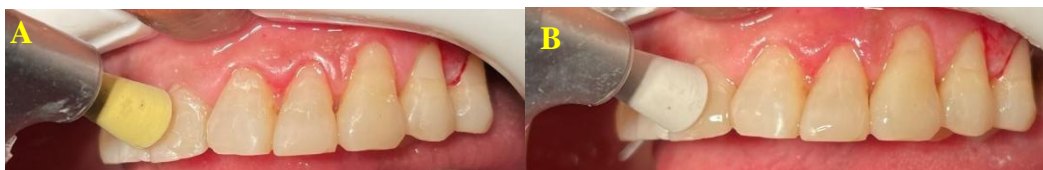
Figuras: 4 A e B. Acabamento e polimento com discos



Fonte: autoria própria.

Após os discos de lixa o próximo passo foi utilizando o Kit de acabamento e polimento para resinas compostas (Microdont®) (Fig.5 A e B).

Figuras 5: A e B. Acabamento e polimento das restaurações em resinas compostas



Fonte: autoria própria.

Seguido dos acabamentos e polimentos com discos de lixas e taças de borrachas, prosseguimos para o polimento das restaurações com disco de feltro – Septodont® (Fig.6A) e disco de pelo de cabra – CA (American Burrs®) (Fig.6B) em conjunto também da pasta de

polimento Diamond R (FGM ®) para assim poder conferir um maior acabamento e brilho das restaurações em resinas compostas as tornando esteticamente mais bonitas.

Figuras 6: A e B. Polimento das restaurações em resinas compostas



Fonte: autoria própria.

Aspecto do diagnóstico final das restaurações em resinas compostas de classe V nos dentes 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 e 25 (Fig. 7), os quais no diagnóstico inicial estavam com perda de estrutura dentária por lesões cervicais não cariosas as quais ocasionadas por hábito parafuncional (bruxismo), atrição dentária e tratamento de aparelho ortodôntico inacabado.

Figura 7: Aspecto do diagnóstico final das restaurações em resinas compostas.



Fonte: autoria própria.

CONCLUSÃO

Diante o trabalho exposto baseado em conteúdos científicos, pode-se concluir que a anamnese e coleta de dados sobre a rotina diária e hábitos da paciente são de suma importância para poder firmar um diagnóstico, traçar um plano de tratamento de qualidade que atendam com as expectativas e conseqüentemente tendo um bom prognóstico das LCNCs. Assim como a escolha adequada do tratamento e uma boa execução da técnica de restauração em resinas compostas das LCNCs podem proporcionar um resultado satisfatório em quesito estético, funcional e principalmente sintomatológico em casos de hipersensibilidade dentinária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, C.M.; ALMEIDA, E.C.B.; MENEZES, M.R.M. Tratamento da hiperestesia dentinária com laser de GaAIs. *Odontologia Clín Científ*, v. 5, ed. 2, p. 143152, 2006.

BARATIERI, L.N.; MONTEIRO J.R. et. al. **Odontologia Restauradora- Fundamentos & Técnicas: vol. 1.** 1ª edição, São Paulo: Santos Editora Ltda., 2013.

BORCIC J. et al. A prevalência de lesões cervicais não cariosas na dentição permanente. **J Reabilitação Oral.** 2004; 31 :117-23.

COLEMAN, T.A.; GRIPPO, J.O.; SIMRING, M; Abfraction, abrasion, biocorrosion, and the enigma of noncarious cervical lesions: a 20- year perspective. **Esthet Restor Dent**, v. 24, ed. 1, p. 10-23, 2012.

REYS et al, Abfractions and attachment loss in teeth with premature contacts in centric relation: clinical observations. **J Periodontol**, J Periodontol, v, n. 2, ed. 12, 2009.

ROCHA, C. et al. Efeito de agentes dessensibilizantes na obliteração dos tubúlos dentinários - estudo in vitro. **Rev Bras Odontol.** 2016;73(4):272-6.

SAMARANAYABE, L.P. et al. The efficacy of rubber dam isolation in reducing atmospheric bacterial contamination. **ASDC J. Dent. Child.**, v.56, p.442, 1989.

XAVIER, A.; PINTO, T.; CAVALCANTI, A. Lesões Cervicais não cariosas: um panorama atual.

Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2012; 24(1): 57-66.