

UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA  
CURSO DE GRADUAÇÃO  
CURSO DE ODONTOLOGIA

Paloma Lopes  
Paula Gramiscelli  
Priscila Marcelo  
Risney Cristina  
Thais Duarte  
Thauanne Cristian

**LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS**

Belo Horizonte  
2023

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
METODOLOGIA .....	3
CONCLUSÃO .....	6
REFERÊNCIAS .....	7

## INTRODUÇÃO

Devido ao maior controle da cárie dentária e novos hábitos da sociedade moderna (alimentação; métodos de higienização dentária; estresse; maior longevidade da população com retenção da dentição natural; consumo de drogas e bebidas alcoólicas), as lesões não cariosas passaram a ser o principal motivo para a busca de assistência odontológica, seja por sintomatologia dolorosa e/ou estética (Barbosa et al., 2009).

As lesões apresentam formas variadas, ocorrem principalmente nas superfícies vestibulares. Sendo mais pronunciadas em pré-molares, ocorrendo principalmente na maxila em comparação com sua prevalência na mandíbula. Apesar de serem encontradas em todas as faixas etárias tem uma prevalência maior em indivíduos idosos. Podem ocorrer em um único elemento dentário, mas são mais frequentes em mais dentes, ocorrendo em ambas as arcadas com diversos níveis de gravidade. A associação entre a presença de recessão gengival e as LNCs é um achado comum na Odontologia (Machado, 2014).

A formação e progressão destas lesões dão-se pela associação de 3 principais fatores: o acúmulo de tensão (abfração); fricção (desgaste) e a biocorrosão (degradação química, bioquímica e eletroquímica). É incorreto afirmar que um único fator isolado é responsável pelas LNCs. O clínico deve considerar todos os fatores etiológicos e os modificadores (saliva, ação da língua, forma e composição dos dentes, posição dos dentes na arcada, mobilidade dentária, hábitos nocivos, saúde geral do paciente, uso de medicamentos, dieta, composição e frequência do consumo de comidas e bebidas) antes de fechar um diagnóstico e iniciar o tratamento. Nem sempre estes tratamentos consistem em tratamentos restauradores, mas quando estas lesões precisam ser restauradas este é um grande desafio para o cirurgião-dentista, já que a adesão nestas regiões não é tão forte e previsível quanto no esmalte (Jyothi, 2011).

As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) estão descritas na literatura como a perda progressiva dos tecidos mineralizados na região cervical dos dentes, decorrente da associação de diferentes fatores etiológicos, sem o envolvimento bacteriano, porém a cárie pode ser um fator secundário que aproveitou dessa lesão para se alojar no local. Anteriormente, as lesões não cariosas eram classificadas em atrição,

abrasão e erosão. Após muitos estudos, Grippo nomeou de abfração as lesões causadas por trauma na região cervical dos dentes e, portanto, uma nova categoria foi introduzida. De acordo com a sua causa e as características clínicas as LCNCs são classificadas em atrição, erosão, abrasão e abfração (BONFIM et al., 2015; MOLENA et al., 2008).

A escolha do tratamento apropriado para essas lesões vai se basear nas características apresentadas pelas mesmas, como o tamanho e sua relação com a margem gengival. Existem várias possibilidades para a restauração de lesões cervicais, cada uma com suas vantagens e desvantagens (Barbosa et al., 2009;)

Neste contexto, o objetivo do trabalho é explicar sobre as doenças não cariosas abrangendo desde a sua etiologia até seu tratamento.

## **METODOLOGIA**

### **1- EROSÃO**

O conceito de erosão é definido na literatura como a perda de tecido dentário mineralizado, resultante de processo químico de soluções ácidas, sem o envolvimento bacteriano. É causada principalmente pelo frequente e prolongado contato das superfícies dentais com ácidos, que podem ser de origem intrínseca ou extrínseca. Quando extrínseca, o consumo excessivo de bebidas ácidas e frutas cítricas aparecem como fatores de grande importância para o surgimento das lesões, no que diz respeito à dieta. De acordo com os autores, a erosão dental vai depender da associação do tempo de consumo e frequência destes agentes presentes na cavidade bucal, bem como da capacidade tampão da saliva de cada indivíduo.

A erosão dental causada por origem intrínseca está relacionada com o contato dos ácidos gástricos que atingem a cavidade bucal e os dentes devido a episódios frequentes de regurgitação, como nos casos de distúrbios metabólicos e endócrinos, bulimia e anorexia nervosa, efeitos colaterais de drogas, hérnia de hiato, úlceras pépticas e seguidas gestações.

As características clínicas da lesão por erosão são: aspecto arredondado, raso, amplo, liso e altamente polido. De acordo com a origem da erosão, a localização da lesão manifesta-se de forma diferente: se for intrínseca ocorre na superfície palatina

dos dentes anteriores e oclusal dos posteriores; quando extrínseca, aparece na superfície vestibular dos dentes anteriores com maior prevalência.

O tratamento vai depender diretamente de quanto o elemento dentário foi atingido pela lesão. Em casos leves, consiste em restauração com resina composta, podendo ser uma restauração direta ou até mesmo facetas e lentes de contato. Em casos mais severos o elemento dentário poderá passar por um tratamento endodôntico e em seguida restauração em cerâmica ou em resina. O tratamento varia de paciente para paciente por questões econômicas, sociais, emocionais, etc.

## 2- ABRASÃO

Abrasão é considerada o desgaste atípico da estrutura dental, que comumente é decorrente de hábitos incorretos de escovação dental, ou grande contato com substâncias abrasivas, que produzem uma ação mecânica capaz de desgastar o esmalte e a dentina. O grau de abrasão provocado pela escovação varia com diferentes fatores, como o método, força, frequência e tempo de escovação, a dureza e a forma dos filamentos da escova e o tipo de dentifício usado. Hábitos de interpor objetos duros entre os dentes – lápis, objetos metálicos, onicofagia (morder unha) – podem levar à graus diversos de abrasão dental.

A área de lesão cervical se mostra quase sempre em forma de 'V', tendo aspecto liso e brilhante, contorno regular, superfície rasa, livre de placa e sem descoloração, podendo ter ou não a retração gengival. Acomete mais a face vestibular dos dentes e estão mais localizadas na região de pré-molares e molares superiores, por serem as primeiras áreas a serem escovadas. Segundo os autores, são as lesões que mais causam hipersensibilidade dentinária, apresentando dor provocada por estímulos externos (térmicos, químicos ou contato com objetos).

O tratamento adequado consiste na orientação supervisionada para verificar a escovação do paciente, para que seja feita uma orientação de como ser feita. Mudança dos hábitos causais, ou seja, não colocar força na escovação, optar por cerdas macias e a não utilização de creme dental abrasivo. Restauração utilizando o cimento ionômero de vidro, pois apresenta uma excelente adesão química entre o cimento e o substrato dentinário, uma vez que a resina precisa de um material intermediário para ter uma boa adesão (sistema adesivo). Pode ser utilizado também

a restauração com resina composta, dependendo diretamente da extensão da lesão. O enxerto gengival vai depender de questões socioeconômicas que o paciente se encontra e se é uma opção ou não para ele. Por fim pode utilizar facetas nos dentes anteriores, devido a estética do paciente, mas que também depende de sua condição socioeconômica e escolha.

### 3- ATRIÇÃO

A atrição pode ser definida pela perda da estrutura dentária decorrente do contato de dentes, por um processo mecânico a qual pode ser funcional (durante a mastigação) ou parafuncional (quando o paciente apresenta bruxismo).

A ocorrência se restringe às faces oclusais, incisais e proximais dos dentes. Os desgastes aparecem das pontas de cúspides ou incisais, facetas de desgastes sobre a superfície oclusal ou palatina. Clinicamente, não apresenta aspectos de desgaste cervical. Alguns fatores podem fazer com que o paciente apresente esse quadro ou que podem piorar a situação: problemas de oclusão, fatores psicológicos.

O tratamento consiste na remoção ou controle da causa, correção dos hábitos do paciente, e em seguida fazer a restauração afim de reabilitar a estrutura perdida.

### 4- ABFRAÇÃO

Para definir o conceito de abfração, Lee e Ealke levantaram a hipótese da origem traumática, causada pela desarmonia oclusal. A explicação para essa lesão é que as forças oclusais que incidem sobre os dentes podem causar tensões de tração. Como o esmalte e a dentina apresentam baixa resistência à tração ocorre a ruptura dos cristais de hidroxiapatita por onde permeiam pequenas partículas de saliva que impedem as ligações químicas perdidas de se restabelecerem. A medida que essas forças voltam a exercer tração sobre o esmalte, agem sobre essas rupturas previamente formadas o que resulta no desprendimento do esmalte formando as lesões cervicais em forma de cunha.

Apresentam margens mais acentuadas, em forma de cunha, com superfície lisa e acometem principalmente pré-molares e molares. Ocorrem nas faces vestibulares e

na grande maioria das vezes, podem aparecer nas faces palatinas quando houver maloclusão e força lateral no sentido linguo-vestibular.

O tratamento adequado de uma abfração é determinado pela gravidade da lesão, bem como pela sensibilidade e preocupações estéticas mencionadas pelo paciente. Em geral, o dentista restaura a lesão quando ela se estende abaixo da gengiva, se torna cariiosa ou difícil de limpar ou expõe a polpa. Esse procedimento reduz a sensibilidade e restaura a estrutura do dente. O dentista pode usar restaurações de resina composta da cor do dente para cobrir a parte desgastada e melhorar a aparência do sorriso.

## **CONCLUSÃO**

O cirurgião dentista deve estar preparado para compreender e lidar com os fatores etiológicos, para que possa instituir a terapêutica adequada para cada caso, atingindo com isso a origem do problema e não apenas tratar seus sintomas. Isto pode ser conseguido com uma completa anamnese e um cuidadoso exame clínico. Além de conhecer as técnicas e os materiais restauradores.

## REFERÊNCIAS

BARATA, T.J.E.; FERNANDES, M. I. L.P.; FERNANDES, J.M.A. Lesões cervicais não cariosas: condutas clínicas. Robrac, v. 9, n. 28, p. 22-4, 2000

BARBOSA, L. P.B.; PRADO JUNIOR R. R.; MENDES R. F. Lesões Cervicais não-cariosas: etiologia e opções de tratamento restaurador. Rev. Dentística on line. Santa Maria, v. 8, n. 18, p. 5-10, 2009

BONFIM, R.A. et al. Prevalence and risk factors of non-cariou cervical lesions related to occupational exporuse to acid mists. Braz Oral Res., 2015

CARVALHO P.A.S.M. Lesões Cervicais Não Cariotas: Etiologia, Planos de Tratamento e Relação com Profissões de Stresse. Artigo de revisão bibliográfica. Fac. De Medicina Dentária – Universidade do Porto 23 de Junho de 2010;

GRIPPO J.O., SIMRING M., COLEMAN T.A.: Abfraction, Abrasion, Biocorrosion, and the Enigma of Noncariou Cervical Lesions: A 20-year Perspective. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry vol 24 – nº1- 10-23, 2012.

JYOTHI K.N., ANNAPURNA S., KUMAR A.S., VENUGOPAL P., JAYASHANKARA C.M.: Clinical evaluation of giomer - and resin – modified glass ionomer cement in Class V noncariou cervical lesions: An in vivo study J. Conserv Dent. Oct-Dec, 2011, 14(4):409-413.

LEE W.C. AND EAKLE W.S.: Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of teeth. The Journal of Prosthetic Dentistry, September, 1984, vol.52 nº3

MACHADO A.C.: Influência do Tipo de Contato Oclusal, Técnica Restauradora e Ciclagem Mecânica em pré-molares superiores com Lesões Cervicais Não Cariotas – Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Fac. De Odonto. Da

U.F. de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia. Orientador: prof. Dr. Paulo Vinícius Soares – Uberlândia MG – 2014.

MOLENA, C.C.L. et al. Relação entre lesões cervicais não cariosas e hábitos. Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço, v. 37, n. 4, p. 2006-211, 2008