

Erosão dentária e refluxo gastroesofásico

Dental erosion and gastroesophageal reflux

DOI:10.34119/bjhrv5n3-229

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 28/03/2022

Gabriella Vasconcelos Felipe

Discente de Odontologia da Universidade Brasil

Instituição: Universidade Brasil- Campus Fernandópolis SP, CEP:15600-000

E-mail: gabriella.vasconcelos@outlook.com

Karina Gonzalez Camara Fernandes

Mestra em Endodontia pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic

Instituição: Universidade Brasil - Campus Fernandópolis SP, CEP:15600-000

E-mail: karinagcf@yahoo.com.br

RESUMO

A erosão dentária ocorre pela dissolução da apatita dentária quando exposta a ácidos não bacterianos. Um dos fatores que predispõem à erosão dentária é a doença do refluxo gastroesofágico devido à regurgitação crônica do conteúdo gástrico para a orofaringe. Por meio de uma revisão de literatura, o presente estudo visa orientar os cirurgiões-dentistas com informações sobre a história, etiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento do desgaste dentário erosivo. O objetivo então é avaliar a associação e prevalência de desgaste erosivo em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico. Em caráter específico descrever a erosão dentária, fatores etiológicos, classificação, características clínicas e opções terapêuticas; evidenciar a associação entre doença do refluxo gastroesofágico DRGE e erosão dentária ED; apontar sugestões a profissionais cirurgiões dentistas quanto a condutas preventivas e tratamento. A metodologia utilizada foi de caráter bibliográfico, tendo como bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs, utilizando os descritores 'doença do refluxo gastroesofágico'; 'erosão dentária', considerando estudos clínicos publicados recentemente de 2000 a 2022. Conclui-se que o conhecimento sobre os fatores etiológicos do desgaste dentário erosivo torna-se importante para prevenir a progressão desse problema, além de estabelecer medidas preventivas eficazes desde a infância. O cirurgião-dentista deve realizar um diagnóstico precoce e realizar o tratamento adequado desse problema, principalmente as orientações quanto à alimentação e higiene bucal além das terapias com flúor.

Palavras-chave: refluxo gastroesofágico, erosão dentária, diagnóstico.

ABSTRACT

Dental erosion occurs by the dissolution of dental apatite when exposed to nonbacterial acids. One of the factors predisposing to tooth erosion is gastroesophageal reflux disease due to chronic regurgitation of gastric contents into the oropharynx. Through a literature review, the present study aims to guide dental surgeons with information on the history, etiology, diagnosis, prevention, and treatment of erosive tooth wear. The objective then is to evaluate the association and prevalence of erosive tooth wear in patients with gastroesophageal reflux disease. In specific character describe dental erosion, etiological factors, classification, clinical

characteristics and therapeutic options; evidence the association between gastroesophageal reflux disease GERD and dental erosion ED; point out suggestions to dental surgeons about preventive conducts and treatment. The methodology used was bibliographic, using as databases Pubmed, Scielo, Lilacs, using the descriptors 'gastroesophageal reflux disease'; 'dental erosion', considering clinical studies recently published from 2000 to 2022. It is concluded that knowledge about the etiological factors of erosive tooth wear becomes important to prevent the progression of this problem, besides establishing effective preventive measures since childhood. The dental surgeon should make an early diagnosis and carry out the appropriate treatment of this problem, especially the guidelines for diet and oral hygiene, in addition to fluoride therapy.

Keywords: gastroesophageal reflux, dental erosion, diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

Com os avanços na odontologia e uma ênfase crescente na educação do paciente, há uma maior consciência da conexão entre a saúde bucal e geral. A qualidade do atendimento odontológico e as conquistas modernas na ciência odontológica dependem fortemente da compreensão das propriedades dos elementos dentais e dos princípios e mecanismos básicos envolvidos em sua interação com o meio circundante (MENEZES et al., 2021).

E, um exemplo disso e a importância de análise entre a ocorrência de erosão dentária e refluxo gastroesofágico. Conforme descreveu Faria e Villela (2000) a qual ressaltam que conhecimento das etiologias é um fator relevante para realizar tratamento seguro e efetivo, e, portanto, busca-se então por meio deste estudo aprofundar um pouco mais quanto a ocorrência de erosão dental que está inserido no contexto lesões cervical não cariosas.

Assim, vale reiterar e explicar que, a erosão dentária é a perda dos tecidos duros do dente produzida pela ação do suco gástrico, pepsina e ácido sobre o esmalte dentário (ORTIZ et al., 2020). Dentre alguma das causas de ocorrência de erosão dentária, refere-se ao refluxo gastroesofágico que é a ocorrência da elevação do conteúdo gástrico acima da junção gastroesofágica. Assim, distúrbios gastrointestinais que provocam aumento da produção de ácido gástrico podem então estar associados a erosões dentárias (MENEZES et al., 2021).

Dessa forma, busca-se por meio deste estudo realizar revisão de literatura quanto a erosão dentária, enfatizando fatores etiológicos, classificação, características clínicas e opções terapêuticas. Apontar sugestões aos cirurgiões-dentistas quanto a condutas preventivas e tratamento.

Nos últimos anos, sua prevalência tem aumentado, tornando-se um desafio para os dentistas, principalmente quando atinge estágios mais avançados onde pode causar dor,

hipersensibilidade, problemas de função e estética. E, diante de tais apontamentos consiste a justificativa deste estudo.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Pubmed, Scielo, Lilacs, utilizando os descritores 'doença do refluxo gastroesofágico'; 'erosão dentária', considerando estudos clínicos publicados recentemente de 2000 a 2022.

2 OBJETIVO(S)

O objetivo desta revisão de literatura foi avaliar a associação e prevalência de desgaste erosivo em pacientes com doença do refluxo gastroesofágico. Em caráter específico descrever a erosão dentária, fatores etiológicos, classificação, características clínicas e opções terapêuticas; evidenciar a associação entre Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e Erosão Dentária (ED); apontar sugestões a profissionais cirurgiões dentistas quanto a condutas preventivas e tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DESMINERALIZAÇÃO EROSIVA DA COROA DO DENTE E DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

A perda da superfície do dente pode ser por abrasão, atrito e/ou erosão ácida. Indica natureza multifatorial do desgaste dentário, também denominado perda de superfície/substância dentária não cariosa. Esse processo multifatorial apresenta uma grande dificuldade ao tentar avaliar um único fator (CUNHA et al., 2018).

A desmineralização erosiva da coroa do dente é caracterizada pelo amolecimento inicial da superfície do esmalte, que varia de acordo com o tempo de imersão e os ácidos em estudo. E, a ocorrência dessa ação de desmineralização do tecido dentário duro, devido à dissolução dos cristais de apatita, pode levar à destruição total dos dentes. Além de que, à medida que o esmalte se desgasta, os dentes ficam descoloridos e sensíveis a alimentos e bebidas quentes, frios e doces (BRUNO; MENDONÇA, 2021).

As lesões evoluem lentamente e geralmente passam despercebidas nos estágios iniciais, por isso é recomendado que os pacientes com refluxo gastroesofágico sejam avaliados adequadamente para estabelecer medidas preventivas para evitar a progressão (BRUNO; MENDONÇA, 2021).

O diagnóstico precoce e a identificação de fatores causais se torna diferencial, como no caso de refluxo esogástrico, que o tratamento gastrointestinal pode colaborar na diminuição de

outras erosões, ou seja, discutindo as características clínicas desta doença e as maneiras de preveni-la (TUÑAS et al., 2016).

Quanto ao diagnóstico Tuñas et al., (2016) explicam que esse às vezes é difícil, visto que lesões não cariosas como erosão, abrasão, atrição, e abfração, é complexo, e muitas vezes similar, sendo fundamental conhecimento do profissional cirurgião- dentista para distingui-la, conforme demonstrado na figura abaixo:

Figura 1. Aspectos clínicos das lesões não cariosas: A – atrição, B – abrasão, C – abfração, D – erosão



Fonte: Tuñas et al., (2016, p. 207).

Observa-se na figura acima que cada lesão apresenta suas características clínicas. No caso da atrição apresenta pontas de cúspides desgastadas e planas, e observa-se ainda que esmalte e dentina são envolvidos de forma similar, é muito comum sua ocorrência quando o paciente apresenta bruxismo. No caso da abrasão é comum sua ocorrência nos pré-molares e molares, a qual ocorre diante de forças mecânicas ou friccionais provenientes de fatores exógenos, sendo mais suscetíveis sua ocorrência na dentina e cimento. Ocorre na maioria das vezes por exposição de forças excessivas ao escovar. No caso da abfração ocorre quando forças oclusais apresentam desequilíbrio, sendo mais recorrente na região cervical, e isso ocasionando microfraturas. E, por fim a erosão, que tem como primeira área afetada a dentina peritubular, seguida da intertubular. É comum apresentar superfície porosa, e não tendo mancha, e sim aparência de vidro lustroso. Nota-se assim que sendo possível distinguir o tipo de lesão não cariosa, por meio de análise quanto as manifestações clínicas, e anamnese realizada junto ao paciente, o que então colabora para diagnóstico precoce (TUÑAS et al., 2016).

3.2 DIAGNÓSTICO DE LESÕES NÃO CARIOSAS

Gonçalves e Deusadará (2011) também apontam a complexidade que as lesões cervicais não cariosas são para serem diagnosticadas, podendo ocorrer por diversos fatores etiológicos como abrasão, erosão e abfração.

Xavier, Pinto e Cavalcanti (2012) enfatizam neste sentido que o diagnóstico precoce pode ser identificado por anamnese detalhada, e exame visual e tátil, observando principalmente enfraquecimento da estrutura dental. Mas o ponto mais importante é a identificação dessas lesões no estágio inicial, a fim de prevenir progressões já existentes.

3.3 EROSÃO DENTÁRIA

A erosão dentária ou desgaste dentário erosivo é considerado um problema de saúde bucal contemporâneo, causado por processos químicos de “ataque ácido” ao dente, sem envolvimento bacteriano, o que causa a perda da estrutura mineral. Esse problema ocorre em uma condição multifatorial, podendo haver interação entre fatores biológicos, químicos e comportamentais (BRUNO; MENDONÇA, 2021; CUNHA et al., 2018).

A erosão dentária associada à doença de refluxo gastroesofágico foi aparentemente relatada pela primeira vez em 1933. No entanto, além das publicações ocasionais subsequentes de relatos de casos, até a década de 1990 poucas publicações de pesquisa avaliaram essa associação (RANJITKAR; KAIDONIS; SMALES, 2012).

Catelan, Guedes e Santos (2010, p. 83) então caracteriza a erosão dentária da seguinte forma:

A erosão dental é uma enfermidade crônica, definida como a perda superficial de tecido dental duro como resultado de um processo químico sem envolvimento de bactérias, causada por ácidos, que podem ter origem intrínseca, extrínseca ou idiopática, provocando a perda irreversível de tecido mineralizado e hipersensibilidade dentinária.

Cunha et al., (2018, p. 445) ressaltaram também neste sentido que:

[...] a erosão está cada vez mais presente na população, em razão das mudanças de hábitos e padrões estéticos e o fácil acesso a produtos industrializados, no entanto, a prevalência desta lesão não cariosa está relacionada especialmente a fatores intrínsecos tais como: bulimia e refluxos gástricos.

Guimarães (2014, p. 07) descreveram então que “a erosão dentária é a perda da estrutura dentária em consequência da ação química caracterizada pela descalcificação superficial do esmalte com manchas brancas, dureza e aspereza superficial, mostrando-se a lesão, larga, rasa e sem ângulos nítidos”.

A etiologia da erosão é multifatorial e está relacionada principalmente às mudanças no estilo de vida contemporâneo (hábitos alimentares, ingestão de bebidas, ocupação, drogas, medidas de higiene bucal e transtornos alimentares); biológicos (saúde geral, dentes, biofilme, película adquirida e saliva) e químicos (capacidade tampão da saliva, pH, tipo de ácido, presença de cálcio, flúor e fósforo), capazes de interferir na frequência e gravidade da desgaste erosivo (CUNHA et al., 2018).

A erosão é um distúrbio para o qual contribuem propriedades como características estruturais do dente, propriedades fisiológicas da saliva e fontes e hábitos ácidos extrínsecos e intrínsecos, e todos devem ser cuidadosamente considerados (HOUEL, 2019).

A erosão dentária ocorre quando os ácidos dissolvem parte da superfície do esmalte dos dentes. Geralmente é causada por bebidas ácidas ou medicamentos, vômitos excessivos ou refluxo ácido. A erosão não é causada por bactérias, por isso é diferente da cárie dentária (ORTIZ et al., 2020).

Por definição, a erosão dentária é a dissolução do mineral do dente, ou seja, consiste no processo de dissolução química dos tecidos dentários, isso decorrente do fator pH gástrico, que pode vir a comprometer as funções protetoras presentes no fluido bucal, que refere a saliva (SILVA, 2010); (BRUNO; MENDONÇA, 2021).

Catelan, Guedes e Santos (2010) então explicam quanto a importância da realização da anamnese para diagnóstico correto quanto a fatores que podem estar ocasionando erosão dentária, como hábitos alimentares, distúrbios gastrintestinais, e até mesmo podendo estar relacionado ao uso de medicamentos ou disfunção de glândulas salivares, ou seja, podendo estar relacionado a inúmeros fatores etiológicos.

Beiriz et al., (2020) então descreveram a compreensão quanto a etiologia dessas lesões e possíveis fatores associados, isso favorecerá o tratamento adequado e até mesmo a prevenção no aparecimento de possíveis novas lesões ou até mesmo minimizar a evolução de erosões já existentes.

Se a erosão dentária não for tratada, pode levar à perda da estrutura dentária. Isso pode exigir tratamento para o exterior e interior do dente, como por exemplo tratamento endodôntico (HOUEL, 2019).

Pode-se colocar que desgaste dentário erosivo oclusal inicial (a) e avançado (b). As obturações de amálgama e compósito que se elevam acima do nível da superfície do dente adjacente são sinais claros de erosão.

Figura 2: Elemento dental com desgaste erosivo



Fonte: Tokus (2012, p. 02)

Vale enfatizar que se tem o índice de erosão proposto por Eccles e Jenkins (1974), que enfatiza em quatro graus. Grau 0: Sem erosão; Grau 1: Perda de esmalte sem exposição de dentina; Grau 2: Perda de esmalte com exposição de dentina em menos de um terço da superfície do dente; e Grau 3: Perda de esmalte com exposição de dentina em mais de um terço da superfície do dente (GUIMARÃES, 2014), conforme representado na figura 3.

Figura 3: Vistas oclusais frontal e maxilar de erosão dentária severa causada por ácido endógeno em um paciente com DRGE.



Fonte: Ranjitkar; Kaidonis; Smales (2012, p. 04).

Os sinais típicos de erosão do esmalte são o aparecimento de esmalte liso, acetinado, às vezes fosco na ausência de periquimatos, mas com esmalte intacto ao longo da margem gengival. As características iniciais da erosão nas superfícies oclusal e incisal são as mesmas. A progressão da erosão oclusal leva a um arredondamento das cúspides e restaurações que se elevam acima do nível das superfícies dentárias adjacentes (RANJITKAR; K Aidonis; SMALES, 2012).

A erosão deve ser distinguida do atrito (desgaste do dente induzido pelo contato dente-dente) e abrasão (desgaste do dente causado pela interação entre os dentes e outros materiais). Nem sempre é fácil diferenciar essas lesões de desgaste (ORTIZ et al., 2020).

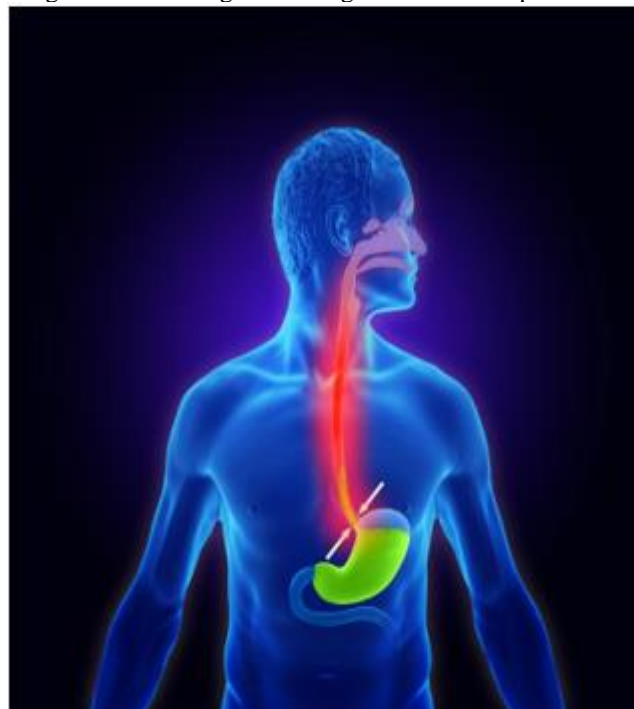
Assim, quanto a características de dentes com erosão ressaltam em suas manifestações clínicas, os elementos dentais geralmente são amarelados, com bordas afiadas; sensíveis a substâncias quentes, frias, açucaradas e ácidas.

Guimarães et al., (2014) enfatizam que a ocorrência de erosão dentária pode ocorrer quando pH bucal apresentar inferior a 4,5, que é considerado crítico para fluorapatita, e portanto, sendo então o fluxo salivar um dos fatores desencadeantes da erosão dentária, e portanto, na ocorrência de refluxo gastroesofágico, que ocorre um regurgitar ácido, a ocorrência de tais lesões se tornam ainda mais preponderantes.

3.4 EROSÃO DENTÁRIA E REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Assim, inicialmente é necessário explicar doença do refluxo gastroesofágico. Convém salientar que o movimento retrógrado do ácido do estômago para o esôfago geralmente é bem controlado pelo esfíncter esofágico inferior por meio de um mecanismo antirrefluxo. Quando ocorre algum tipo de falha nessa coordenação, pode levar à condição crônica reconhecida como doença do refluxo gastroesofágico (CUNHA et al., 2018). Conforme representado na figura 4 abaixo:

Figura 4: Refluxo gastroesofágico alterando o pH salivar



Fonte: <https://dceg.cancer.gov/news-events/news/2021/gerd-cancer-risk>

Pode-se então explicar que o refluxo gastroesofágico é definido como um fluxo retrógrado normal e fisiológico do conteúdo gástrico para o esôfago que ocorre principalmente pós-prandial (após as refeições) por cerca de uma hora por dia. Em um episódio de refluxo gastroesofágico é diagnosticado quando o pH esofágico cai abaixo de 4,0 por pelo menos 30 segundos, e, em indivíduos saudáveis, o refluxo ácido é eliminado pelo peristaltismo esofágico e saliva em 1-2 minutos. Outro ponto que pode ser ressaltado é que a saliva também ajuda a tamponar (neutralizar) o ácido esofágico e a lubrificar o esôfago contra danos mecânicos de um bolo alimentar (ORTIZ et al., 2020).

Métodos comuns para o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico incluem a avaliação de sintomas gástricos, teste de drogas inibidoras da bomba de prótons (IBP), pHmetria esofágica e endoscopia digestiva alta. Mas, vale reiterar que refluxo gastroesofágico não produz sintomas gástricos ou danos na mucosa, mas pode progredir para um distúrbio clínico denominado doença do refluxo gastroesofágico, geralmente caracterizado por sintomas de pirose e regurgitação ácida (MENEZES, et al, 2021).

As manifestações extraesofágicas possivelmente decorrentes da doença do refluxo gastroesofágico que incluem laringe (laringite de refluxo, rouquidão, tosse crônica, úlcera de corda vocal e granuloma), faríngea (mucosite), respiratória (asma, bronquite, tosse crônica e pneumonia aspirativa), sinusal (sinusite), ouvido (otite média) e condições bucais (erosão e sensibilidade dentária, gosto amargo, halitose e mucosite). E, embora o sintoma mais comum desta condição seja a azia, em certos indivíduos o primeiro sinal que podem experimentar é a erosão dentária. (SARI, 2018).

Embora o refluxo gastroesofágico seja uma ocorrência fisiológica normal, a regurgitação gástrica e duodenal excessiva combinada com uma diminuição dos mecanismos protetores normais, incluindo uma produção adequada de saliva, pode resultar em muitas condições adversas esofágicas e extraesofágicas, o que desencadeia erosão dentária (BEIRIZ et al., 2020).

Ortiz et al., (2020) avaliaram a associação da doença do refluxo gastroesofágico e erosões dentárias em uma amostra de 120 participantes mexicanos. Eles mostraram uma relação significativa entre doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e erosão dentária (ED) em seu estudo e consideraram essa questão como uma manifestação extraesofágica da doença do refluxo gastroesofágico.

Tuñas et al., (2016) trazem explicação quanto a erosão dental como um fenômeno químico que danifica a estrutura dental, não sendo ocasionado por bactérias, e sim por exposição a ácidos intrínsecos ou extrínsecos. Isso ocorre pois quando esses ácidos por meio

de seus íons hidrogênio entram em contato com a estrutura dental ou dentina, dissolvem então os cristais do esmalte, isso ocorrendo primeiramente na periferia dos prismas, e posteriormente pode chegar em seu interior.

Assim é importante que compreenda que a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é um distúrbio gastrointestinal em que os ácidos estomacais são cronicamente regurgitados no esôfago e na cavidade oral. A exposição contínua dos dentes a esses ácidos pode causar desgaste dentário severo. Os dentistas são frequentemente os primeiros profissionais de saúde a diagnosticar a erosão dentária em pacientes com DRGE (SILVA, 2010; HOUEL, 2019).

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é um distúrbio gastrointestinal causado por um relaxamento do esfíncter entre o estômago e o esôfago, permitindo o movimento inverso de fluidos, incluindo sucos gástricos, para o esôfago. O líquido pode atingir a porção cervical do esôfago, faringe e cavidade oral (HOUEL, 2019).

É portanto um distúrbio comum que ocorre devido ao refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. A DRGE pode causar diversos desconfortos e manifestações extraesofágicas, como lesões mucosas e erosão dentária (SILVA, 2010; HOUEL, 2019).

Na boca, a saliva tem um papel importante na proteção dos dentes da dissolução devido à sua capacidade de diluição e tamponamento. Alguns estudos mostraram menor capacidade de tamponamento da saliva em pacientes com DRGE do que em indivíduos normais (BRUNO; MENDONÇA, 2021).

A desmineralização dos tecidos duros dentários devido à dissolução dos cristais de apatita pode causar a destruição total dos dentes. A localização desse dano em pacientes com DRGE é geralmente nas superfícies oclusais e palatinas dos dentes superiores e nas superfícies vestibular e lingual/oclusal dos dentes inferiores, pois o ácido é conduzido a essas superfícies pela posição da língua (SARI, 2018).

O manejo precoce desses casos é de extrema importância para retardar ou prevenir a progressão dos danos tanto na dentição quanto na estabilidade oclusal. Restaurações adesivas não invasivas ajudam a atingir esse objetivo (SILVA, 2010).

A DRGE pode causar sérios danos à dentição, pode vir apresentar-se em diferentes estágios, desde uma perda de brilho superficial evidente no esmalte limpo e seco (estágios iniciais) até áreas tipicamente amareladas na superfície do dente, causadas pela exposição da dentina (BRUNO; MENDONÇA, 2021).

O fato de a erosão dentária parecer ser um problema crescente em crianças e adolescentes e pode causar extensa perda de substância dentária que requer tratamentos

restauradores complexos e onerosos, torna-se essencial que os clínicos estejam atentos a essa condição (SILVA, 2010).

Oliveira (2015) enfatizou em seu estudo que a correlação entre DRGE e ocorrência de erosão dentária em crianças está relacionada a dieta, higiene bucal, sendo descrita então que crianças com DRGE apresentaram risco, sete vezes maior de desenvolver ED.

Conforme descreveram Fontes et al., (2016) a ocorrência de erosão dentária em crianças e adolescentes, está relacionada a hábitos e deita, como uso de refrigerantes, alimentos ácidos, portanto, é fundamental ações de educação em saúde junto à população, visando conscientização e compreensão quanto à necessidade de mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares.

Sari (2018) demonstrou por meio de estudo transversal realizado em 110 crianças de 05 a 12 anos, onde todos que tinham esofagite severa apresentaram erosão dentária. Já as que não tinham diagnóstico de esofagite, 57,6% dos casos apresentaram a ocorrência de erosões nos elementos dentais.

Embora a prevenção do uso excessivo de refrigerantes seja uma questão de educação em saúde bucal, é inevitável que agentes potencialmente erosivos entrem em contato com os dentes durante toda a vida (FONTES et al., 2016). Portanto, para prevenir a erosão, a ênfase deve ser colocada no diagnóstico precoce e estratégias preventivas adequadas (HOUEL, 2019; BRUNO; MENDONÇA, 2021).

Amaral et al., (2012) descreveram que “diagnosticar e determinar o fator etiológico das lesões não cariosas é essencial para prevenir danos maiores, tão importante quanto à decisão de restaurar ou não os dentes atingidos”.

3.5 TRATAMENTO E CUIDADOS QUANTO A EROSÃO DENTÁRIA

O tratamento dessas lesões depende da gravidade do desgaste dentário e pode variar desde a colocação de restaurações em resina composta nas áreas de corrosão até a reabilitação de todos os dentes com materiais indiretos em casos de dentição devastada (FARIA; VILLELA, 2000).

Os tratamentos restauradores iniciais devem ser conservadores, especialmente em pacientes mais jovens, e podem incluir resinas adesivas para restabelecer a estética e a função em áreas de baixa tensão (BRUNO; MENDONÇA, 2021).

A estratégia de oferta de cuidados preventivos deve ser implementada, incluindo mais campanhas que promovam estilo de vida saudável para pessoas em risco de erosão

dentária. Isso reflete a necessidade de adoção de medidas preventivas por meio de orientações aos pacientes sobre os fatores etiológicos da doença (XAVIER; PINTO; CAVALCANTI, 2012; BRUNO; MENDONÇA, 2021).

Cunha et al., (2018) ainda ressaltam que é importante a realização de tratamento multidisciplinar, envolvendo médicos especialistas, como: gastroenterologistas, otorrinolaringologistas e cirurgiões-dentistas, não somente dar ênfase ao tratamento, mas na prevenção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perda de tecidos duros dentários sem ação bacteriana é uma condição multifatorial e, dependendo do processo e da causa do desgaste, podendo ser chamada de atrição, erosão ou abrasão. A erosão dentária é uma condição muito comum caracterizada pela perda irreversível da estrutura dental quando exposta à ação de ácidos não bacterianos.

A erosão dentária tem etiologia multifatorial, acometendo tanto dentes decíduos quanto permanentes. É portanto, uma condição clínica complexa com múltiplos fatores predisponentes, muitos dos quais não são conhecidos pelo público leigo ou por muitos profissionais de saúde não odontológicos. As respostas de autocuidado de higiene bucal dos próprios pacientes podem exacerbar inadvertidamente a erosão dentária, a sensibilidade dentária e a quebra dos dentes. E, quando o paciente apresentar DRGE que é uma condição cada vez mais comum e potencialmente grave, com vários efeitos adversos à saúde.

Geralmente os cirurgiões-dentistas podem ser os primeiros profissionais a diagnosticar a possibilidade de DRGE em casos de “refluxos silenciosos”, particularmente ao observar casos inexplicáveis de erosão dentária, que podem ser acompanhados por hipossalivação coexistente. No entanto, mais ensaios clínicos randomizados são necessários para demonstrar que a progressão da erosão dentária reduz ou cessa após a terapia de supressão do ácido gástrico em pacientes com DRGE confirmada. O manejo médico e odontológico colaborativo de pacientes com DRGE é fortemente defendido.

Em conclusão, a complexa etiologia das lesões erosivas requerem uma consideração completa dos desenhos de estudo. Em particular para a dentina, são necessárias mais pesquisas para desenvolver metodologias adequadas.

Considerando os danos na dentição causados por uma doença sistêmica como a DRGE e o fato de que algumas vezes o paciente pode não apresentar outros sintomas, o cirurgião-dentista deve ser capaz de identificar as lesões bucais como sinal de uma possível doença sistêmica e realizar a correta avaliação odontológica e tratamento.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DRGE –	Doença do Refluxo Gastroesofágico
ED-	Erosão dentária
IBP's –	Bomba de Prótons.
pH-	potencial hidrogeniônico

DEDICATÓRIA

Hoje vejo que todo esforço, determinação e paciência valeram a pena, para hoje está preste a realizar um sonho. Mas jamais chegaria aqui sozinha, e portanto, só tenho a agradecer a todos que sempre estiveram do meu lado me apoiando e ajudando a realizar esse sonho .

Sou grata a Deus, por me iluminar e me dar forças nessa trajetória longa.

Aos meus pais Daniela e Fábio, agradeço pela força, incentivo, e todo cuidado que tiveram comigo nessa luta acadêmica. Nada descreveria a gratidão que tenho por vocês, nenhum obrigada seria suficiente para agradecer. Esse grande passo que estou dando na minha vida, devo a vocês .

A minhas irmãs Rafaella e Isabella ,que me ajudaram muito, me apoiando também, sou grata por ter vocês como irmãs .

Ao meu noivo Lucas que sempre esteve do meu lado, me dando força, suporte, e força, e, sempre me apoiando.

A minha cunhada Ana Paula, que me ajudou muito em toda caminhada acadêmica, eu só tenho a agradecer você por tudo que fez por mim

A minha amiga de classe Bianca que me ajudou imensamente em tudo.

E por último mais não menos importante, gostaria de agradecer minha orientadora , Karina Gonzales Câmara Fernandes, por seus ensinamentos, paciência e dedicação .

Obrigada a todos sou grata a cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial este trabalho, a Universidade Brasil, por que mesmo diante de tantas adversidades buscou-se comprometer com nossa capacitação e conclusão deste curso.

Aos professores que se dedicaram ao máximo para continuar a transmitir os conhecimentos.

Ao professor orientador, pelo suporte e pela colaboração na conclusão deste trabalho.

Aos meus amigos do curso que ficarão eternizados em minha vida.

A vocês o meu muito obrigado.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, S. M; ABAD, E. C; MAIA, K. D; WEYNE, S; OLIVEIRA, M. P. R. P. B; TUÑAS, I. T. C. Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. **Arq. Int. Otorrinolaringol.** São Paulo, v.16, n.1, Jan/Fev/Março, 2012. p. 96-102.
- BEIRIZ, R. K. A; SILVA, J. S; DANTEAS, R. P; SILVA, I. B. L; RAMOS, A. T. P. R; CABRAL, L. L. Fatores associados as lesões cervicais não cariosas nos dias atuais. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v. 6, n. 2, out, 2020. p. 13-22.
- BRUNO, M. M; MENDONÇA, M. F. **Erosão dentária intrínseca e extrínseca**: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia da Universidade de Uberaba, 2021.
- CATELAN, A; GUEDES, A. A. A; SANTOS, P. H. Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. **RFO**, v. 15, n. 1, janeiro/abril 2010. p. 83-86.
- CUNHA, F. P; HOSHINO, R. A; HOSHINO, T. A. E.; LEMES, A. D. S; PELIELO, A. R; ARAUJO, T. S. B. Tratamento conservador em caso de erosão dentária. 8 congresso da FOA. **UNESP. 28 Jornada Acadêmica.** 23 a 26 de maio de 2018.
- FARIA, G. J. M; VILLELA, L. C. Etiologia e tratamento da hipersensibilidade dentinária em dentes com lesões cervicais não cariosas. **Revista Biociência.** Curitiba. v. 6, n. 1, jan-jul, 2000. p.21-27.
- FONTES, C. L; LUCIANO, L. C. O; FERREIRA, M. C; PASCHOAL, M. A. B. Abordagem da erosão dentária na clínica odontopediátrica: relatos de casos. **Rev.Odontol Univ. Cid.** São Paulo. v. 28, n. 3, set-dez, 2016. p. 262-269.
- GONÇALVES, P. E; DEUSADARÁ, S. T. Lesões cervicais não cariosas na prática odontológica atual: diagnóstico e prevenção. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 20, n. 5, set-dez, 2011. p. 145-152.
- GUIMARÃES, R. P. **Erosão dental**: diagnóstico, prevenção e tratamento. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Odontologia. Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2014.
- HOUEL, R. **Erosão dentária no refluxo gastroesofágico patológico.** Dissertação. Mestrado Integrado em Medicina dentária. Instituto Universitário Ega Moniz. Outubro, 2019.
- MENEZES, J. M. M; SILVA, S. P; COSTA, M. D. M. A; MOURA, E. M; NASCIMENTO, F; DIETRICAH, L. Aspectos características da perimólise: uma revisão de literatura entre os anos de 2010 a 2021. **Research, Society and Development.** v. 10. n. 14, 2021.
- OLIVEIRA, P. A. D. **Erosão dentária em crianças diagnosticadas com a doença do refluxo gastroesofágico**: um estudo controlado. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia, 2015.
- ORTIZ, A. C; FIDELES, S. O. M; ROCHA, K. T. P; BUCHAIM, R. L. Associação entre doença do refluxo gastroesofágico e erosão dentária: revisão sistemática. **Rev.Odont. UNESP.** v. 49, n. 136, 2020.

RANJITKAR, S; KAIDONIS, J. A; SMALES, R. J. Doença do refluxo gastroesofágico e erosão dentária. **Int Journal Dentária**. v. 12, n. 1, 2012.

SARI, A. R. **Erosão dentária e doença do refluxo gastresofágico: estudo transversal em crianças de 5-12 anos no setor de endoscopia do complexo hospitalar Santa Casa de Misericórdia em Porto Alegre**. Dissertação. Pós Graduação em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

SILVA, L. G. **Relação entre doença do refluxo gastroesofágico e erosão dentária em dentes decíduos**. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação. Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

TUÑAS, I. T. C; MEDEIROS, U. B; TEDESCO, G; BASTOS, L. F. Erosão dental ocupacional: aspectos clínicos e tratamento. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, jul./set. 2016. p. 206-211.

XAVIER, A. F. C; PINTO, T. C. A; CAVALCANTI, A. L. Lesões cervicais não cariosas: um panorama atua. **Rev.Odontol**. Univ. São Paulo. v. 24, n. 1, jan-abr, 2012.