



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

VICTOR LINS DOS SANTOS

**LESÕES NÃO CARIOSAS NA TERCEIRA IDADE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

VICTOR LINS DOS SANTOS

**LESÕES NÃO CARIOSAS NA TERCEIRA IDADE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do título de Cirurgião-dentista,
pelo curso de Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba-UEPB- Campus I –
Campina Grande- PB

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Chaves de
Vasconcelos Catão

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S2371 Santos, Victor Lins dos.

Lesões não cáries na Terceira Idade [manuscrito] : uma revisão da literatura / Victor Lins dos Santos . - 2014.
23 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Dra. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão, Departamento de Odontologia".

1. Erosão dentária. 2. Odontogeriatría. 3. Saúde do idoso. I.
Título.

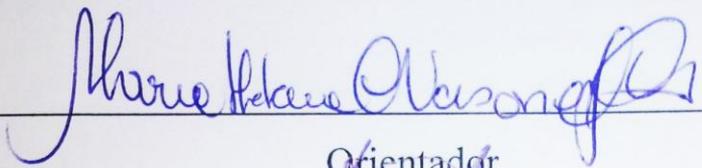
21. ed. CDD 617.63

VICTOR LINS DOS SANTOS

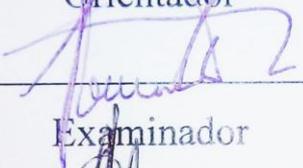
LESÕES NÃO CARIOSAS NA TERCEIRA IDADE:
UMA REVISÃO DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do título de Cirurgião-dentista,
pelo curso de Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba-UEPB- Campus I –
Campina Grande- PB

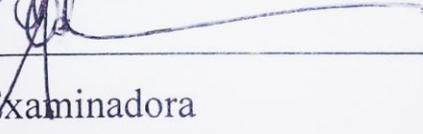
Aprovado em: 04/12/2014



Orientador



Examinador



Examinadora

Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, por ter me ajudado a chegar até aqui. *In memoriam* do meu avô Severino que foi a principal fonte de incentivo para seguir seus passos nessa profissão. E por últimos aos meus pais, Gilberto e Francineide, por nunca me deixarem desanimar mesmo diante de tantas dificuldades.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão, por toda sua dedicação e companheirismo como minha orientadora, toda minha gratidão e admiração.

À Prof^a. Dr^a Carmen Lúcia Soares Gomes de Medeiros e ao Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante, por todos os ensinamentos e experiências transmitidas durante os últimos três anos, que me ajudaram a se tornar um profissional de qualidade, como também por terem me dado a honra de tê-los como membros da minha banca examinadora.

À minha noiva, Elivânia Brito, por todo apoio e paciência, e por nunca ter me deixado abalar pelas dificuldades enfrentadas na vida acadêmica e pessoal.

Ao meu grande amigo, Anderson Maikon, que me acompanhou e incentivou durante essa jornada, o qual sou grato pela sua amizade e que esta seja duradoura.

Aos amigos Bento Pacelly, Antonio Lenilson, José Venicius, Tâmara Pereira, Thiago Muniz e Flaubert Wesley, com os quais dividi momento de aflição e alegria no decorrer dos últimos cinco anos, que a nossa amizade transpasse o tempo de UEPB e perdure por toda a vida.

Aos meus primos, Rodrigo Ferreira e Bruno Ferreira, por nunca me deixarem desistir de tornar real o sonho do meu avô, e seguir lutando para efetivar esta conquista.

Ao meu tio Edenildo, por não ter medido esforços para me ajudar durante este curso de graduação, a este tenho grande gratidão.

RESUMO

Na sociedade atual os idosos são cada vez mais numerosos, fazendo com que este grupo social torne-se mais presente também na clínica odontológica. Diversas alterações fisiológicas acometem os pacientes da terceira idade, e estas alterações tem repercussões diretas ou indiretas na cavidade bucal. A presença de hábitos deletérios, má oclusão e exposição a substâncias ácidas são muitas vezes observada nestes pacientes, e frequentemente causam danos mais marcantes nos idosos, principalmente influenciados pelo longo período que os dentes estão expostos a esses fatores. Alterações na estrutura dentária são exemplos de danos causados pelos fatores anteriormente mencionados, e dentre essas alterações da estrutura dentária se destacam as lesões não cáries, que são aqui representadas pela erosão, abfração e abrasão. As lesões não cáries apresentam diagnóstico difícil, e estão muitas vezes associadas entre si. Por isto necessitam de tratamento específico e, por terem etiologia multifatorial, multidisciplinar, estando envolvidos no tratamento outros profissionais da saúde, como: médico, nutricionista e psicólogo.

Descritores: Erosão dentária. Abfração dentária. Abrasão dentária. Odontogeriatrics.

ABSTRACT

In today's society the elderly are increasingly numerous, making this social group become more present also in the dental clinic. Several physiological changes affect patients of old age, and these changes have direct or indirect effects in the oral cavity. The presence of harmful habits, malocclusion and exposure to acidic substances are often observed in these patients, and often cause the most striking damage in the elderly, mainly influenced by the long period that the teeth are exposed to these factors. Changes in tooth structure are examples of damage caused by the factors mentioned above, and among these changes tooth structure stand out non-carious lesions, which are represented here by erosion, abfraction and abrasion. Non-carious lesions present difficult to diagnose and are often associated with each other. Therefore require specific treatment, and have multifactorial etiology multidisciplinary, being involved in treating other health professionals, such as doctor, nutritionist and psychologist.

Descriptors: Dental erosion. Dental abfraction. Dental abrasion. Geriatric Dentistry.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA TERCEIRA IDADE E SUA RELAÇÃO COM A ODONTOLOGIA.....	10
2.2. ALTERAÇÕES BUCAIS NA TERCEIRA IDADE.....	11
2.3. LESÕES NÃO CARIOSAS: CONCEITOS, ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	11
2.4. TRATAMENTO DAS LESÕES NÃO CARIOSAS	15
3 OBJETIVOS.....	17
3.1. OBJETIVO GERAL.....	17
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 DISCUSSÃO.....	19
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como vários países do mundo, está envelhecendo rapidamente. O idoso pode ser considerado como aquele indivíduo com mais de 60 anos e faz parte do contingente populacional que mais cresce em termos proporcionais (CAVALCANTE, FREITAS, ALBUQUERQUE, 2012).

Diversas alterações afetam a cavidade bucal do ser humano no decorrer do envelhecimento, dentre elas podemos citar as lesões dentárias não cariosas, estas fazem parte de um processo fisiológico que ocorre com o decorrer do envelhecimento, mas pode ser considerado patológico quando o grau de destruição cria problemas funcionais, estéticos ou de sensibilidade dentária (AMARAL *et al.*, 2012).

O desenvolvimento de lesões não cariosas em idosos é decorrente da maior permanência dos dentes no arco dentário e do contato com fatores etiológicos (MOLENA *et al.*, 2008).

As lesões não cariosas são cada vez mais prevalentes, com diversos fatores etiológicos associados, e variam desde pequenas ranhuras até amplas cavidades que se estendem pela superfície radicular, sem um processo carioso (OLIVEIRA, CATÃO, CARNEIRO, 2011).

A presença de lesões não cariosas pode gerar problemas de ordem estética e funcional, decorrentes da sensibilidade dentinária. Esse grupo de lesões tem grande complexidade na prática clínica odontológica no que se refere à identificação do agente etiológico e ao tratamento adequado (GONÇALVES, DEUSADARA, 2011; OLIVEIRA, CATÃO, CARNEIRO, 2011).

Na prática odontológica atual, é comum observar tais perdas na estrutura do dente, as lesões mais prevalentes são abrasão, erosão e abfração. Seu diagnóstico, porém, muitas vezes é complexo, já que essas lesões podem estar associadas entre si (GONÇALVES, DEUSADARA, 2011).

Os fenômenos que podem causar desgaste não carioso em superfície dentária são: atrição que caracteriza contato de dente com dente durante atividade mastigatória normal ou parafuncional; abrasão que se caracteriza pelo desgaste do dente por meio de processos friccionais biomecânicos; erosão que caracteriza desgaste de dente por ação química ou eletroquímica de origens intrínseca ou extrínseca e abfração como sendo a

perda microestrutural de substância dentária em áreas de concentração de tensão (GRIPPO *et al.*, 2004; 2012).

Diante disto o objetivo do presente trabalho é apresentar uma revisão da literatura a cerca da prevalência das lesões não cariosas em idosos, bem como o tratamento mais adequado.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DA TERCEIRA IDADE E SUA RELAÇÃO COM A ODONTOLOGIA

O crescimento do número de idosos no Brasil não foi acompanhado pelo aumento da quantidade de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das condições de saúde bucal dos mesmos. Nos últimos anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente a descobertas na prevenção e no tratamento da cárie em crianças de até 12 anos (REIS, MARCELO, 2006). Formas variadas de desgaste dentário são observados constantemente na clínica odontológica, dentre as quais estão as lesões cervicais não-cariosas (LCNC) alguns resultados têm demonstrado que a prevalência dessas lesões aumenta com a idade (BERNHARDT *et al.*, 2006).

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante nesse contexto. Saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa (ROSA *et al.*, 2008).

4.2 ALTERAÇÕES BUCAIS NA TERCEIRA IDADE

Durante o processo de envelhecimento algumas alterações são constantemente observadas na fisiologia da cavidade bucal, tais como: hipossalivação, disfagia, xerostomia, sendo estas fortemente influenciadas pela diminuição da saliva que é causada por mudanças estruturais nas glândulas salivares, onde ocorre a substituição das células acinosas por tecido conjuntivo ou adiposo (RIVALDO *et al.*, 2008), é importante lembrar que a saliva é um dos principais elementos envolvidos na homeostasia da cavidade bucal e do trato digestório (CORREA *et al* 2012).

A estrutura dentária na terceira idade também sofre alterações frequentemente, tais como, o desgaste dentário por atrito, que começa desde a sua erupção (BRUNETTI, MOTENEGRO, 2002). Essa perda de tecido duro expõe dentina e cimento, com consequente sensibilidade dentinária e desconforto estético para o paciente (BARTLETT, SHAH, 2006). Entretanto, a perda da substância dental pode ser

resultante dos processos de erosão, atrição e abrasão isolados ou combinados (RIVALDO *et al.*, 2008).

Esses desgastes dentários não são causados por cárie ou trauma são resultantes do processo fisiológico durante o envelhecimento, podendo gerar problemas estéticos, funcionais ou de sensibilidade dental (BISHOP *et al.*, 1997). Contudo, os desgastes cervicais apresentam aumento proporcional ao envelhecimento da população (QUE *et al.*, 2013), causado por fatores múltiplos e de diagnóstico complexo, dada a dificuldade de se identificar a causa primária (HOBKIRK, 2007). No caso dos idosos a maior permanência dos dentes no arco e irá causar ainda mais perda dessa estrutura devido ao maior tempo de exposição a esses fatores que podem atuar na origem da perda da estrutura dentária, dentre eles as atividades funcionais e parafuncionais, a dieta, as doenças sistêmicas ou alimentares, os fatores salivares, os hábitos de higiene e também a atividade ocupacional (MOLENA *et al.*, 2008).

A prevalência das Lesões não cariosas vem aumentando à medida que se eleva a expectativa de vida da população (BRAEM , LAMBRECHTS, VANHERLE, 1992) variando de 5 a 85%, independentemente da forma e da etiologia (LIMA, FILHO, LOPES, 2005) sendo possível identificar essas lesões em todos os grupos dentários (GRIPPO, 1991) tanto em pacientes idosos quanto jovens e os grupos de dentes mais acometidos pelas lesões não cariosas são os primeiros pré-molares inferiores e todos os primeiros molares (BORCIC *et al.*, 2004).

Segundo Bergström e Lavstedt (1979) a quantidade de dentes com desgaste cervical em pessoas com 65 anos ou mais é três vezes maior do que nos indivíduos com idade entre 26-35 anos.

4.3 LESÕES NÃO CARIOSAS: CONCEITOS, ETIOLOGIA E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A permanência dos dentes naturais em indivíduos de meia idade e mais velho é algo cada vez mais comum, e uma das alterações dentárias mais encontradas são as lesões não cariosas as quais se manifestam com grande variabilidade de grau e nível. Geralmente é multifatorial e deve ser visto como o processo natural do envelhecimento causando alterações nas estruturas dentárias da mastigação.

A lesão cervical não cariosa caracteriza-se por perda de estrutura dentária na junção esmalte-cimento por meio de processo não cariioso que pode ter como consequências sensibilidade dentinária, retenção de placa, cárie, perda da integridade estrutural e da vitalidade pulpar (AW *et al.*, 2002; MICHAEL *et al.*, 2009; PIECE *et al.*, 2011).

A erosão, a abfração, a abrasão e suas interações são as principais causas das lesões não cariosas dos dentes (AMARAL *et al.*, 2012; OLIVEIRA, CATÃO, CARNEIRO, 2011). A erosão dentária é uma lesão multifatorial, causada pela ação química de ácidos de origem não bacteriana sobre a superfície dentária, onde ocorre a perda da estrutura mineralizada de forma irreversível. É um processo crônico natural, que se apresenta ainda mais marcante nos idosos devido ao maior tempo de exposição dos dentes a esse processo, bem como a hipossalivação, frequentemente observada nesses pacientes, pode-se classificar a erosão em intrínseca ou extrínseca, segundo a origem do ácido causador da lesão (AMARAL *et al.*, 2012; PIANGPRACH *et al.*, 2009; RIVALDO *et al.*, 2008; TORRES *et al.*, 2010). Clinicamente, as lesões de erosão caracterizam-se pela perda do brilho normal dos dentes, sendo a superfície da lesão muito lisa e altamente polida, côncava, larga e arredondada, rasa e sem ângulos nítidos, podendo apresentar uma coloração alterada da superfície dentária (ZERO, LUSSI *et al.*, 2000; LORENZONI; BONFANTE; BONFANTE, 2010).

Mulic *et al.* (2012) observaram que quanto mais velhos são os indivíduos, maior é a presença de lesões erosivas nos mesmos, além de serem mais profundas, havendo um maior envolvimento de dentina quando comparada com a população mais jovem de 18-25 anos, observaram ainda que os dentes mais afetados são os incisivos centrais superiores, seguidos pelos primeiros molares.

A **Abfração**, por sua vez, é uma lesão decorrente da atividade funcional anormal que afeta a região cervical dos dentes. Essa lesão decorre de forças oclusais traumáticas que provocam flexões dentais e que alteram o esmalte, a dentina e o cimento, distante do local da oclusão traumática. Caracteriza-se pela perda de estruturas dentais em forma de fenda, na região do colo, em que o fator primordial é a carga excessiva de oclusão, pode ainda estar associada a outras lesões não cariosas, geralmente, a abrasão, onde fatores mecânicos externos podem agravar ainda mais os efeitos da abfração (GONÇALVES, DEUSADARA, 2011). Representa a perda microestrutural de substância dentária em áreas de concentração de tensão.

Lima, Humerez Filho e Lopes (2005) examinaram 108 pacientes do sexo masculino e feminino com idades variando entre 21 e 64 anos. E observaram uma relação direta entre idade e o acometimento por lesões de abfração (69%), onde quanto mais velhos eram os pacientes, mais lesões de abfração eram encontradas.

Já a **Abrasão** é definida como um desgaste patológico do tecido dentário oriundo de contato mecânico excessivo e repetitivo (ECCLES, 1979). A aparência inicial é de ranhuras pequenas horizontais na superfície vestibular ou raramente na lingual ou palatina, na superfície dos dentes naturais próximos a união amelocementária. Nos estágios mais avançados as lesões formam classe cinco que terá o formato de cunha formando um ângulo axial com o dente adjacente (MARZOUK *et al.*, 1985). Essas lesões em pouquíssimas vezes podem apresentar acúmulo de placa ou cáries nos dentes (BRADLEY, WILLIAN , EVERETT , 2001). A abrasão quando somada ao efeito corrosivo dos ácidos que promovem a erosão aumentaria a quantidade de desgaste em 50% (EISENBURGER *et al.*, 2003).

A **atrição** é a quebra de estrutura resultante do contato dente a dente, através dos movimentos de funções ou parafunções (SHAFER *et al.*, 1985). Por sua natureza, se apresenta como facetas de desgastes geralmente bem definidos, planas, com bordas bem circunscritas. Pode ocorrer nas faces oclusais, incisais e também oclusal anômala. Esse fenômeno é mais fisiológico do que patológico, estando associado ao processo de envelhecimento. Quanto mais idosa for a pessoa, mais acentuada será a atrição (SHAFER *et al.*, 1985; IMFELD, 1996).

A **erosão** refere-se à perda de estrutura dentária por processo químico de origem não bacteriana. O processo erosivo de origem intrínseca é resultante do contato dos ácidos gástricos que atingem a cavidade oral, proveniente de regurgitação gastroesofágica e à superfície dos dentes. Portanto, é a dissolução química de substância dentária proveniente de fontes dietéticas, ocupacionais ou intrínsecas (BORCIC *et al.*, 2004; IMFELD, 1996).

A prevalência das lesões cervicais não cariosas vem aumentando à medida que se eleva a expectativa de vida da população (BRAEM, LAMBRECHTS, VANHERLE, 1992), variando de 5 a 85%, independentemente da forma e da etiologia (LIMA FILHO HH, LOPES, 2005).

A erosão resulta da exposição a ácido e atinge vários elementos dentários. E em muitos casos a dissolução é superficial. A regurgitação repetida dos sucos gástricos,

causada, principalmente, pelo enfraquecimento e controle dos esfínters em idosos, usualmente corrói as faces dos dentes anteriores e pré-molares (DUALIB *et al.*, 1989).

A erosão é classificada de acordo com a fonte do ácido: intrínseca ou extrínseca. Os fatores internos ou intrínsecos são endógenos do paciente, como ácidos gástricos que ficam em contato com a superfície dental durante uma anorexia nervosa, bulimia, hipertireoidismo ou distúrbio gastroesofágico (POPOFF *et al.*, 2010) e em alguns pacientes portadores de necessidades especiais. Além disso, deve-se mencionar que demonstram maior susceptibilidade ao aparecimento da lesão os pacientes que apresentam xerostomia, isto é, diminuição de liberação de saliva, que tem papel importante no tamponamento dos ácidos (POPOFF *et al.*, 2010; MAGALHÃES *et al.*, 2005).

A erosão extrínseca tem ação desmineralizadora é promovida por alimentos e bebidas com pH abaixo do nível crítico para a desmineralização (LITONJUA *et al.*, 2003; MOLENA *et al.*, 2008), que levam à dissolução dos cristais de hidroxiapatita e fluorapatita que constituem o esmalte. Os alimentos mais envolvidos nestes processos são as frutas (em especial os citrinos) e os refrigerantes, que contêm ácido cítrico e vitamina C (ácido ascórbico), duas substâncias de grande potencial erosivo (MAGALHÃES *et al.*, 2008; ATTIN *et al.*, 2008).

A erosão intrínseca tem na sua gênese doenças caracterizadas pelo refluxo gastroesofágico ou xerostomia (diminuição do fluxo salivar) (RANDAZZO, AMORMINO, SANTIAGO, 2008; ATTIN *et al.*, 2008). Assim, pacientes medicados com anti-histamínicos e anti-heméticos, bem como irradiados da cabeça e do pescoço, são mais propensos a fenômenos de erosão, dado que apresentam menor quantidade de produção salivar (BARATA, FERNANDES, FERNANDES, 2000).

As lesões de erosão intrínseca podem ser classificadas segundo o grau de severidade em: superficial (ou classe I), quando acomete apenas a superfície do esmalte; localizada (ou classe II), quando atinge menos de 1/3 da ; e em extensa (ou classe III), quando a lesão abrange mais de 1/3 da dentina (RANDAZZO, AMORMINO, SANTIAGO, 2008).

4.4 TRATAMENTO DAS LESÕES NÃO CARIOSAS

A perda de estrutura dentária por erosão, abrasão e abfração dificilmente aparece isolada. O paciente busca tratamento quando apresenta dor (sensibilidade dentária), função alterada e quando interfere na estética. Para os cirurgiões dentistas existe uma grande dificuldade em identificar a etiologia das lesões. Quando identificados, exige mudanças de hábitos do paciente, que geralmente é de difícil aceitação pelos mesmos.

A confusão entre o fator etiológico principal, como a erosão ou atrição, pode ser um fator agressor adicional. Se o profissional não identifica uma erosão dental por ácidos e diagnostica-a como facetas parafuncionais de bruxismo, vai indicar uma placa miorelaxante que vai reter mais ácidos, aumentando a erosão (LORENZONE, BONFATE, BONFATE, 2010).

Para o tratamento adequado, após correto diagnóstico da lesão deve ser investigado o fator etiológico da mesma, para então seguir com o planejamento do tratamento, desde o encaminhamento para tratamento com outros profissionais da área da saúde (médico, psicológico, nutricionista) e tratamento restaurador para restabelecer a estética, a função e o equilíbrio oclusal e muscular do paciente (BRANCO *et al.*, 2008).

Em 1997, Dragoo propôs algumas características ideais, que segundo o autor, os materiais restauradores de lesões em região subgingival deveriam conter, dentre eles: biocompatibilidade, adesividade, sistema de polimerização dual, liberação de flúor, baixa contração de polimerização, insolubilidade aos fluidos orais, radiopacidade e ausência de microinfiltração.

De uma forma geral no tratamento da erosão deve ser indicada a redução do consumo de substâncias ácidas, o bochecho com fluoreto de sódio a 0,05%, bem como a não escovação dos dentes logo após a ingestão de bebida ácida. Dentre os tratamentos pode ser indicada a restauração com resina composta ou com porcelana, o uso de placa de proteção noturna em caso de associação com bruxismo, dentre outros (CARDOSO, 2007).

Na Abfração existem diversas técnicas e materiais dentre eles o Cimento de Ionômero de Vidro (CIV), Compostos à base de resinas Poliácido-modificadas e CIV resinoso (FRUITS *et al.*, 2002; MATIS *et al.*, 2006; PEAUMANS *et al.*, 2007; TAY *et al.*, 1994).

Para a abrasão não é diferente, além da remoção do fator etiológico é necessária a restauração da lesão (SANTAMARIA *et al.*, 2007). Que pode ser realizada com CIV

resinoso modificado (DRAGOO, 1997; LUCCHESI *et al.*, 2007; MARTINS *et al.*, 2007; SANTAMARIA, *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2007) e resina composta microparticulada (LUCCHESI *et al.*, 2007; MARTINS *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2007).

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência do aparecimento de lesões não cariosas em idosos da sociedade brasileira através de uma revisão da literatura.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar a prevalência de lesões não cariosas na terceira idade;
- Identificar o tratamento das lesões não cariosas na terceira idade .

3 METODOLOGIA

Para realização do presente trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica a fim de localizar e selecionar artigos recentes e/ou relevantes a cerca do tema: “Lesões não cariosas em idosos”, foram encontrados artigos nas bases de dados do Scielo, Bireme, LILACS e PubMed, e utilizou-se as palavras chaves: lesão não cariiosa, idosos, Abrasão dentária; Erosão dentária e atrição, a fim de realizar uma revisão de literatura que visa auxiliar o Cirurgião-dentista no correto diagnóstico e, conseqüente, tratamento da determinada lesão.

5 DISCUSSÃO

Sobrecarga oclusal (LIMA, HUMEREZ FILHO E LOPES, 2005; GONÇALVES, DEUSADARA, 2011), ação mecânica excessiva na escovação associada a abrasivos dos dentífrícios (ECCLES, 1979; GRIPPO *et al.*, 2004; GRIPPO *et al.*, 2012), exposição dos dentes a ação de ácidos corrosivos ou a combinação desses fatores pode ocasionar a perda de estrutura dental irreversível, mesmo o dente não apresentando lesão cariosa. Esta perda de estrutura dentária, sem ação de bactérias é chamada de lesão não cariosa e esta ainda mais presente em pacientes da terceira idade.

A alta frequência de LNC em idoso pode ser explicada pelo maior tempo de exposição dos dentes aos fatores causadores das diferentes LNC, bem como pelas mudanças fisiológicas encontradas nestes pacientes, como por exemplo, a hipossalivação, principalmente acompanhada de outros problemas sistêmicos (CORREA, 2012; JOHANSSON *et al.*, 2008; MOLENA ET AL., *et al.*, 2008; RIVALDO *et al.*, 2008).

A ingestão de diversas drogas que é comum nos os idosos como: AINES, Anti-histamínicos, Antidepressivos e Diuréticos podem aumentar a hipossalivação, levando a uma maior acidez na cavidade bucal, que potencializa o desgaste dentário ocasionado pelas lesões já citadas (PONTEFRAC, 2002).

Autores têm mostrado que há uma relação estatisticamente significativa entre a presença de LNC e a hipossalivação, de forma que pacientes com hipossalivação apresentam maior prevalência de LNC, bem como maior profundidade das lesões. Este fato pode ser explicado pela menor remineralização dos dentes após exposição aos fatores já citado porque vai interferir no processo de desmineralização e remineralização dentária, o chamado processo Des-Re. Além de interferir na atividade tampão da saliva que é fator fundamental para a não perda definitiva da estrutura mineralizada (CORREA, 2012; MULIC, 2012).

Oliveira *et al.* (2010) avaliaram 100 pacientes e observaram que 44 destes apresentavam LNC, tendo os pré-molares como o grupo dentário de maior prevalência de LNC. Já Mulic *et al* (2012), em um estudo com 220 pacientes, tiveram um resultado que mostrou 64% dos pacientes com erosão, e nestes os incisivos centrais eram os mais afetados seguidos pelos primeiros molares. Tavares *et al* (2007), por outro lado, relataram que os incisivos centrais e caninos inferiores eram os dentes mais afetados por

desgastes patológicos em pacientes de 35 a 74 anos. Borcic *et al* (2004) por sua vez, encontraram em sua pesquisa que independe da faixa etária dos pacientes os dentes mais afetados pelas LNC são os primeiros pré-molares inferiores e todos os primeiros molares.

No que se refere ao gênero dos pacientes portadores das LNC Tavares *et al* (2007) e Mulic *et al* (2012) mostraram o gênero masculino como mais afetado, já Oliveira *et al* (2010) não encontrou diferença estatisticamente significativa.

No que se refere ao tratamento de LNC, Tay *et al* (1994), CIV resinoso deve ser a primeira opção, mas em áreas estéticas deve ser considerado o uso de resina composta para aprimorar a estética da restauração. Matis *et al* (2006), observaram que o CIV e a Resina Composta apresentam a mesma retenção. Observaram ainda que o CIV se mostrou melhor que os compósitos devido a sua maior resiliência, permitindo que o material tenha flexão semelhante à do dente. O CIV também foi utilizado com resultados satisfatórios por Drago, 1997, Lucchesi *et al.*, 2007, Martins *et al.*, 2007, Santamaria *et al.*, 2007 e Santos *et al.*, 2007.

A resina composta foi bem indicada no tratamento de LNC por diversos autores (CARDOSO, 2007; LUCCHESI *et al.*, 2007; MARTINS *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2007).

Em casos de abrasões rasas (até 1 mm de profundidade) associadas a recessão gengival, pode ser realizada apenas o aplainamento radicular com broca de acabamento em alta rotação, para melhor adaptação do posterior retalho. Já em uma abrasão profunda, que pode criar um espaço morto entre a superfície radicular e o tecido conjuntivo do retalho, comprometendo a sua adaptação, faz-se necessária a restauração de tais defeitos previamente à cirurgia periodontal (SANTAMARIA *et al.*, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar que a literatura sobre o tema é muito escassa quanto à relação entre as lesões não cariosas e indivíduos da terceira idade, mas de uma forma geral observamos que essas lesões são de difícil diagnóstico devido à sua etiologia multifatorial e a associação entre elas. Os idosos são ainda mais acometidos por essas lesões devido às alterações fisiológicas encontradas nestes pacientes e pelo grande período de presença de hábitos deletérios. O cirurgião-dentista deve estar atualizado para poder investigar bem para ter o correto diagnóstico e sua etiologia, para então realizar o método de tratamento mais adequado para cada caso.

REFERÊNCIAS

AMARAL, S.M.A.; ABAD, E.C.; MAIA, K.D.; WEYNE, S.; et al. Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** v.16, n.1, pag. 96-102, 2012.

ATTIN T, BUCHALLA W, TRET A, HELLWIG E; *Toothbrushing abrasion of polyacidmodified composites in neutral and acidic buffer solutions*, **J Prosth Dent**; v.80, n.2, pag.148-150, 1998.

AW, T. C. *et al.* Characteristics of noncarious cervical lesions: A clinical investigation. **J. American Dental Association**, v. 133, p. 725-733, 2002.

BARATA, T.J.; FERNANDES, M.I.; FERNANDES, J.M. *Lesões cervicais não cariosas: Condutas clínicas*, **Rev Robrac** v.9, n.28, 2000.

BARTLETT, D.W.; SHAH, P. A critical review of non-carious cervical (wear) lesions and the role of abfraction, erosion, and abrasion. **Journal Dental Research**, v. 85, p. 306-312, 2006.

BERGSTRÖM, J.; LAVSTEDT, S. An epidemiologic approach to tooth brushing and dental abrasion. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.7, n.1, pag. 57-64, 1979.

BERNHARDT, O.; GESCH, D.; SCHWAHN, C.; MACK, F.; MEYER, G.; JOHN, U.; KOCHER, T. Epidemiological evaluation of the multifactorial aetiology of abfractions. **J Oral Rehabil.** v.33, pag.17–25, 2006.

BISHOP, K. *et al.* Wear now? An Update on the Etiology of Tooth Wear. **Quintes. Intern.** v.28, n.5, pag. 305-313, 1997.

BORCIC, J.; ANIC, I.; UREK, M.M.; FERRERI, S. The prevalence of non-carious cervical lesions in permanent dentition. **J Oral Rehab**, v.31, pag.117-23, 2004.

BRADLEY, T.P.; WILLIAN, B.G.; EVERETT, B.H. Examining the prevalence and characteristics of abfractionlike cervical lesions in a population of U.S. veterans. **J Am Dent Assoc**, v.132, pag.1694-701, 2001.

BRAEM M, LAMBRECHTS P, VANHERLE G. Stressinduced cervical lesions. **J Prosthet Dent**. v.67, n.5, pag.718-22, 1992.

BRANCO, C. A. et al. Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.37, n.3, pag. 235-242, 2008.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Odontologia Geriátrica e o novo século. In: Brunetti RF, Monenegro FLB. **Odontogeriatrics – Noções de Interesse Clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CARDOSO, A. C. **Atlas Clínico da Corrosão do Esmalte e da Dentina. Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Quintessence, 2007.

CAVALCANTE, M.C.; FREITAS, C.A.S.L.; ALBUQUERQUE, I.M.N. Percepção de idosos do bairro dom josé em sobral-ce sobre saúde bucal. **Sanare**. v.6, n.1, pag. 53-60, 2005.

CORRÊA, M.C.C.S.F.; LERCO, M.M.; CUNHA, M.L.R.S.; HENRY, M.A.C.A. Salivary Parameters And Teeth Erosions In Patients With Gastroesophageal Reflux Disease. **Arq Gastroenterol**, v.49, n.3, pag. 214-218, 2012.

DRAGOO MR. Resin-ionomer and hybrid-ionomer cements: Part II, human clinical and histologic wound healing responses in specific periodontal lesions. **Int J Periodontics restorative Dent**. v.17, pag.75-87, 1997.

DUALIB, S. E. *et al.* Atendimento odontológico para pacientes geriátricos. **Atual Odontol Bras.**, v. 6, n. 1, p. 21-35, 1989.

ECCLES JD. Dental erosion of nonindustrial origin. A clinical survey and classification. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v.42, n.6, pag. 649-653, 1979.

- ECCLES, J.D. Dental erosion of nonindustrial origin. A clinical survey and classification. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v.42, n.6, pag. 649-653, 1979.
- EISENBURGER, M.; SHELLIS, R.P.; ADDY, M. Comparative study of wear of enamel induced by alternating and simultaneous combinations of abrasion and erosion in vitro. **Caries Res**, v.37, pag. 450-5, 2003.
- FRUITS, T.J.; VANBRUNT, C.L.; KHAJOTIA, S.S.; DUNCANSON JR, M.G. Effect of cyclical lateral forces on microleakage in cervical resin composite restorations. **Quintessence Int** v.33, n.3, pag. 205-12, 2002.
- GONÇALVES, P.E.; DEUSADARA, S.T. Lesões cervicais não cariosas na prática odontológica atual: diagnóstico e prevenção. **Rev. Ciênc. Méd.** v.20, n.5-6, pag.145-152, 2011.
- GRIPPO, J. O. *et al.* Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited. **The Journal of the American Dental Association**, v.135, p. 1109-1118, 2004.
- GRIPPO, J.O. Abfractions: a new classification of hard tissue lesions of teeth. **J Esthet Dent**, v.3, n.1, pag. 14-9, 1991.
- GRIPPO, J.O.; MARVIN, S.; COLEMAN, T.A. Abfraction, abrasion, and biocorrosion, and the enigma of noncarious cervical lesions: A 20-year perspective. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**. v.24, pag 10-23, 2012.
- HOBKIRK, J. A. Tooth surface loss: causes and effects. **Journal of Prosthodontics**, Philadelphia, v. 20, n. 42, p. 340-341, 2007.
- IMFELD, T. Dental erosion. Definition, classification and links. **Eur. J. Oral Sci.** v. 104, pag. 151-155, 1996.
- JOHANSSON, A. *et al.* Rehabilitation of the worn dentition. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.35, n.7, pag 548-566, 2008.

LIMA, L.M.; FILHO, H.H.; LOPES, M.G.K. Contribuição ao estudo da prevalência, do diagnóstico diferencial e de fatores etiológicos das lesões cervicais não cariosas. **Rev Sul-Bras Odontol.** v.2, n.2, pag. 17-21, 2005.

LITONJUA, L.A.; ANDREANA, S.; BUSH, P.J.; COHEN, R.E. Tooth wear: attrition, erosion and abrasion, **Quintessence Int** v.34, pag. 435-446, 2003.

LORENZONI, FC; BONFANTE, EA; BONFANTE, G. Perda da estrutura dentária por erosão: etiologia, diagnóstico e fatores de risco. **Full Dentistry in Science**, v.1, n.2, pag. 144-162, 2010.

MAGALHÃES, A.C.; RIOS, D.; SILVA, S.M.B.; MACHADO, M.A.A.M. Erosão dentária *versus* hábitos dietéticos da Sociedade Moderna. **Rev Assoc Paul Cir Dent.** v.59, n.6, pag. 417-20, 2005.

MARTINS, T.; BOSCO, A.; NÓBREGA, F.; NAGATA, M.; GARCIA, V.; FUCINI, S. Periodontal tissue response to coverage of root cavities restored with resin materials: A histomorphometric study in dogs. **J Periodontol.** v.78, pag.1075-1082, 2007.

MARZOUK, M.A.; SIMONTON, A.L.; GROSS, R.D. **Operative dentistry: modern theory and practice.** St. Louis: Ishiyaku EuroAmerica, 1985

MATIS, B.A.; COCHRAN, M.A.; PLATT, J.A.; OSHIDA, Y.; CHOI, K. Microtensile bond strength of GIC to artificially created carious dentin. **Oper Dent.** v.31, n.5, pag. 590-7, 2006.

MICHAEL, J. A. *et al.* Abfraction: separating fact from fiction. **Australian Dental Journal**, v.54, p. 2-8, 2009

MOLENA, C.C.L.; REPOPORT, A.; REZENDE, C.P.; QUEIROZ, C.M.; DENARDIN, O.V.P. Lesões não cariosas no idoso. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.** v.37, n.3, pag. 152 – 155, 2008.

MULIC, A.; TVEIT, A.B.; SONGE, D.; SIVERTSEN, H.; SKAARE, A. Dental erosive wear and salivary flow rate in physically active young adults. **BMC Oral Health**. v.12, n.8, 2012.

OLIVEIRA, A.C.S.; DAMASCENA, N.P.; SOUZA, C.S. Análise clínica de pacientes portadores de lesões cervicais não cariosas e sua relação com hábitos. **Rev Sul-Bras Odontol.**, v.7, n.2, pag.182-92, 2010.

OLIVEIRA, R.L.; CATÃO, M.H.C.V.; CARNEIRO, V.S.M. Prevalência de lesões cervicais não cariosas em acadêmicos de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. **Braz Dent Sci**, v.14, n.1-2, pag. 54-61, 2011.

PEAUMANS, M.; DE MUNCK, J.; LANDUYT, V.; KANUMILLI, P.; YOSHIDA, Y.; INOUE, S. Restoring cervical lesions with flexible composites. **Dent Mater** v.23, n.6, pag. 749-54, 2007.

PIANGPRACH, T.; HENGTRAKOOL, C.; KUKICTTRAKOON, B.; KEDJARUNE-LEGGAT, U. The effect of salivary factors on dental erosion in various age groups and tooth surfaces. **J Am Dent Assoc**, v.140, n.9, pag.1137-43, 2009.

PIECE, R. *et al.* Noncarious cervical lesions – a clinical concept based on the literature review. Part 1: prevention. **American Dental Journal**, v. 24, p. 49-56, 2011.

PONTEFRACT, HA. Erosive toothwear in eardly populacion. **Gerodontology**. v.19, n.1, pag.5-15, 2002.

POPOFF, D.A.V.; SANTA-ROSA, T.T.A.; PAULA, A.C.F.; BIONDI, C.M.F.; DOMINGOS, M.A.; OLIVEIRA, S.A. Bulimia: manifestações bucais e atenção odontológica. **RGO**. v.58, n.3, pag. 381-5, 2010.

QUE, K.; GUO, B.; JIA, Z.; CHEN YANG, J.; GAO, P. A cross-sectional study: non carious lesions cervical dentine hypersensitivity and related risk factors. **Journal of oral rehabilitation**. v.40, n.1, pag.24-32, 2013.

RANDAZZO AR, AMORMINO SA, SANTIAGO MO; *Erosão dentária por influência da dieta. Revisão da literatura e relato de caso clínico*, **Arq Bras de Odontologia**, 2006.

REIS, S.C.G.B.; MARCELO, V.C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005 **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, pag.191-199, 2006.

RIVALDO, E.G.; PADILHA, D.M.P.; FRASCA, L.C.F.; RYBU, B.R. Envelhecimento e saúde bucal. **Stomatos**, v.14, n.26, 2008.

ROSA, L.B.; ZUCCOLOTTO, M.C.C.; BATAGLION, C.; CORONATTO, E.A.S. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v.13, n.2, pag. 82-86, 2008.

SANTAMARIA, M.; SUAID, F.; NOCITI, F.H.JR.; CASATI, M.; SALLUM, A.W.; SALLUM, E.A. Periodontal surgery and glass ionomer restoration in the treatment of gingival recession associated with a non-cariou lesion: Report of three cases. **J Periodontol**. v.78 pag.1146-1153, 2007.

SANTOS, V.R.; LUCCHESI, J.; CORTELLI, S.; AMARAL, C.; FERES, M.; DUARTE, P. Effects of glass ionomer and microfilled composite subgingival restorations on periodontal tissue and subgingival biofilm: A 6-month evaluation. **J Periodontol**. v.78, pag. 1522-1528, 2007.

SHAFER, W.G., HINE, M.K., LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal**. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. p. 295-314.

TAVARES, M.J.G.M.; PRADO JÚNIOR, R.R.; MENDES, R.F.; MOITA NETO, J.M. Caracterização do desgastes dental em pacientes acima de 35 anos de idade. **RGO.**, v.55, n.1, pag. 47-53, 2007.

TAY, F.R.; GWINNETT, A.J.; PANG, K.M.; WEI, S.H. Structural evidence of a sealed tissue interface with a total etch wet bonding technique in vivo. **J Dent Res** v.73, n.3, pag. 629-36, 1994.

TORRES, C.P.; CHINELATTI, M.A.; GOMES-SILVA, J.M.; RIZÓLI, F.A.; OLIVEIRA, M.A.; PALMA-DIBB, R.G.; BORSATTO, M.C. Surface and subsurface erosion of primary enamel by acid beverages over time. **Braz Dent J**, v.21, n.4, pag. 337-45, 2010.

UCCHESI, J.; SANTOS, V.R.; AMARAL, C.; PERRUZO, D.C.; DUARTE, P. Coronally positioned flap for treatment of restored root surfaces: A 6-month clinical evaluation. **J Periodontol**. v.78 pag. 615-623, 2007.

ZERO DT, LUSSI A: Etiology of enamel erosion: intrinsic and extrinsic factors. In Addy M, Embery G, Edgar WM, Orchardson R (eds): *Tooth Wear and Sensitivity*. London, Martin Dunitz. 2000; 121–140.