

MARCELA DE QUEIROZ BERNARDES

**TODO DESGASTE OCLUSAL É POR BRUXISMO? - RELATO DE
CASO CLÍNICO.**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia
Belo Horizonte
2019**

Marcela de Queiroz Bernardes

**TODO DESGASTE OCLUSAL É POR BRUXISMO? – RELATO DE CASO
CLÍNICO.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Dentística da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Dentística.

Orientador: Prof. Dr. Lincoln Dias Lanza.
Coordenador: Prof. Dr. Hugo Henriques Alvim

Belo Horizonte
2019

Ficha Catalográfica

B522 Bernardes, Marcela de Queiroz.
2019 Todo desgaste oclusal é por bruxismo? - relato de caso
MP clínico / Marcela de Queiroz Bernardes. -- 2019.

33 f. : il.

Orientador: Lincoln Dias Lanza.

Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Desgaste dos dentes. 2. Erosão dentária. 3. Refluxo gastroesofágico. 4. Reabilitação bucal. 5. Relatos de casos. I. Lanza, Lincoln Dias. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D371



Ata da Comissão Examinadora para julgamento de Monografia da aluna **MARCELA QUEIROZ BERNARDES**, do Curso de Especialização em Dentística, realizado no período de 23/03/2017 a 14/03/2019.

Aos 14 dias do mês de março de 2019, às 9:00 horas, na sala de Pós-Graduação (3403) da Faculdade de Odontologia, reuniu-se a Comissão Examinadora, composta pelos professores Lincoln Dias Lanza (orientador), Hugo Henriques Alvim e Eduardo Lemos de Souza. Em sessão pública foram iniciados os trabalhos relativos à Apresentação da Monografia intitulada **“Todo desgaste dental é por Bruxismo? - Relato de Caso Clínico”**. Terminadas as arguições, passou-se à apuração final. A nota obtida pela aluna foi 95 (noventa e cinco) pontos, e a Comissão Examinadora decidiu pela sua aprovação. Para constar, eu, Lincoln Dias Lanza, Presidente da Comissão, lavrei a presente ata que assino, juntamente com os outros membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de março de 2019.


Prof. Lincoln Dias Lanza
Orientador


Prof. Hugo Henriques Alvim


Prof. Eduardo Lemos de Souza

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que até aqui me sustentou e me deu saúde e perseverança para vencer mais esta etapa.

Aos meus amados pais, Pedro e Lucimara, por acreditarem no meu potencial, e por serem exemplo de força e sabedoria. Aos meus irmãos, Mateus e Marina, pela amizade e apoio. Ao Bruno, pelo amor e companheirismo.

Ao meu orientador Lincoln Lanza, exemplo de profissional e ser humano, que sempre me inspirou a ser um profissional que enxerga não só dentes, mas todo um sistema estomatognático e história de vida do paciente.

RESUMO

Os distúrbios gástricos não diagnosticados e não tratados podem ter diversos efeitos destrutivos na cavidade oral: dissolução do esmalte dentário, alteração da dimensão vertical de oclusão, comprometimento da função e da estética bucal, bem como a fonética. As consequências sistêmicas também podem ser observadas, como: gastrite, ressecamento intestinal, hemorroida, sinusites, laringites e até mesmo bronquite asmática. Este trabalho objetiva realizar uma revisão da literatura e relatar um caso de erosão ácida grave com grande comprometimento de todo sistema estomatognático.

Palavras-chave: Erosão ácida e dente. Perimólise. Refluxo gástrico. Bulimia.

ABSTRACT

Every occlusal wear is by bruxism? - Clinical case report.

Undiagnosed and untreated gastric disorders may have several destructive effects on the oral cavity: dissolution of the dental enamel, alteration of the vertical dimension of occlusion, impairment of function and oral esthetics, as well as phonetics. The systemic consequences can also be observed, such as: gastritis, intestinal dryness, hemorrhoids, sinusitis, laryngitis and even asthmatic bronchitis. This work aims to review the literature and report a case of severe acid erosion with great compromise of the entire stomatognathic system.

Keywords: Acid erosion and tooth. Perimolysis. Gastric reflux. Bulimia.

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

DATO - Desocclusão Alinhamento Tridimensional do plano oclusal e Oclusão

ATM – Articulação Temporo Mandibular

JIG – Guia de Interferência Oclusal

ASA – Articulador Semi Ajustável

DTM – Disfunção Temporo Mandibular

DVO – Dimensão Vertical de Oclusão

CIV – Cimento de Ionômero de Vidro

NMF – Núcleo Metálico Fundido

RC – Relação Centrica

DRGE – Doença do Refluxo Gastroesofágico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
3 RELATO DE CASO	12
4 DISCUSSÃO	16
4.1 Identificação da Causa	16
4.2 Planejamento do Tratamento.....	17
4.3 Inter-relação Revisão Bibliográfica.....	20
5 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS	25

1 INTRODUÇÃO

Muitas lesões cervicais têm como agentes etiológicos os ácidos bacterianos, provenientes da má higienização, bem como da dieta (ácidos extrínsecos), e/ou ácidos intrínsecos, oriundos por exemplo, do refluxo gastroesofágico. Estes ácidos podem produzir uma dissolução do esmalte dental, sem que haja presença de bactéria no meio. (KHAN *et al.*, 1999).

A erosão ácida é a dissolução da superfície dentária causada por agentes químicos (sem causa bacteriana) (IMFELD, 1996). Os principais fatores de risco incluem: doença do refluxo gastroesofágico, bulimia e alto consumo de bebidas ácidas. (LUSSI *et al.*, 2007).

Periomólise ou erosão ácida é o termo utilizado para descrever o padrão de desgaste dentário erosivo nas superfícies dos dentes provocado por ácido intrínseco. Tal padrão, foi inicialmente reconhecido em pacientes com desordens alimentares, como bulimia, por regurgitarem ácidos gástricos na cavidade oral (HOLST e LARGE, 1939).

Faz-se necessário estabelecer um diagnóstico e um plano de tratamento da (s) causa (s) da erosão dental, antes de reabilitar proteticamente o paciente. Além do exame clínico dos dentes, é importante pesquisar, por meio de uma detalhada anamnese, a história médica pregressa e dietética de cada paciente, a fim de diagnosticar e tratar da causa, e não apenas de suas consequências em boca (GREGORY-HEAD *et al.*, 2000).

O bruxismo é uma atividade parafuncional diurna ou noturna, caracterizada por apertar e/ou ranger os dentes entre si (MORAES e OLIVEIRA, 2006). Alguns sintomas característicos do bruxismo incluem o desgaste horizontal da borda incisal dos incisivos, desgaste das cúspides dos molares e das bordas incisais dos incisivos. (REBOLLEDO *et al.*, 2011).

Os impactos das erosões ácidas abrangem: comprometimento da estética, hipersensibilidade dentinária e capacidade de mastigação reduzida (CHU *et al.*, 2011). Visto que a digestão começa na boca, uma vez que a capacidade de mastigação foi reduzida, o paciente pode ter sérios problemas no processo digestivo, como ressecamento intestinal, prisão de ventre e por fim hemorroida.

Com tantas consequências maléficas para o sistema estomatognático e para o sistema digestivo do paciente, é importante que o cirurgião dentista faça um diagnóstico precoce da erosão ácida, e saiba orientar o paciente. O tratamento deverá ser multidisciplinar mesmo nos casos assintomáticos (LUSSI *et al.*, 2007).

O objetivo deste trabalho é apresentar, juntamente com uma revisão de literatura, um relato de caso clínico de erosão ácida severa. Dando ênfase na importância de uma boa anamnese e um detalhado exame clínico, para que um planejamento multidisciplinar e posterior tratamento sejam executados corretamente.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Bonato *et al.* (2015) constataram que desgastes excessivos dos dentes podem ocasionar a diminuição ou alteração da DVO, fadiga muscular e articular e diminuição do potencial mastigatório do paciente.

Chu *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa por telefone e constataram que a maioria dos chineses entrevistados em Hong Kong nunca tinha ouvido falar sobre erosão dentária e mais da metade confundiram o termo erosão dentária com cárie dentária. Esta pesquisa foi realizada há 8 anos e ainda nos dias atuais é possível notar o quanto a população é carente de informação e que muitos dos pacientes brasileiros também não conhecem e não sabem explicar o que é a erosão dentária.

Nader *et al.* (2015), investigou a diferença na dispersão da luz entre dentes saudáveis e com erosão ácida. No laboratório, dentes recém extraídos foram expostos a uma bebida ácida (refrigerante sem cafeína) durante duas semanas. Durante o período do estudo, a desmineralização não foi suficiente para que a detecção se tornasse perceptível à olho nu ou por raios X. Já com o uso de imagens de speckle e laser polarizado, foi possível detectar estágios precoces de desmineralização. Mudanças nas propriedades de dispersão da luz foram observadas e uma transição do volume para a superfície de retroespalhamento foi detectada por meio da geração de manchas no laser polarizado, uma vez que os dentes sofreram condicionamento ácido, sugerindo um aumento na rugosidade da superfície do esmalte.

Cândido e Fernandes (2002) realizaram um trabalho para apresentar um caso de erosão dental. Paciente de 60 anos, com histórico de doenças gastrointestinais graves, que estavam sendo acompanhadas e tratadas por um médico especialista. No exame clínico apresentava perda acentuada de esmalte e dentina nas faces palatinas e incisais dos dentes ântero superiores, e desgastes na face oclusal dos posteriores. Após o tratamento médico do problema gastrointestinal, foi traçado um plano de tratamento. Foram confeccionadas facetas diretas em resina composta na vestibular dos dentes ântero superiores, e reconstrução da face palatina dos mesmos. Dentes posteriores que possuíam restaurações insatisfatórias, foram substituídas. A paciente foi orientada a melhorar a higiene oral, mudar hábitos dietéticos e fazer uso de terapias dessensibilizantes.

Em 2009, Barlett realizou um estudo e mostrou que a frequência de ingestão, o pH (medida da quantidade de íons de hidrogênio em uma solução) e a quantidade de substâncias alcalinas necessárias para neutralizar o ácido proveniente de frutas e bebidas ácidas são os principais indicadores de risco da erosão ácida. Dentre as frutas com maior potencial erosivo destacaram-se: limão, laranja, grapefruit, uvas e cranberry. Dentre as bebidas com médio potencial erosivo, destacaram: coca cola, refrigerante de laranja e de limão, chá de limão e vinho branco.

Albaker (2006), publicou um relato de caso sobre um homem de 45 anos que foi diagnosticado por um médico, como tendo doença do refluxo gastroesofágico, porém optou em não realizar o tratamento, por razões financeiras. Quatro anos se passaram, e graves danos dentários foram causados. O paciente decidiu fazer o tratamento e o acompanhamento médico necessário para tratamento da doença, e logo após, uma reabilitação oral foi planejada para tratar das consequências danosas da erosão dental. Foi feito um enceramento diagnóstico e coroas provisórias foram confeccionadas. Alguns dentes passaram por cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica real. E quando todos os elementos já estavam devidamente preparados, foram moldados e encaminhados para laboratório confeccionar coroas metalo-cerâmicas. As coroas foram ajustadas e aprovadas pelo paciente, e então cimentadas. O paciente ficou satisfeito com o tratamento e foi motivado a manter boas práticas de higiene oral. O paciente foi colocado em um cronograma de controle a cada seis meses.

Dahshan *et al.* (2002) realizou um estudo prospectivo para avaliar a presença de DRGE e erosões dentárias em crianças com dentição primária e permanente. Trinta e sete crianças foram submetidas a endoscopia eletiva, para possível doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Em seguida, passaram por uma avaliação com um cirurgião dentista, para constatar a presença, gravidade, padrão de erosão e o estágio da dentição (decídua ou permanente). Foi constatado que mais da metade das crianças examinadas apresentavam DRGE. A maioria que tinha DRGE apresentou desgastes dentários característicos de erosão ácida, principalmente com envolvimento dos dentes posteriores. Foi constatado também que não houve diferença significativa entre os pacientes que apresentavam sintomas respiratórios dos assintomáticos na confirmação do diagnóstico de refluxo.

Farahmand *et al.* (2013) realizaram um estudo prospectivo em 112 crianças para avaliar se a presença de erosões dentárias poderia ser um indicativo para se

pesquisar a presença de DRGE e encaminhar a criança para o médico gastroenterologista. As crianças foram separadas em dois grupos: grupo 1 com 54 pacientes já diagnósticos com DRGE e grupo 2 com 58 pacientes saudáveis. Todas as crianças passaram por avaliação odontológica sem que o profissional de saúde soubesse quais crianças haviam sido diagnosticadas com DRGE. Constatou que 98,1% do grupo 1 havia erosão dental e 19% do grupo 2 apresentavam também sinais de erosão ácida. Comprovando então a forte correlação entre DRGE e erosão dentária, mas também mostrando a importância de se fazer consulta com dentista para diagnóstico inicial de alterações gastroesofágicas.

JUNIOR *et al* (2012) realizaram uma revisão da literatura sobre as consequências da bulimia nervosa (regurgitação auto induzida) na cavidade oral. O perfil epidemiológico dos pacientes bulímicos revelou que: mulheres adultas jovens são o grupo de maior risco. Muitas manifestações orais foram associadas, dentre as principais: erosão dentária, sensibilidade, aumento no índice de cárie, mucosite, queilite angular e gengivite. Sendo a erosão dental a mais prevalente nas publicações avaliadas.

3 RELATO DE CASO

Paciente E.T.G. de 63 anos, sexo feminino, compareceu à faculdade de Odontologia na Universidade Federal de Minas Gerais em 2014 para um possível tratamento odontológico restaurador. Foi realizada uma detalhada anamnese, na qual a paciente relatava como queixa principal o desgaste excessivo nos dentes. A mesma informou que durante toda a vida buscou tratamento odontológico, e sempre foi diagnosticada como se tivesse bruxismo severo.

Na história médica regressa, haviam muitas intervenções por distúrbios respiratórios, como: pneumonia, sinusite, laringite, rinite, bronquite asmática, e bronquiequitasia, tratados durante 22 anos com um pneumologista. Distúrbios gastrointestinais também foram relatados, dentre eles: gastrite, úlceras estomacais, síndrome do intestino irritado, prisão de ventre, ressecamento intestinal e hemorroida.

No exame clínico extra oral observou-se grande limitação da abertura bucal, que não ultrapassava 11mm. Alterações nas articulações temporo mandibulares (estalo bilateral) e dores nos músculos da mastigação, além de queilite angular, sintomas estes que sempre foram diagnosticados como fator etiológico o bruxismo.

No exame clínico intraoral foram constatados desgastes avançados significativos das faces oclusal e palatina de todos os elementos dentários presentes. Os desgastes dentários dos incisivos inferiores eram diagonais e bem polidos, formando uma espécie de lâmina de ponta de faca na borda incisal. Perda de dentes na região posterior (ausência dos 24,27, 28, 35, 36, 38, 46 e 48). Alguns dentes posteriores possuíam restaurações, porém a maioria dos dentes posteriores eram apenas restos radiculares. Sendo assim, a dimensão vertical de oclusão se encontrava alterada para menos, compatível com sua limitação da abertura bucal, dores musculares e ulcerações frequentes diagnosticadas como queilite angular.

Aspectos clínicos odontológicos significantes foram relatados durante a anamnese. Paciente submetida a tratamento odontológico restaurador durante toda a vida adulta, para tratar frequente quebra de dentes, restaurações que se soltavam, mau hálito, lesões ulceradas (aftas) na região de mucosa, sensibilidade dentinária e bruxismo severo.

Com relação à vida social, tratava-se de uma paciente que não gostava de sair de casa, não tirava fotos sorrindo e se sentia constrangida em abrir a boca em público e até mesmo na cadeira do dentista.

A paciente foi orientada a procurar um médico gastroenterologista, juntamente com um relatório odontológico, pois haviam sinais e sintomas clínicos compatíveis com o refluxo gastroesofágico. Ainda na primeira consulta, foi confeccionado um dispositivo para diagnóstico diferencial e relaxamento muscular (placa frontal), que foi utilizado por 7 dias, à noite. Esta placa de resina acrílica autopolimerizável confeccionada no consultório, de canino a canino, utilizada neste caso na arcada superior, tem o intuito de produzir um relaxamento neuromuscular.

Após uma semana, paciente retornou a faculdade com uma abertura de boca maior que 20mm, sendo neste momento, possível realizar a moldagem total com alginato dos arcos superiores e inferiores, confeccionar o JIG em resina acrílica Duralay vermelha, confeccionar um registro com cera e registro com o arco facial para montagem dos modelos em um articulador semi ajustável (ASA). Foi realizado um pedido de radiografia periapical de todos os elementos presentes em boca, para auxiliar no diagnóstico pulpar e o plano de tratamento.

Após a montagem em “ASA”, foi confeccionado um enceramento diagnóstico para planejamento reabilitador, na expectativa de um equilíbrio ao sistema estomatognático.

O enceramento foi feito reconstruindo-se a porção desgastada dos dentes e substituindo-se os dentes ausentes, procurando-se determinar corretamente o plano oclusal, contatos simultâneos nos dentes posteriores e guia anterior (PEGORARO, 2000).

A partir do enceramento realizado, foram obtidos novos modelos duplicados, para confeccionarmos, em um aparelho plastivac, as placas de acetato prensadas de 1mm. Após o recorte destas placas, obtivemos um molde em acetato onde uma resina acrílica quimicamente ativada na cor 61 foi inserida ao molde e levadas em boca (superior e inferior ao mesmo tempo). A paciente foi orientada a ocluir com a língua no céu da boca (relação cêntrica). Confeccionamos uma placa total, “overlay”. Foi feito um ajuste oclusal, bem como testes fonéticos, para determinarmos uma nova DVO. Um acompanhamento clínico foi realizado, sendo relatado pela paciente um grande relaxamento muscular, aumento da abertura bucal, qualidade na mastigação, fonética e estética, e como consequência melhora na sua autoestima.

Foi feita uma adequação do meio bucal a partir de uma orientação de higiene, seleção de escova e uso de fio dental. As exodontias dos restos radiculares 17, 18, 26, e 46 foram planejadas. Foi proposto uma regeneração óssea guiada, com Bio-oss e membrana de colágeno visando a manutenção do suporte ósseo para posterior instalação de implantes.

A Paciente foi encaminhada para retratamento endodôntico de todos os dentes com necessidade.

A Paciente foi também encaminhada para uma fisioterapeuta, como o intuito de acelerar o processo de relaxamento da musculatura da face e tratar da disfunção temporomandibular (DTM), pois havia estalo bilateral nas articulações e grande desvio ao abrir e fechar a boca.

Nas consultas subsequentes, após o retratamento endodôntico, foram fixados com cimento ionômero de vidro (CIV), sob isolamento absoluto, pinos intraradiculares de fibra de carbono nos dentes 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33 e 34. Foram confeccionados núcleo de preenchimento em resina composta (Resina Filtek Z350 XT A1E - 3M), dando o formato de um preparo para coroa total. Em seguida, foram confeccionadas coroas provisórias unitárias com resina acrílica na técnica da bola e da faceta de dentes de estoque.

Já os elementos 16, 15, 12, 11, 21, 22, 23, 25 e 47 tiveram os canais moldados com resina acrílica Duralay vermelha, e as moldagens encaminhadas para laboratório, que confeccionou os núcleos metálicos fundidos (NMF) com uma liga de ouro que foram cimentados com cimento fosfato de zinco. Posteriormente, coroas provisórias unitárias com resina acrílica foram feitas e fixadas com cimento provisório (RelyX Temp NE-3M).

A nova DVO foi obtida a partir do seccionamento da "overlay". Primeiramente foi removido todo o lado esquerdo superior e inferior, e confeccionadas as restaurações provisórias. Um novo ajuste oclusal bem como testes fonéticos foram executados. O mesmo procedimento foi realizado no lado direito e em seguida nos dentes anteriores.

Um acompanhamento clínico durante 30 dias foi realizado com o intuito de observar se as queixas iniciais como musculares, articulares, limitação na abertura bucal e a queilite angular estavam ausentes.

Dente 13 não foi possível tratar o canal pois, de acordo com o laudo do endodontista, o canal estava totalmente calcificado, e não apresentava lesão

periapical. Foi feito então um acesso com broca na raiz, e cimentado um pino fibra de carbono com CIV. Um núcleo de preenchimento em resina composta foi realizado logo em seguida. Uma coroa provisória em resina acrílica foi confeccionada e fixada com cimento provisório.

Após todos os dentes possuírem retenção intracanal e provisórios unitários, cirurgias periodontais foram executadas: 3 cirurgias periodontais na arcada superior e 3 cirurgias periodontais na arcada inferior para aumento de coroa clinica real, com recuperação de todo espaço biológico.

Posteriormente, planejaram-se os implantes nas áreas edêntulas, iniciando na região dos elementos 24,36 e 46. Na região do elemento 26 foi necessário fazer um levantamento do seio maxilar esquerdo com Bio-oss e membrana de colágeno e, somente após 8 meses à cicatrização, foi feita a cirurgia para colocação de um implante.

Durante a fase de coroas provisórias o elemento 45 fraturou a raiz e foi necessário extraí-lo. Uma nova regeneração óssea guiada foi realizada devido a reabsorção da tábua óssea vestibular. Após 6 meses um implante na área do elemento 45 foi executado.

A finalização deste caso se encontra em andamento.

4 DISCUSSÃO

4.1. IDENTIFICAÇÃO DA CAUSA

As patologias que ocorrem na cavidade bucal requerem do profissional um cuidado extremo durante a anamnese e exames clínicos

Um diagnóstico nem sempre é de fácil compreensão. Não podemos menosprezar nenhuma informação prestada pelo paciente. Todos os sinais e sintomas deverão ser cuidadosamente investigados e relacionados para um correto diagnóstico.

Os desgastes ou dissolução do esmalte dentários são sinais que podem passar em branco pelos profissionais tanto da medicina como os da odontologia. Não ocorrem por acaso, podendo ter origem multifatorial como distúrbios gástricos e/ou psiquiátricos.

Os distúrbios gastroesofágicos, como o refluxo, podem ter sua origem na má formação de uma válvula entre o esôfago e o estômago, chamado hérnia hiatal, ou mesmo um grave problema psiquiátrico como bulimia. Suas consequências podem ser simples quando detectadas no início, ou severas e complexas quando diagnosticadas tardiamente. Como exemplo: dissolução do esmalte dentário, DTM, laringites, sinusites, gastrites, hemorroidas ou até mesmo metaplasia no esôfago (“esôfago de barrett”).

Faz-se necessário um detalhado exame clínico para identificar de forma inicial três principais indícios. O primeiro são as lesões não cariosas circulares na oclusal de molares, que indicam dissolução do esmalte por um processo erosivo. O segundo são as faces palatinas nos incisivos, com grande dissolução do esmalte superlisas e polidas. O terceiro indício é observar lesões de mancha branca ou até mesmo cavidades na vestibular cervical dos dentes posteriores, normalmente apenas de um lado da face. Exatamente do mesmo lado que se dorme. Caso o paciente possua o hábito de dormir, de barriga para cima, um dos sinais clássicos é a presença de patologias pulmonares, como bronquiolites, asma, pela aspiração do ácido gástrico.

O desconhecimento ou mesmo a negligência por parte de muitos profissionais da área da saúde na identificação das inúmeras patologias da cavidade oral, leva muitas vezes, a um tratamento incorreto. O refluxo gástrico, com ou sem sintomas,

muitas vezes não diagnosticados, são tratados como bruxismo. Apesar da maioria dos pacientes com refluxo apresentarem como consequência um hábito parafuncional de apertamento. Quando o paciente possui apenas o bruxismo, o desgaste ocorre mais de forma horizontal nas faces oclusal e/ou incisal dos dentes anteriores, principalmente a ponta dos caninos. Porém tratar apenas do bruxismo com tratamentos restauradores invasivos e/ou placa miorelaxante é um erro, uma vez que estaria tratando apenas da consequência, e não propriamente da causa.

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é definida como a passagem involuntária do conteúdo gástrico para o esôfago e/ou cavidade oral. Os sintomas da DRGE incluem azia, dor torácica, rouquidão, asma, pneumonia recorrente, tosse crônica, otite média, laringite de refluxo e dor de garganta. O sinal mais importante da DRGE na perspectiva odontológica é a dissolução do esmalte dentário como queixa principal do paciente relacionado à estética, podendo levar a um colapso de todo sistema estomatognático. (ALBAKER, 2016).

4.2. PLANEJAMENTO

Neste caso severo, o acúmulo de saliva nas comissuras labiais, queilite angular, sensibilidade dental, limitação da abertura bucal, dor miofacial e articular são sintomas que comprovam uma alteração da dimensão vertical de oclusão (DVO).

A limitação da abertura bucal será sempre uma condição de travamento no planejamento odontológico. A confecção de dispositivos para relaxamento muscular como placas parciais (frontal) envolvendo somente os dentes anteriores, com objetivo de liberar todos os contatos posteriores é confeccionada pela técnica direta com resina acrílica autopolimerizável. Sua principal vantagem é a possibilidade de execução em pacientes com limitação extrema de abertura bucal que impede os procedimentos de moldagem. Seu uso não poderá ultrapassar 2 semanas, uma vez que permite a extrusão dos dentes posteriores. (MEZZOMO, FRASA, 1996)

O desprogramador anterior é um aparato que, em um aparelho protético confeccionado de acrílico ou em base de acetato com adição de acrílico, é colocado na parte anterior da boca. A finalidade é desprogramar a musculatura do sistema estomatognático, eliminando os reflexos proprioceptivos que o paciente apresenta e evitar os contatos prematuros que se apresentavam (CARRENO, 1995).

Oliveira (2002) descreve as 4 principais indicações para se confeccionar uma placa frontal: 1) romper o ciclo dor-contração que ocorre em alterações musculares do tipo contração protetora, permitindo aos músculos restabelecerem um padrão de atividade coordenada; 2) diminuir a hiperatividade muscular, adequando o suprimento sanguíneo e restabelecendo o metabolismo fisiológico; 3) permitir o reposicionamento mandibular para uma posição musculoesquelética mais equilibrada; 4) auxiliar na determinação do diagnóstico diferencial.

A estabilização oclusal e a redistribuição de cargas podem ter um papel importante no tratamento da DTM (OLIVEIRA, 2002).

O que se pode observar é que as desarmonias oclusais de qualquer ordem no mínimo predisõem as disfunções. A oclusão alterada e presença de interferências oclusais em pacientes com disfunções devem ser harmonizadas, tendo como referência os princípios básicos da oclusão mutuamente protegida, desde que a sintomatologia e o desconforto tenham desaparecido previamente pelo emprego de formas reversíveis de tratamento.

Para Pergoraro (2002) a dimensão vertical de oclusão pode estar alterada para menos como resultado do desgaste acentuado dos dentes ou perda de contenção posterior. Os aspectos faciais típicos da DVO diminuída são: a redução do terço inferior da face, projeção do mento, intrusão dos lábios, aprofundamento dos sulcos nasogenianos, características essas que podem causar um colapso facial. Em casos mais severos, podem ser encontrados acúmulo de saliva nas comissuras labiais, queilite angular, sensibilidade dental (decorrente de perda de estrutura devido à atrição), dificuldades fonéticas e sintomatologia dental articular. Os dois principais objetivos para se restabelecer a DVO são: recuperar estética, através da recuperação da altura do terço inferior da face e da harmonia facial, e melhorar a função do sistema estomatognático, criando um espaço interoclusal para possibilitar a reconstrução oclusal.

De acordo com Mondelli (2003), um paciente que tenha tido a DVO alterada para menos, e que necessite de uma reabilitação protética, deve ser cuidadosamente avaliado antes da restauração definitiva, especialmente quanto ao espaço ou distância interoclusal. Aparentemente este índice é amplo, variando entre 3, 6 e até 10mm em algumas pessoas.

Com objetivo de acelerar o relaxamento muscular, a paciente foi encaminhada para uma fisioterapeuta, para reforçar o tratamento quando à limitação de abertura bucal, inicialmente era de 11mm e após várias sessões de fisioterapia e fase de estabilidade oclusal com auxílio de placas totais superior e inferior "overlay", a abertura passou para 38mm. Exercícios diários foram ótimos auxiliares no tratamento fisioterápico, e foram bem conduzidos pela paciente.

Lesões ulceradas (aftas) eram muito frequentes, uma vez que a paciente possuía um refluxo severo, e todo aquele ácido que retornava na boca durante a madrugada, alterava o pH da boca e acabava lesionando a mucosa.

É necessário orientar o paciente sobre a importância de procurar ajuda profissional e fazer exames específicos que nos dêem respaldo para realizarmos um plano de tratamento correto.

Os modelos de estudo foram montados em um articulador semi ajustável na posição de Relação Centrica (RC), para um restabelecimento da oclusão, do alinhamento tridimensional do plano oclusal e a desocclusão (DATO).

Planejaram-se as exodontias em conjunto com a regeneração óssea guiada, pensando nas futuras cirurgias de implante. Algumas das vantagens em ter-se usado o Bio-Oss são que ele é osteoindutor e osteocondutor

Nos dentes posteriores optou-se em confeccionar um núcleo metálico fundido, pois havia menos de 2mm de remanescente dentário, e foi selecionada uma liga de ouro por se tratar de uma liga com alta fidelidade de cópia e ser de baixa fundição. Durante a prova do núcleo foram eliminadas bolhas positivas, para que não houvesse sobrecarga em alguma parte da raiz durante a cimentação, de forma que a mesma ocorresse passivamente.

Após o tratamento de canal, optou-se em colocar pino fibra de vidro para aumentar a retenção do material de preenchimento (resina composta) e para dissipar melhor as cargas oclusais ao longo eixo da raiz. Utilizamos a resina Resina Filtek Z350 XT A1E - 3M por ser uma resina de nano partículas e possuir maior resistência mecânica (a cor A1E por ser mais clara e possibilitar melhor a passagem de luz durante a fotopolimerização, bem como a visualização entre dente e material de preenchimento).

Foram colocados implantes posteriores para restabelecer o equilíbrio oclusal.

Já na fase dos provisórios unitários notou-se uma grande diferença no aspecto social da paciente. A mesma chegava às consultas mais alegre, sorridente e

vaidosa (alterou até a cor do cabelo). A mesma relatava o quanto o tratamento dentário à fez se sentir mais confiante, e com a autoestima elevada.

4.3. INTERRELAÇÃO REVISÃO BIBLIOGRAFICA

No estudo realizado por Nader *et al.* em 2015, muito se falou dos exames de imagem para diagnosticar precocemente a erosão ácida. Porém o estudo foi feito *in vitro*, e utilizou de ferramentas (imagens de speckle e laser polarizado), que quase nenhum cirurgião dentista possui, não sendo um método de fácil acesso e manejo no consultório. Os autores mencionam o tratamento das desmineralizações com cremes dentais contendo fosfato de cálcio e enxaguantes com íons de cálcio e fosfato, mas não se atentam para o mais importante, que é o diagnóstico.

Fazem-se necessárias algumas instruções aos pacientes que tem em sua dieta consumo elevado de bebidas ácidas. Barlett (2009) alerta que o excesso de força na escovação, logo após o consumo de bebidas ácidas, pode aumentar o risco de desgastar a estrutura dentária.

O relato de caso clínico publicado por Cândido e Fernandes em 2002, traz uma abordagem interessante da importância de se fazer uma boa e detalhada anamnese.

É comum pacientes com erosão dental terem sensibilidade dentinária. Barlett (2009) explica que a presença dos ácidos na boca, pode remover parte da *smear layer*, deixando os túbulos dentinários expostos no ambiente bucal, conferindo assim, a sensibilidade. No caso da paciente descrita por Barlett, ela relatava muita sensibilidade, e sempre foi orientada a usar cremes dentais específicos para dentes sensíveis, contudo, sem muita melhora do quadro clínico.

Estudos publicados por Dahshan *et al.* (2002) e Farahmand *et al.* (2013), demonstraram que a DRGE e suas consequências nocivas na cavidade oral são muito comuns na população, inclusive, nas crianças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Torna-se importante enfatizar, durante um exame clínico odontológico, a influência de uma anamnese e um exame clínico extra e intra oral bem detalhado, para que as informações capturadas sejam utilizadas para um planejamento e plano de tratamento correto. Devemos sim diante das informações colhidas possuímos uma visão multidisciplinar.

Devemos também repassar a responsabilidade da manutenção do resultado do tratamento não somente ao profissional da odontologia, como também ao paciente que se compromete com a qualidade do controle da placa bacteriana para que o sucesso obtido seja de longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ALBAKER, M. A. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD): A Case Study. **Pakistan Oral and Dental Journal**, Riyadh, v. 36, n. 2, p. 345-348 Jun. 2016
- BARLETT, D. Etiology and prevention of Acid Erosion. **Compendium**, London, v. 30, n. 9, p. 2016-220, Nov/Dec. 2009.
- BONATO, L. L *et al.* Análise perfilométrica do padrão de desgaste dentário de indivíduos bruxômanos e sua inter-relação com a erosão dentária: um estudo longitudinal. **Revista saúde e pesquisa**, Maringá, v.8, n. 2, p. 285-295, Maio/Ago. 2015.
- CANDIDO, M. S. M.; FERNANDES, M. I. L. Erosão dental decorrente de refluxo gastroesofágico – Caso clínico. **Jornal Brasileiro de Dentística & Estética**, Curitiba, v.1, n. 1, p. 64-71, Jan/Mar. 2002.
- CATUNDA, S. I. *et al.* Manifestações Oraís e Maxilofaciais Secundárias à Bulimia Nervosa: Uma Revisão Sistemática. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 2, n. 12, p. 279-284, Jun. 2012.
- CHU, C. H. *et al.* Dental erosion and caries status of Chinese university students. **Oral health preventive dentistry**, Hong Kong, v. 13, n. 3, p. 237-244, 2015.
- CHU, C.; PANG, K. K.; LO, E.C. Dietary behaviour and knowledge of dental erosion among chinese adults. **BMC Oral Health**, Hong Kong, v. 10, n. 1, p. 10-13, Jun. 2010.

DAHSHAN, A. *et al.* Gastroesophageal reflux disease and dental erosion in children. **The Journal of Pediatrics - Division of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, Tulsa, v. 140, n. 4, p. 474-478, Abr. 2002.

FARAHMAND, F. *et al.* Gastroesophageal Reflux Disease and Tooth Erosion: A Cross-Sectional Observational Study. **Gut and Liver**, Tehran, v.7, n.3, p. 278-281, Abr. 2013.

GREGORY-HEAD, B. L. *et al.* Evaluation of dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. **Journal of Prosthetic Dentistry**, Whistler, v. 83, n. 6, p. 675-680, Jun. 2000.

HOLST, J. J.; LAVGE F. Perimyololysis: a contribution towards the genesis of tooth wasting from non-mechanical causes. **Acta Odontologica Scandínavica**, Copenhagen, v. 26, n. 2, p. 36-48, Fev. 1940.

IMFELD, T. Dental erosion. Definition, classification and links. **European Journal of Oral Sciences**, Munksgaard, v. 104, n. 2, p. 151-155, Apr. 1996.

JUNIOR, A. A. J; STOLL, L. B. Distúrbios alimentares: implicações odontológicas. Relato de caso clínico. **Revista Dental Press de Estética**, São Paulo, v. 3, n. 10, p. 106-117, 2013.

KHAN, F. *et al.* Dental cervical lesions associated with occlusal erosion and attrition. **Australian Dental Journal**, Queensland, v. 3, n. 44, p. 176-186, May. 1999.

LUSSI, A.; SCHAFFNER, M.; JARGGI, T. Dental erosion—diagnosis and prevention in children and adults. **International Dental Journal**, Bern, v. 57, n. 6, p. 385-398, Dec. 2007.

MEZZOMO, E.; FRASA, L. C. F. Dor da ATM – O que fazer? In: TODESCAN, F.; BOTTINO, M. A. **Atualização na clínica odontológica: a prática da clínica geral**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 1996. p.357-382.

MORAES, M. S. B. F., OLIVEIRA, N. M., Buxismo. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Faculdade de Sorocaba**, Sorocaba, v. 8, n. 2, p. 5-6, 2006.

NADER, C. A. *et al.* Early diagnosis of teeth rosion using polarized laser speckle imaging. **Journal of Biomedical Optics**, Bellingham, v. 7, n. 21, p.71103-71116, July, 2016.

OLIVEIRA, W. **Disfunções Temporo Mandibulares**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2002. 447p.

PERGORARO, L. F. **Prótese Fixa**. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda, 2000. 313p.

REBOLLEDO, O. E. D., Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo. **Oral**, México, v. 1, n. 38, p. 742-744, Set. 2011.

ROCHA, C. T.; *et al.* Erosão dental na infância e sua associação com o refluxo gastroesofágico. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 2, n. 11, p. 305-310, Abr/Jun. 2011.

SCHMIDSEDER, *et al.* **Oclusão**. 2.ed. São Paulo: Editora Santos, 2007. 272p.

SOARES, V. R. M. Biomateriais Utilizados Na Prática Odontológica: Uma Revisão De Literatura. 2015. 49f. Monografia - Universidade estadual de Londrina, Londrina, 2015.

ANEXO A – EXAME ENDOSCOPIA

Núcleo de Endoscopia Digestiva		
CNPJ: 00.989.988/0001-07		
Nome: ELIANE TERESINHA GUEDES	Prontuário: 11787	Data: 09/04/2014
Solicitante: Dr(a). MARCOS FABIO REGO CARDOSO	Idade: 59 anos 3 meses 6 dias	
Procedimento: ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Convênio: UNIMED	

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Sob anestesia tópica da orofaringe com Xylocaina Spray à 10% foi introduzido o Videoendoscópio GIF- Q 145 da Olympus sob visão direta.

Esôfago apresentando calibre, elasticidade parietal e mucosa preservados. Junção esôfago-gástrica situada pouco acima de sua posição habitual, à 2,0 cm da impressão diafragmática, caracterizando pequeno saco herniário com 2,0 cm de extensão (foto nº 01), associada à diminuta erosão fusiforme, isolada, com fundo cruento, incidindo em mucosa justaposta à linha "zeta" (foto nº 01').

Hiato esofagiano com diâmetro normal (foto nº 02, em retrovisão).

Estômago contendo líquido claro no lago mucoso. Volume, distensibilidade e motilidade normais. Pregueado mucoso habitual. Mucosa em antro gástrico distal é edemaciada e exibe enantema homogêneo leve (foto nº 03; foto nº 04: corpo gástrico).

Piloro centralizado, pérvio e móvel.

Bulbo duodenal com configuração anatômica, sem deformidades. Mucosa normocorada e íntegra (foto nº 05).

Duodeno descendente mostrando calibre, pregueado e mucosa sem alterações (foto nº 06).

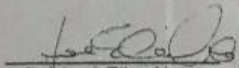
CONCLUSÃO: 1- Esofagite péptica erosiva leve, grau I de Savary-Miller.

2- Hérnia hiatal por deslizamento, volume pequeno.

3- Gastrite endoscópica enantematosa leve do antro.

4- Bulbo duodenal e duodeno descendente normais.

Obs.: Teste da Urease para pesquisa de *H.pylori*: () Negativo (x) Positivo
Realizadas biópsias em esôfago distal, corpo e antro gástrico.
Aguardar laudo histológico.


Dr. José Elias Neto
CRM: 18618

Av. Do Contorno, 2.905 / 14º Andar - Stª Efigênia - B. Hte - MG - Fone / Fax: (31) 3241-2124
Av. Governador Valadares, 671 - Centro - Betim - MG - Tel: (31) 3532-1405
Site: www.nucleodeendoscopia.com.br - E-mail: nucleodeendoscopia@ig.com.br

Masterplus - www.mastervisionsistemas.com.br

ANEXO B – LAUDO PNEUMOLOGISTA

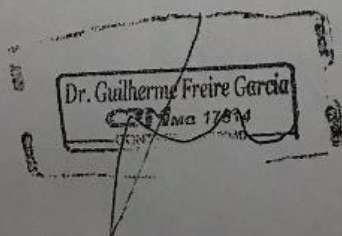
DR. GUILHERME FREIRE GARCIA
PNEUMOLOGIA
CRMMG- 17814

RELATÓRIO DA PNEUMOLOGIA

ACOMPANHAMOS ELIANE TERESINHA GUEDES DESDE 2002, COM DIAGNÓSTICO DE BRONQUIECTASIAS BILATERAIS, COM EPISÓDIOS DE TOSSE COM EXPECTORÇÃO E OCASIONALMENTE HEMOPTOICOS, COM MELHORA DOS SINTOMAS AO USO DE ANTIBIOTICOS E MUCOLITICOS. AS CRISES VEM OCORRENDO NO MÁXIMO ANUALMENTE.

FORA DESTAS CRISES, APRESENTA EPISODIOS DE TOSSE SECA COM MELHORA ESPONTANEA, QUE PODE ESTAR ASSOCIADA A OUTROS FATORES (ALERGIA, RGE?).

BELO HORIZONTE, 10 DE JANEIRO DE 2019



Endereço: Rua Ceará 195, sala 808- Santa Efigênia- Belo Horizonte

Fone: 2514 4077/25114078

ANEXO C – FOTOS INICIAIS MEIO E FIM



Foto 1: Radiografia Panorâmica semi aberta inicial



Foto 2: Máxima intercuspidação habitual inicial



Foto 3: sorriso inicial



Foto 4: overdenture superior e inferior

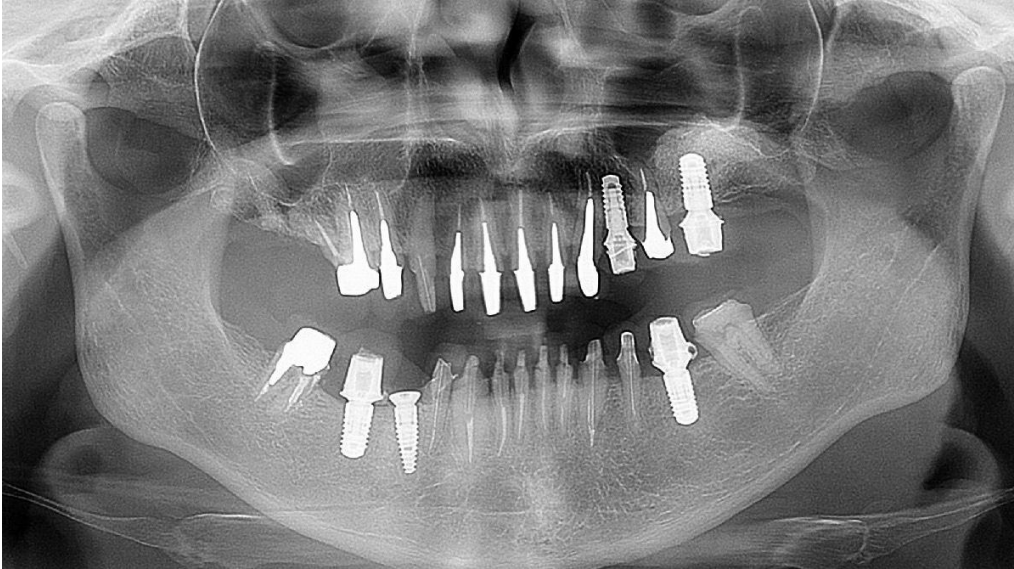


Foto 5: Radiografia panorâmica atual



Foto 6: relação Centrca de oclusão



Foto 7: sorriso atual da paciente

ANEXO D – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Todo desgaste oclusal é por bruxismo? – Relato de caso clínico

Seu tratamento teve início em 2014, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, devido à queixa de desgaste excessivo nos dentes. Após detalhada anamnese e exame clínico, à paciente foi orientada a procurar um médico gastroenterologista, pois havia sinais e sintomas clínicos característicos de refluxo. Após diagnóstico e tratamento de refluxo pelo médico, foi feito um pedido de radiografia periapical de todos os elementos, para realizar o planejamento odontológico. O tratamento proposto incluiu extrações de alguns elementos comprometidos, cirurgia periodontal da arcada superior e inferior, tratamento endodôntico, confecção de pino intra radiculares e provisórios em resina acrílica de todos os elementos presentes em boca (alterando a dimensão vertical de oclusão). Para as regiões edêntulas foram planejados implantes. O objetivo deste Relato de Caso é apresentar, na forma escrita, a importância de se fazer uma boa anamnese, para assim, diagnosticar distúrbios gástricos pelo exame intra oral e descrever as etapas de tratamento acima citado que foram realizadas em você. Este Relato de Caso será um trabalho de conclusão de curso de especialização e poderá ser publicado em revista científica da área, assim como poderá ser apresentado em eventos científicos e palestras.

Para escrever este Relato de Caso, serão utilizadas fotografias, radiografias, planejamentos, exames clínicos e modelos de gesso feitos ao longo do tratamento.

É importante ressaltar a existência de informações que possam levar a sua identificação, as fotos de rosto. Todas as outras informações de identificação serão confidenciais.

Ressaltamos que a não concordância na autorização da divulgação dos dados em nada prejudica o seu tratamento.

Eu, Eliane Teresinha Guedes, carteira de identidade MG.622.190, CPF 201.615.496-91, fui informada dos objetivos do trabalho acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do uso da minha documentação odontológica e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu o desejar. O Dr. Lincoln Dias Lanza certificou-me de que todos os dados serão confidenciais, bem como o meu tratamento atual, ou demais tratamentos, não serão modificados em razão do meu consentimento ou não na divulgação dos dados. Portanto, autorizo a divulgação de

meu caso clínico na forma de publicação escrita e apresentação à comunidade odontológica.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Eliane T. Guedes
Eliane Teresinha Guedes

19/2/2019
Data

Lincoln Dias Lanza
Dr. Lincoln Dias Lanza CRO MG14346

19/2/2019
Data

Este formulário foi lido para Eliane Teresinha Guedes em 19/2/2019 (data) por Lincoln Dias Lanza enquanto eu estava presente.

Marcela de Queiroz Bernardes
Marcela de Queiroz Bernardes CRO MG47332

19/2/2019
Data