

ABRASÃO DENTAL NA DENTIÇÃO DECÍDUA

TOOTH ABRASION IN THE PRIMARY DENTITION

SOUZA, Roberta Barcelos¹
CHEVITARESE, Leila Maria²
PRIMO, Laura Guimarães³
TAVARES, Cláudia⁴

RESUMO - A abrasão dental é um processo de desgaste patológico da estrutura dental. O tipo mais comum promove a exposição da superfície radicular e está relacionada a uma técnica incorreta de higiene oral. Nesse caso, as lesões ocorrem próximas a gengiva e no lado oposto a mão dominante do paciente. Esta patologia pode ocorrer também nas superfícies incisal e proximal. Quando isto acontece, está associada a hábitos viciosos ou ocupacionais que envolvem colocação de objetos na boca. O presente trabalho tem por objetivo descrever um caso raro de abrasão extensa das faces vestibular e lingual dos incisivos centrais decíduos causada pelo hábito de colocar a ponta do lápis na boca. Além de descrever esse padrão raro, será discutida sua etiologia e possível tratamento, ressaltando a importância do Odontopediatra na orientação e motivação dos responsáveis quanto à necessidade de interrupção do hábito.

UNITERMOS - Abrasão dental; dentição decídua; patologia; hábitos orais viciosos.

ABSTRACT - Dental abrasion is a pathologic wearing of the dental hard tissues. The most common type of abrasion promotes the exposure of the root surface and it is related to an incorrect toothbrushing. In this case, the lesions occur close to the gingival margin on the opposite side to the dominant hand. Abrasion can also occur on the incisal and approximal surfaces. When that is developed it is related to occupational or vicious habits which involve placement of objects in the mouth. This study aims to describe a rare case of extensive abrasion on the lingual and vestibular surfaces of central deciduous incisors due to the habit to put a pencil against them. Beyond describing this rare pattern, the authors also discuss the etiology and possible treatment, emphasizing the Pediatric Dentistry role on guiding and motivating the parents about the need to interrupt the habit.

KEY WORDS - Tooth abrasion; primary dentition; oral pathology; vicious oral habits.

INTRODUÇÃO

A abrasão dental é uma alteração regressiva que consiste na perda patológica da substância dentária como consequência de forças mecânicas que não as oclusais.^{7,8,9,11,12,13}. Segundo POLLMANN & POLLMANN¹⁰, os relatos desta patologia existem desde a Idade Média, quando eram ingeridos alimentos contendo resíduos de terra.

Os casos de abrasão podem estar relacionados a vários fatores, como: escovação dental incorreta; hábitos viciosos de colocar objetos na boca; hábitos ocupacionais em que os dentes são utilizados como auxiliares em tarefas, e outros^{8,11,12,13}. Apresentam como sítios de predileção as regiões incisal, cervical, proximal e oclusal. Normalmente acometem pacientes adultos. Quando esta patologia decorre da escovação dental incorreta verifica-se desgaste do esmalte, da dentina e do cimento, formando uma canaleta na região cervical dos dentes⁹. A exposição pulpar é rara, devido à formação de dentina secundária^{8,11}. Pode ainda ocorrer perda de osso alveolar, retração gengival e exposição do cimento.

Diante das características clínicas expostas acima, este trabalho tem por objetivo realizar uma breve revisão de

literatura sobre o assunto e relatar um padrão raro de abrasão na dentição decídua de um paciente atendido na Clínica de Atenção Primária, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAP/F.O. - U.F.R.J.). Além disso, discutir o papel do Odontopediatra no diagnóstico e tratamento, que envolve a interrupção do hábito.

REVISÃO DA LITERATURA

Na abrasão dental não há desmineralização e os componentes orgânicos e inorgânicos do tecido duro do dente são removidos simultaneamente⁷. Para NEMCOVSKY; ARTZI⁷, esse desgaste mecânico pode ocorrer ao redor do dente, na gengiva, atingindo até as estruturas de suporte. A prevalência destas lesões cervicais não cariogênicas é alta em adultos, sendo que a severidade aumenta com a idade⁷. Isso se deve ao fato de que esta condição é determinada e caracterizada pelo tipo e pela extensão da força mecânica utilizada¹¹.

O fator etiológico mais freqüentemente apontado reside na técnica de escovação incorreta^{7,8,9,12,13}, particularmente a escovação horizontal, ao invés da vertical^{9,11}. Nesses casos, o aspecto clínico corresponde a fendas

¹ Acadêmica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estagiária da Clínica de Atenção Primária (CAP) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

² Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Professora Assistente da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutoranda em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

⁴ Coordenadora da Clínica de Atenção Primária (CAP) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio de Janeiro.

em forma de V¹¹, cunha ou U, na superfície vestibular próxima a junção amelo-cementária^{8, 9, 13}. Usualmente, vem acompanhadas de retração e hiperplasia gengival. As lesões ocorrem principalmente na cervical de incisivos, caninos e pré-molares superiores^{9, 11}, algumas vezes em um só lado da cavidade oral⁷, geralmente no lado oposto à mão dominante do paciente^{8, 9, 11, 12}, já que uma força maior pode ser exercida. Muito desses pacientes realizam uma higiene oral excelente, porém de modo horizontal. Esta condição parece ser independente da marca comercial da escova⁹. Entretanto, a literatura aponta controvérsia com relação a abrasão estar associada a escovação. Alguns indicam que seja uma contingência da técnica^{11, 12, 13}, frequência, consistência das cerdas, abrasividade do dentífrício¹¹ e posição do dente no arco¹³. Outros relatam não haver correlação entre esses fatores⁷.

Segundo SMITH et al.¹³, quando o dente se localiza numa porção mais vestibular, as lesões dentárias podem ser acompanhadas de perda do osso alveolar, retração gengival, exposição do cimento e perda desta estrutura. As lesões localizadas na junção amelo-cementária evoluem mais rapidamente do que no esmalte⁷.

O processo de abrasão promove a exposição dos canalículos dentinários, agredindo os prolongamentos odontoblásticos, estimulando a formação de dentina secundária, igual a que se observa nos casos de atrição. A menos que a abrasão seja extremamente pronunciada e de progressão rápida, o ritmo de formação da dentina secundária, em geral, é suficiente para proteger o dente contra exposição pulpar^{2, 9, 12}. Para NEVILLE et al.⁸, há uma retração pulpar, e a dentina secundária preenche o canal radicular, podendo ser vista freqüentemente.

Outras formas comuns de abrasão dental estão relacionadas a hábitos viciosos ou ocupacionais. Defeitos nas bordas dos incisivos centrais podem ser observados em carpinteiros, sapateiros, cabeleireiros, alfaiates, os quais seguram pregos, tachas, grampos ou alfinetes, com os dentes, auxiliando em suas tarefas^{9, 11, 12}. Existem ainda relatos de abrasão em músicos que utilizam instrumentos de sopro^{9, 11}. SHAFER et al.¹², afirmou também que o uso incorreto de fio dental e palitos pode produzir lesões nas superfícies proximais das raízes expostas, semelhantes a abrasão. Fumantes de cachimbo podem apresentar chanfradura nos dentes, com o formato da piteira^{9, 12}. E, finalmente NEMCOVSKY; ARTZI⁶ e PINDBORG¹¹ descreveram lesões causadas por grampos de próteses parciais removíveis e por rituais tribais africanos, onde os dentes são transformados em elementos cônicos.

As formas de tratamento associadas a essa patologia estão relacionadas a restauração dos elementos dentais afetados com compósitos de micropartículas ou cimento de ionômero de vidro, já que tem a flexibilidade e contração semelhantes aos dentes^{4, 7}.

RELATO DO CASO

O paciente do sexo masculino, T.J.C.S., cor branca, 6 anos de idade, procurou a Clínica de Atenção Primária da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CAP/F.O - U.F.R.J.), acompanhado de sua mãe

para sua primeira consulta. Durante a anamnese, a mãe informou que a criança nasceu a partir de uma gestação normal, e o parto, cesariana. Relatou alto consumo de refrigerantes e iogurtes durante a entrevista sobre hábitos alimentares.

Ao exame bucal constatou-se tecidos moles normais, dentição decídua completa sem sinal de hipoplasia ou hipocalcificações e desgaste fisiológico das superfícies incisais das baterias labial superior e inferior. Lesões de desmineralização ou de cárie não foram diagnosticadas. Os elementos 51 e 61 apresentavam abrasão dos dois terços médios das faces vestibular e lingual e pigmentação acinzentada (Figura 1). Imediatamente, a mãe e a criança



Elementos 51 e 61 com abrasão dos dois terços médios das faces vestibular e pigmentação acinzentada.

foram questionadas com relação a hábitos orais. A mãe revelou que a criança apresentava o hábito de colocar a ponta do lápis entre os incisivos centrais superiores decíduos, (Figura 2) e que esse havia iniciado, aos 5 anos, quando



Fotografia evidenciando o paciente praticando o hábito, pressionando a ponta do lápis contra a face vestibular dos incisivos centrais superiores.

entrou na escola, e que era praticado tanto no colégio, quanto em casa quando estava estudando. Esse fato foi confirmado pela criança. A mãe relatou que o paciente chupou chupeta até os 8 meses de idade, quando então o hábito foi descontinuado por ordem do Pediatra.

Nessa mesma sessão, realizou-se polimento coronário com Pasta Profilática Nupro (Dentsply Ind. e Com. Ltda - RJ), desaparecendo a pigmentação extrínseca. Logo após, procedeu-se a aplicação de verniz fluoretado. A sintomatologia dolorosa encontrava-se ausente, apesar de ser possível visualizar a polpa por transparência, através da dentina da face palatina.

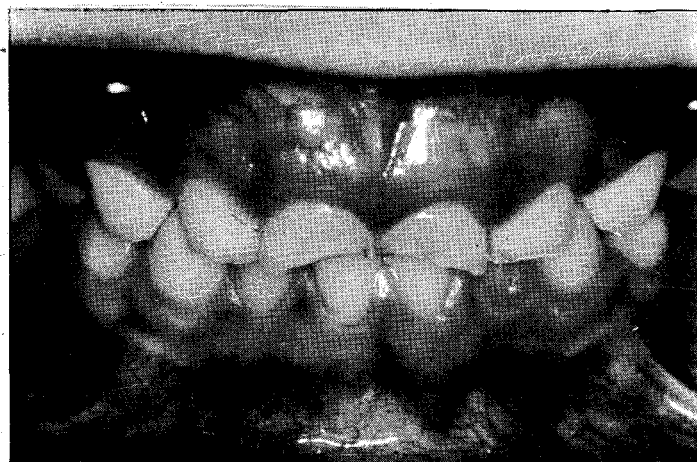
O exame radiográfico revelou reabsorção patológica da porção distal das raízes dos elementos 51 e 61 (Figura 3).



Exame radiográfico inicial revelando reabsorção patológica da porção distal das raízes dos elementos 51 e 61.

O tratamento proposto para o paciente constituiu-se de instrução à mãe e à criança no sentido de interromper o hábito; observar, acompanhando radiograficamente, a evolução da reabsorção radicular; e aplicar fluoreto periodicamente, a fim de prevenir a sensibilidade dentinária. A mãe foi informada sobre os problemas que esse hábito estava causando aos dentes e foi instruída a advertir a criança, sempre que a observasse com o lápis na boca, solicitando também a colaboração da professora nesse sentido.

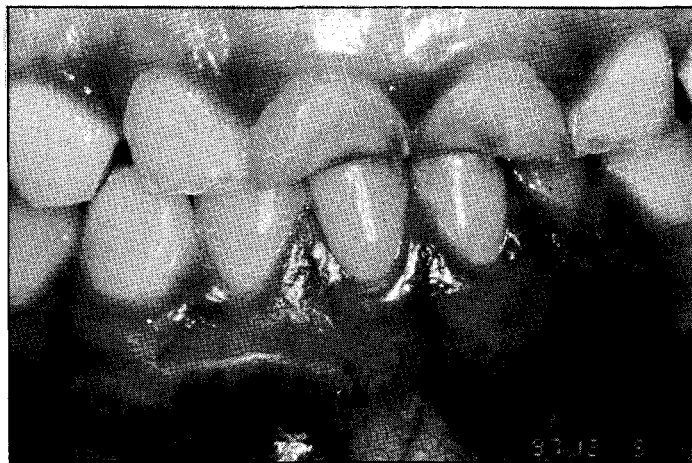
Após três meses, o paciente retornou à Clínica para aplicação tópica de fluoreto e foi constatado que o hábito persistia, havendo avanço no desgaste da estrutura dental (Figura 4). Uma nova tomada radiográfica confirmou a



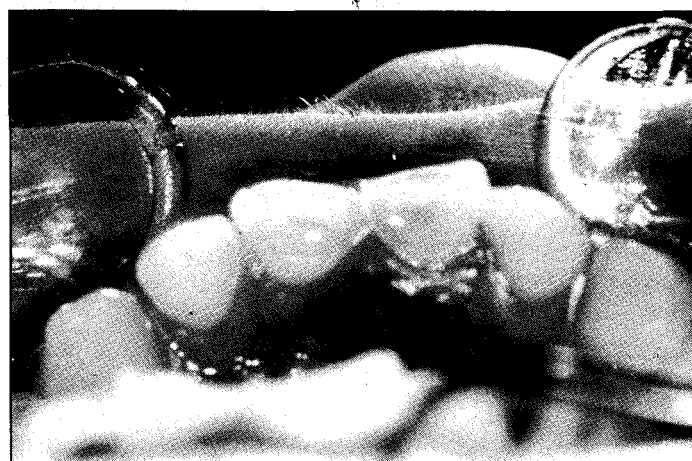
Evolução do quadro clínico após 3 meses, mostrando um avanço no desgaste da estrutura dental pela face vestibular.

aceleração da reabsorção radicular, agora associada ao processo fisiológico.

Após 6 meses, desde a primeira consulta, o paciente retornou à Clínica para uma reavaliação. Clinicamente observou-se um grande avanço no desgaste dental, principalmente por palatina onde a visualização da polpa estava muito aumentada (Figuras 5A e 5B). O paciente já



Evolução do quadro clínico após 6 meses, mostrando um avanço no desgaste da estrutura dental, tanto pela face vestibular (A), quanto pela palatina (B).



apresentava sintomatologia dolorosa quando exposto a estímulos frios. Ao exame radiográfico verificou-se aumento na reabsorção radicular (Figura 6). Constatou-se que o quadro progredia e o hábito não havia sido descontinuado. Sendo assim, realizou-se uma entrevista acerca das atitudes tomadas pelos pais e professores no auxílio da remoção do hábito. A mãe relatou que às vezes auxiliava nessa tarefa e o pai mostrou-se completamente ausente, pois encontrava-se envolvido com estudos, restando-lhe pouco tempo para os filhos. A mãe informou que nada falou com a professora porque não a considerava importante como auxílio.

DISCUSSÃO

A literatura tem demonstrado que a prevalência de abrasão dental é alta em adultos⁷, e portanto esse tipo de desgaste em dentição decídua é raro^{8, 11, 13}.



Tomada radiográfica (6 meses), onde pode-se observar reabsorção patológica, associada ao processo fisiológico.

O processo de abração da estrutura dental ocorre lentamente^{8,9,12}, porém no caso descrito em aproximadamente um ano houve um grande desgaste levando a diminuição da coroa dental tanto no sentido vestibulo-lingual quanto cervico-incisal. Geralmente, não ocorre exposição da polpa, pois o processo acontece de forma lenta o suficiente para permitir a formação de dentina reacional. Porém, neste caso o hábito era praticado com tanta frequência que houve um desgaste rápido da face palatina, sendo possível visualizar esse tecido desde a primeira consulta. Algum tempo depois, o paciente já apresentava sintomatologia dolorosa, fato raro nos relatos de abração^{8,9,12}.

Usualmente, recomenda-se a restauração das lesões com resina compósita de micropartículas^{4,7}. Entretanto, a queixa principal consistia em prevenção de cárie e malocclusões, sendo que o aspecto estético não foi mencionado nem pelos pais nem pela criança. Dessa forma, optou-se pela dessensibilização com fluoreto e remoção do fator etiológico, já que a simples restauração poderia parecer aos pais que o caso estava resolvido.

Hábitos orais não nutritivos são comuns em crianças pré-escolares¹. Para LINO⁵, essas ações são extensões do hábito de sucção, pois na medida em que esse desejo

diminui, aumentam-se grandemente as necessidades de apreensão de alimentos ou estruturas sólidas com a boca. Nessa fase de transição, outros hábitos como oniconfagia, morder lábios, língua ou objetos (borracha, lápis, gola de camisa), podem ser incorporados pela criança. Essas atividades podem desenvolver maloclusões. Torna-se interessante salientar que no caso descrito, o hábito de morder a ponta do lápis não determinou o surgimento de alterações na oclusão e sim, o desgaste patológico da superfície vestibular dos elementos 51 e 61. Esse hábito de baixa intensidade, alta frequência e longa duração, como foi praticado, tornou-se o fator etiológico desta abração dental.

Geralmente atribui-se ao fator emocional, a etiologia dos hábitos orais. Estes, segundo BAYARDO et al.¹, podem estar relacionados a superproteção dos pais, solidão, isolamento, problemas de comunicação, ausência materna ou paterna na família, entre outros. Existe ainda, a correlação entre hábitos orais e saúde física deficitária, especialmente relacionada a doenças crônicas, o que reafirma que condições físicas estão relacionadas a problemas psicológicos. No caso aqui descrito, a criança apresenta-se sem qualquer problema emocional aparente. Entretanto, durante a anamnese houve indícios da pouca participação do pai na educação da criança.

LINO⁵ ressalta que os hábitos com implicações subconscientes devem ser tratados com cautela, evitando-se traumas e injúrias psíquicas. Enfatiza também que é importante que o hábito seja removido antes da erupção dos dentes anteriores permanentes. Esta afirmação agrava o caso aqui relatado, uma vez que o paciente está na época de troca da dentição e ainda não apresenta nenhum progresso quanto a interrupção do hábito. Assim, um esforço maior deve ser feito por parte dos familiares a fim de conscientizar a criança, quanto ao dano que possa vir a causar em sua dentição permanente.

O papel dos pais no processo de correção de um hábito oral é de maior importância. McDONALD; AVERY⁵, relataram que muitas vezes os pais ficam ansiosos em relação ao problema, e essa atitude acaba resultando em medidas impicantes ou castigos. Porém foi verificado neste caso uma desvalorização da dentição decídua visto que, durante a anamnese, constatou-se que o desgaste patológico já havia sido observado pela mãe, entretanto esta não demonstrava grande preocupação.

CONCLUSÃO

O papel do Odontopediatra é fundamental para o diagnóstico, orientação e interceptação precoce dos hábitos, junto ao paciente e seus responsáveis.

O contato precoce da criança em tenra idade com esse profissional propicia uma orientação correta, evitando que hábitos sejam adquiridos, desde as primeiras fases de vida. A conscientização dos problemas acarretados por hábitos e suas possíveis seqüelas devem ser esclarecidos no início do tratamento para que a interrupção do mesmo seja alcançada, proporcionando uma melhor condição de saúde oral para o paciente. Caso o hábito já esteja instalado deve ser eliminado o quanto antes, instituindo-se um programa

eficaz, e que, acima de tudo, considere os aspectos emocionais. Finalmente, se deformações dento-alveolares já foram determinadas, é necessária a correção da maloclusão associada a um programa de remoção do hábito.

- É necessário que os hábitos orais sejam percebidos

como um problema de comportamento que afeta a cavidade oral e além disso, devem ser abordados por uma perspectiva multidisciplinar, levando-se em consideração o fato de que este problema é significativamente influenciado por fatores familiares, sociais e biológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BAYARDO, R. E.; MEJIA, J. J.; OROZCO, S.; MONTOYA, K. Etiology of oral habits. *ASDC J. Dent Child*, v.63, n. 5, p. 350-353, sep.-out., 1996.
2. BOWLES, W. H.; WILKINSON, M. R.; WAGNER, M. J.; WOODY, R. D. Abrasive particles in tobacco products: a possible factor in dental attrition. *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 126, n. 3, p. 327-331, mar., 1995.
3. EKFFELDT, A.; HUGOSON, A.; GERGENDAL, T.; HELKIMO, M. An individual tooth wear index and an analysis of factors correlated to incisal and occlusal wear in an adult Swedish population. *Acta Odontol. Scand.*, v. 48, n. 5, p. 343-349, 1990.
4. LEINFELDER, K. F. Restoration of abraded lesions. *Compendium*, v. 15, n. 11, p. 1396-1400, nov., 1994.
5. LINO, A. P. Fatores extrínsecos determinantes de maloclusões. In: GUEDES PINTO, A. C. *Odontopediatria*, 6. ed. São Paulo: Santos, 1997. p.767-775, cap. 41.
6. McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. Diagnóstico e correção de pequenas irregularidades na dentição em desenvolvimento. In: _____. *Odontopediatria*, 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 509-540, cap. 27.
7. NEMCOVSKY, C. E.; ARTZI, Z. Erosion-abrasion lesions revisited. *Compend. Contin. Educ. Dent.*, v. 17, n. 4, p. 416-423, apr., 1996.
8. NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; WHITE, D. K.; WALDRON, C. A. Pathology of teeth. In: _____. *Color Atlas of Clinical Oral Pathology*, 1. ed, 1991. P. 31-70, cap. 2.
9. PINDBORG, G. J. J.; Chronic Mechanical Injuries. In: _____. *Pathology of the dental hard tissues*. 1. ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1970. P. 294-311, cap. 8.
10. POLLMANN, L.; POLMANN, B. L. Age and dental abrasion. *Gerodontics*, v. 3, n. 2, p. 94-96, 1987.
11. SAUK, J. J. Defects of the teeth and tooth bearing structures. In: BRAMAM, R. L.; MORRIS, M. E. *Textbook of Pediatric Dentistry*. 1. ed. Baltimore: Williams & Williams, 1980. pag. 57-83.
12. SHAFFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. Alterações regressivas dos dentes. In: _____. *Tratado de Patologia Bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 295-314, cap. 5.
13. SMITH, R. M.; TURNER, J. E.; ROBBINS, M. L. Reaction of oral tissues to injury. In: _____. *Atlas of Oral Pathology* 1. ed. St. Louis: Mosby Co., 1981. p. 123-174, cap. 5.