

Revistas Eletrônica **ACERVO** Odontológico



Lesões cervicais não cariosas em pacientes com fissura labiopalatina: abordagem em dentística operatória

Non-carious cervical lesions in patients with cleft lip and palate:
approach in operative dentistry

Lesiones cervicales no cariosas en pacientes con labio y paladar hendido:
abordaje en odontología operativa

Leonardo Portilha Gomes da Costa¹, Nádia da Rocha Svizero¹, Paulo Henrique Perlatti D'Alpino²
Tamires de Luccas Bueno^{1,3}, Naiara Araújo de Oliveira¹, Lilian Shitomi Matsunaga Diniz¹, Aparício
Fiuza de Carvalho Dekon¹, Carla Patrícia Soares Silva¹, Cláudia Busch Cameschi¹, Alessandra
Mazzo^{1,3}.

RESUMO

Objetivo: Revisar sobre a etiologia, diagnóstico, características clínicas, prevenção e opções de tratamento, em Dentística Operatória, das lesões cervicais não cariosas (LCNC), além de estabelecer a possível relação entre os fatores etiológicos e a ocorrência destas lesões em pacientes com fissura labiopalatina. **Revisão bibliográfica:** As LCNC fazem parte de anormalidades dentárias pós-desenvolvimento e apresentam como característica a perda de estrutura dentária na região cervical, predispondo o paciente a problemas funcionais, estéticos e sintomas de hipersensibilidade dentinária. Essas lesões são classificadas como erosão, abrasão e abfração e têm se mostrado frequentes em pacientes com fissuras, os quais são mais suscetíveis a alterações buco-dentárias e à má oclusão. Considerando que a gravidade e prevalência das LCNC tendem a aumentar com a faixa etária, o diagnóstico precoce e a determinação da etiologia são importantes para a prevenção e a correta indicação do tratamento a ser realizado. **Considerações finais:** As LCNC apresentam diagnóstico complexo e multifatorial. O diagnóstico, a prevenção e o tratamento destas lesões em pacientes com fissura labiopalatina devem ser realizados da mesma forma indicada para os pacientes não fissurados. Uma equipe multiprofissional pode ser necessária para o diagnóstico e na eliminação dos fatores causais, previamente ao tratamento restaurador.

Palavras-chave: Erosão Dentária, Abrasão Dentária, Abfração, Fissura Labiopalatina, Dentística Operatória.

ABSTRACT

Objective: Review on the etiology, diagnosis, clinical features, prevention and treatment options, in Operative Dentistry, of non-carious cervical lesions (NCCL), in addition to establishing the possible relationship between the etiological factors and the occurrence of these lesions in patients with cleft lip and palate. **Bibliographic review:** NCCL are part of post-development dental abnormalities and are characterized by the loss of tooth structure in the cervical region, predisposing the patient to functional and aesthetic problems and symptoms of dentin hypersensitivity. These lesions are classified as erosion, abrasion and abfraction and have been shown to be frequent in patients with clefts, who are more susceptible to oral and dental alterations and malocclusion. Considering that the severity and prevalence of NCCL tend to increase with age, early diagnosis and determination of the etiology are important for prevention and the correct indication of the treatment to be performed. **Final considerations:** NCCL have a complex and multifactorial diagnosis. The diagnosis,

¹ Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, (HRAC/USP), Bauru - SP.

² Faculdade de Ciências de Bauru (FC-UNESP), Bauru - SP.

³ Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP), Bauru - SP.

prevention and treatment of these lesions in patients with cleft lip and palate must be carried out in the same way as indicated for patients without cleft lip and palate. A multidisciplinary team may be necessary for the diagnosis and elimination of causal factors, prior to restorative treatment.

Keywords: Tooth Erosion, Tooth Abrasion, Abfraction, Cleft Lip and Palate, Operative Dentistry.

RESUMEN

Objetivo: Revisión sobre la etiología, diagnóstico, características clínicas, opciones de prevención y tratamiento, en Operatoria Dental, de las lesiones cervicales no cariosas (NCCL), además de establecer la posible relación entre los factores etiológicos y la ocurrencia de estas. lesiones en pacientes con labio leporino y paladar hendido. **Revisión bibliográfica:** Las LCNC forman parte de las anomalías dentales posteriores al desarrollo y se caracterizan por la pérdida de estructura dental en la región cervical, predisponiendo al paciente a problemas funcionales, estéticos y síntomas de hipersensibilidad dentinaria. Estas lesiones se clasifican en erosión, abrasión y abfracción y se ha demostrado que son frecuentes en pacientes con fisuras, que son más susceptibles a alteraciones orales, dentales y maloclusión. Teniendo en cuenta que la severidad y prevalencia de las NCCL tienden a aumentar con la edad, el diagnóstico precoz y la determinación de la etiología son importantes para la prevención y la correcta indicación del tratamiento a realizar. **Consideraciones finales:** Las NCCL tienen un diagnóstico complejo y multifactorial. El diagnóstico, prevención y tratamiento de estas lesiones en pacientes con labio y paladar hendido debe realizarse de la misma forma que se indica para pacientes sin labio y paladar hendido. Puede ser necesario un equipo multidisciplinario para el diagnóstico y eliminación de los factores causales, previo al tratamiento restaurador.

Palabras clave: Erosión de los Dientes, Abrasión de los Dientes, Abfraction, Labio y Paladar Hendido, Operatoria Dental.

INTRODUÇÃO

As lesões dentárias desencadeadas pela doença cárie, até o século passado, sobressaiam-se como as principais responsáveis dos sintomas dolorosos bucais nos indivíduos e, conseqüentemente, pela busca do tratamento restaurador (SANTOS MA e CONFORTE JJ, 2022). Todavia, o envelhecimento populacional, aliado à difusão de conceitos voltados para a promoção de saúde bucal, tem contribuído para a crescente preservação dos elementos dentários. Com isso, a redução da incidência de cárie tem sido nítida, porém as mudanças nos hábitos alimentares e comportamentais têm contribuído para o envelhecimento precoce dos dentes, desencadeando as lesões cervicais não cariosas (CATELAN A, et al., 2010; SANTOS MA e CONFORTE JJ, 2022). Tais lesões têm se mostrado frequentes em pacientes com fissura labiopalatina, os quais são mais suscetíveis a alterações buco-dentárias e à má oclusão.

As estruturas dentárias podem ser perdidas, irreversivelmente após a sua formação, por diversos processos destrutivos, além dos casos relacionados com a doença cárie. (JARDIM CER, et al., 2021). Desta forma, as lesões cervicais não cariosas (LCNC) constituem um grupo de anormalidades dentárias cuja principal característica é a perda de estrutura dental na região próxima à junção cimento-esmalte, através de um processo que não envolve ação bacteriana (HARA AT, et al., 2005). Estas lesões são classificadas segundo sua etiologia em erosão, abrasão e abfração, podendo ocorrer nas superfícies vestibular, lingual e/ou proximal dos dentes (GRIPPO JO, et al., 2004, SANTOS MA e CONFORTE JJ, 2022). A perda não cariiosa de tecido dental torna-se patológica quando existem problemas funcionais, estéticos ou de sensibilidade dentária, resultado da exposição dos túbulos dentinários aos fluidos orais e/ou a outras fontes de irritação (GONÇALVES PL e DEUSDARÁ ST, 2011).

A erosão é um processo de dissolução dos tecidos dentários duros por ação de ácidos de origem exógena ou endógena não bacteriana (CATELAN A, et al., 2010). A lesão tem aspecto arredondado, raso, amplo, sem borda definida e acomete, principalmente, as superfícies linguais dos dentes anteriores e as faces oclusais e linguais dos dentes posteriores. A abrasão é a perda de tecido mineralizado devido a ações mecânicas externas exageradas sobre o dente (como a escovação agressiva) apresentando a superfície lisa, polida, rasa, com contorno regular e localização, sobretudo, na região vestibular.

Ao passo que a abfração consiste na perda de tecido dentário devido às sobrecargas oclusais e movimentos excêntricos que provocam tensões de flexão na região cervical, levando à ruptura dos cristais de

hidroxiapatita (BARBOSA LP, et al., 2009; GONÇALVES PL e DEUSDARÁ ST, 2011). Está última, caracteriza-se pela perda de estruturas dentais em forma de cunha, profunda, com margens bem definidas, podendo ocorrer em apenas um dente, sendo que a lesão, ou parte dela, pode estar localizada subgingivalmente, em que o fator primordial é a carga excessiva de oclusão. A prevalência e a severidade destes tipos de lesões têm aumentado consideravelmente e, embora possam manifestar em todas as faixas etárias, o número e a gravidade de tais lesões tende a aumentar conforme o paciente envelhece (HOEPPNER MG, et al., 2007; BARBOSA LP, et al., 2009).

Normalmente, fatores de risco de naturezas diversas estão presentes com intensidade, duração e frequência variáveis, atuando de forma isolada ou associada, o que caracteriza a condição de etiologia multifatorial das lesões não cáries (JARDIM CER, et al., 2021). Desta forma, o reconhecimento de qualquer LCNC é crucial para a prevenção de danos irreversíveis à dentição. No entanto, o diagnóstico precoce requer conhecimento dos aspectos clínicos relacionados com cada tipo de lesão e, também, da capacidade do profissional de identificar as prováveis variáveis etiológicas envolvidas no processo (SANTOS MA e CONFORTE JJ, 2022). Somente com a identificação precisa das lesões e a determinação de sua etiologia, fundamenta-se a indicação de um plano de tratamento e prevenção que sejam eficazes.

A fissura labiopalatina é uma anomalia congênita, de origem multifatorial, que acomete a cavidade oral devido à falta de fusão entre os processos faciais embrionários e os processos palatinos (MARQUES LL, et al., 2022). Os pacientes com fissuras labiopalatina apresentam alterações nasolabiais e orofaciais, cuja etiologia aparece como resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais produzindo diferentes comprometimentos no organismo dos indivíduos que apresentam essa anomalia (SOUZA LCM, et al., 2022).

Diante dessas considerações, o objetivo do estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a etiologia, diagnóstico, características clínicas, prevenção e opções de tratamento das LCNC nos pacientes com fissura labiopalatina, bem como apresentar as opções de tratamentos, na área de Dentística, como medidas preventivas que podem ser utilizadas para o cuidado do aparecimento dessas lesões nestes pacientes que necessitam de atendimento especial.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Lesões cervicais não cáries em pacientes com fissura labiopalatina

O desgaste da estrutura dentária pode ser fisiológico, com o decorrer da idade ou estar associado as lesões de cáries, LCNC, fraturas acidentais e anomalias (ARAÚJO IGS, et al., 2023). Desta maneira, os pacientes com fissura labiopalatina são mais suscetíveis a alterações buco-dentárias e de má oclusão (FIGUEIREDO MC, et al., 2008; PARADOWSKA-STOLARZ A e KAWALA B, 2014; SOUZA LCM, et al., 2022). As cirurgias primárias de lábio e palato podem interferir no crescimento facial e no arco dentário superior do paciente, resultando em maxilas atrésicas e em faces retrognáticas. Outrossim, alterações dentárias como microdentes, erupção ectópica, agenesia (hipodontia) ou a presença de dentes supranumerários, na região da fissura, podem trazer a um relacionamento maxilo-mandibular desfavorável causando má oclusões comuns, com mordidas cruzadas (anterior e posterior), as quais se iniciam na dentição decídua (FIGUEIREDO MC, et al., 2008; MARQUES LL, et al., 2022).

A experiência clínica ainda tem mostrado a presença de traumatismos dentários, ausência de guia anterior, dimensão vertical de oclusão alterada e falta de estabilidade oclusal. As alterações oclusais no final da infância, que se intensificam durante a transição das dentições mista para permanente, são reflexos da combinação de padrões de crescimento herdados pelos pais e de traumas das matrizes funcionais (CREPALDI JL, et al., 2012). Assim, a má oclusão em indivíduos com fissura labiopalatina mostra maior complexidade comparada às encontradas em indivíduos sem fissura (MATOS DAD, et al., 2006).

Alguns pesquisadores depararam com uma correlação entre sobrecarga oclusal e a perda da estrutura dentária no terço cervical, levantada a partir da observação de estudos clínicos que indicavam para a ocorrência das lesões de abfrações. Tais autores, concluem que existe uma associação dos diversos fatores etiológicos e causais que desenvolvem as LCNC (LIMA LM, et al., 2005). Brandini DA, et al. (2012) também

verificaram uma associação significativa entre as lesões cervicais não cariosas e os fatores trauma oclusal, presença e localização de desgaste dentário e desoclusão em grupo. No entanto, outros autores não encontraram correlação entre esses fatores (MATOS DAD, et al., 2006).

Matos DAD, et al. (2006) avaliaram o padrão de desoclusão transmitido nos movimentos excursivos mandibulares nos pacientes sem fissura e com fissura completa de lábio e palato, bem como presença de interferências oclusais e doenças relacionadas as forças oclusais como abfração e recessão gengival. Embora os pesquisadores notaram a alta prevalência de interferências oclusais na região de molares para os grupos avaliados, não houve correlação com as recessões e abfrações. Diante dos dados, não se pode estabelecer uma associação direta de tais lesões com qualquer agente causal específico devido à possível etiologia multifatorial, apesar de existirem estudos na literatura que responsabilizam os fatores oclusais como fenômenos para a ocorrência das LCNC (SENNA PA, et al., 2012). Mesmo diante da alta frequência clínica de LCNC observada em indivíduos fissurados nos atendimentos clínicos, acredita-se que estes apresentam as mesmas condições de desenvolver tais lesões comparadas aos indivíduos sem fissura labiopalatina.

Outro fator a ser considerado são as alterações de esmalte, frequentemente presentes em indivíduos com fissuras labiopalatinas, os quais apresentam alta prevalência de anomalias estruturais, numéricas e morfológicas, quando comparados à população em geral (MARQUES LL, et al., 2022). A presença das alterações no esmalte pode estar relacionada com a fissura labiopalatina, uma vez que foi encontrada uma relação direta entre o aparecimento do defeito e a presença da fissura (SALDIAS-VARGAS VP, et al., 2014). Os defeitos de esmalte, especialmente as hipoplasias, caracterizam-se clinicamente pela menor mineralização e espessura do esmalte, podendo também levar a uma maior facilidade de dissolução por ácidos e à perda de estrutura do dente por atrito e abrasão (KAZOULLIS S, et al., 2007). Conseqüentemente, haverá uma maior probabilidade de progressão das LCNC, além do comprometimento estético que acarretam.

Ainda deve ser considerado que a modernização e a mudança do estilo de vida têm levado as pessoas a consumirem mais substâncias ácidas, desde alimentos cítricos (frutas como limão, abacaxi, laranja, entre outras) e vinagres nos preparos de pratos para saladas, a produtos industrializados que possuem componentes acidificados, além de ingerirem mais bebidas gaseificadas, com pH baixo. (SANTOS MA e CONFORTE JJ, 2022). Considerando a hipótese que o fator etiológico principal das LCNC seja a carga oclusal causada pela má oclusão em pacientes com fissura labiopalatina, fatores ambientais locais, como a escovação e/ou a presença de ácidos, poderão desempenhar um papel secundário na dissolução da estrutura do dente, originando a lesão cervical. Com isso, a combinação de fatores etiológicos e a permanência destes, por tempo prolongado, acarretará no desenvolvimento de lesões mais severas (OLIVEIRA ACS, et al., 2010).

Prevenção e tratamento das lesões cervicais não cariosas

A principal estratégia de prevenção e controle das LCNC é a eliminação do agente etiológico. Ao examinar clinicamente o paciente, no atendimento inicial, é importante viabilizar o alívio dos sintomas e monitorar a evolução do processo de perda mineral, identificando os fatores etiológicos desses tipos de lesões, afinal para um prognóstico de sucesso e favorável, o diagnóstico desses fatores são fundamentais para redução da evolução da doença. O êxito do tratamento está diretamente relacionado ao diagnóstico preciso e à análise minuciosa das variações individuais (CARVALHO PASM, 2010). Com base no diagnóstico, podem-se estabelecer métodos profiláticos (atuando sobre os fatores causais da lesão no sentido de impedir sua progressão), e/ou terapêuticos, buscando o restabelecimento da forma, função e estética (HARA AT, et al., 2005).

Com relação às lesões de erosão, a anamnese e história clínica serão a base para a descoberta dos fatores predisponentes destes tipos de lesão (FELIPE GV e FERNANDES KGC, 2022). Depois de concluído o diagnóstico, o paciente deve ser aconselhado a diminuir a frequência de consumo de alimentos e bebidas ácidas (CARVALHO PASM, 2010) devido ao seu alto potencial erosivo ou, então, ingerir bebidas ácidas com canudo, diminuindo assim a área de contato entre a bebida e a estrutura dentária (MACHADO MAAM, et al., 2005). A escovação imediata após a ingestão de bebidas ácidas deve ser evitada, sendo recomendado realizar um enxágue prévio da boca com uma solução alcalina ou deve-se esperar um período de vinte a trinta minutos para que o pH bucal seja restabelecido (MACHADO MAAM, et al., 2005). Esta recomendação deve-

se ao fato que os componentes ácidos dos alimentos e bebidas, associados à escovação rigorosa, podem gerar maior susceptibilidade ao desgaste do esmalte. Adicionalmente, deve ser feita a prescrição de medidas para aumentar o fluxo salivar em casos de xerostomia, como gomas de mascar sem açúcar, com o intuito de aumentar o efeito de tamponamento salivar e a remineralização da superfície dentária (CARVALHO PASM, 2010).

Nos episódios de refluxo gastroesofágico e vômito, fatores etiológicos endógenos nas lesões de erosão dentária, são recomendados que os pacientes não escovem os dentes imediatamente, apenas que realizem um bochecho com água fluoretada de modo a permitir a remineralização do esmalte recém desmineralizado, aguardando um período entre 30 minutos a 1 hora para que possa realizar a escovação. Tais pacientes deverão ser encaminhados para um médico gastroenterologista ou para um psicólogo (CARVALHO PASM, 2010). Assim, é de suma importância o tratamento da etiologia da erosão dental, muitas vezes, com direcionamento multidisciplinar, envolvendo além dos cirurgiões-dentistas, psicólogos, médicos, nutricionistas, entre outros profissionais da área da saúde que possam contribuir para a resolução do caso clínico de maneira integral (CATELAN A, et al., 2010; SANTOS MA e CONFORTE JJ, 2022). Somente após esses procedimentos iniciais de determinação da causa e orientações ao paciente, é possível traçar um planejamento restaurador para restabelecer a estética e a função do elemento dental.

Nas lesões de abrasão, o agente etiológico é identificado pelo exame clínico e, principalmente, pela análise dos hábitos de higiene bucal do paciente (CARVALHO PASM, 2010). Como forma preventiva, os pacientes que apresentam um alto índice de abrasão por escovação devem ser orientados quanto à intensidade de força e a técnica aplicada para diminuir o potencial abrasivo dos dentífricos, além de evitar a recessão gengival (GONÇALVES PL e DEUSDARÁ ST, 2011). Recomenda-se evitar uso de escovas duras, escovação com demasiada pressão e muito prolongada, pastas abrasivas, dentífricos clareadores, uso de palitos, instrumentação excessiva das superfícies radiculares durante a raspagem supra e subgengival e queimaduras químicas na gengiva durante o clareamento dental (BARBOSA LP, et al., 2009).

Considerando a importância da abordagem aos fatores etiológicos das lesões de abfração previamente ao seu tratamento, sabe-se que o estresse oclusal compromete o comportamento marginal de restaurações cervicais e que o tipo de carga oclusal tem influência no modo de distribuição das tensões. Assim, antes de qualquer procedimento restaurador, esse estresse tem que ser eliminado (GUIMARÃES JC, 2009). No entanto, a remoção dos fatores etiológicos pode ser mais complicada nesses tipos de lesões pela dificuldade na identificação da disfunção oclusal e no restabelecimento de uma harmonia oclusal. Ajustes oclusais podem ser utilizados para a eliminação de eventuais prematuridades e interferências nos movimentos de lateralidade (HOEPNER MG, et al., 2007). O restabelecimento de uma correta guia canina previne a flexão dos dentes posteriores ao desocluir em grupo no movimento de lateralidade. Em casos de desdentados posteriores, a reabilitação protética é importante para uma correta distribuição das forças, evitando sobrecargas oclusais. Ocasionalmente, a cirurgia ortognática e o tratamento ortodôntico poderão ser considerados para estabelecer a harmonia oclusal, embora o próprio tratamento ortodôntico, se mal conduzido, pode constituir um fator de risco para as lesões de abfração. Além disso, a confecção de placas miorreaxantes, e/ou restaurações protéticas poderão ser indicadas nos casos mais complexos das lesões (HOEPNER MG, et al., 2007).

Os métodos preventivos e o tratamento das lesões cervicais não cáries em indivíduos com fissura labiopalatina são os mesmos indicados para pacientes não fissurados. Assim, depois de ter removidos os fatores etiológicos, o tratamento restaurador está indicado na presença de lesões amplas com hipersensibilidade dentinária, nos casos de perdas extensas da estrutura dentária, risco de exposição pulpar, dificuldade de higienização devido à perda de contorno, interferência com prótese removível e comprometimento estético (BARBOSA LP, et al., 2009).

Deve-se, também, priorizar os cuidados nos casos de hipersensibilidade dentinária, sendo que os métodos terapêuticos podem englobar a aplicação de agentes dessensibilizantes, o uso do laser de baixa potência, as restaurações com o cimento de ionômero de vidro (CIV), com resina composta ou a associação de ambos materiais, através da técnica restauradora do sanduíche (HOEPNER MG, et al., 2007). Os CIV têm demonstrados excelentes resultados quanto à adesividade e à qualidade marginal da restauração,

apresentando como vantagens: a biocompatibilidade e a presença de fluoreto na sua composição; a retenção química à estrutura dentária na região cervical; e o coeficiente de expansão térmica semelhante ao da estrutura dentinária, o que contribui para a longevidade das restaurações sem causar dano no complexo dentino-pulpar. (PEDRINI D, et al., 2008). A resina composta é responsável pela estética e pelo bom polimento. Os tratamentos mais invasivos, como restaurações indiretas metalocerâmicas ou em cerâmica pura são opções em casos de perdas dentais acentuadas. Além disso, a cirurgia periodontal de recobrimento radicular representa, também, uma opção biológica e estética de tratamento que deve ser cogitada e avaliada pelo profissional (SANTAMARIA MP, et al., 2007).

Logo, a perda de tecido dentário na região cervical é uma condição frequentemente encontrada na prática clínica. Porém, constitui-se um desafio para a maioria dos profissionais no que se refere ao estabelecimento da etiologia, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais não cariosas (JARDIM CER, et al., 2021). Uma mesma característica morfológica (de lesão cervical), pode estar relacionada a diferentes fatores etiológicos, o que complexifica a classificação da lesão isoladamente. Atualmente, não está determinado qual o fator iniciador ou que estaria contribuindo para a progressão das lesões, já que os eventos responsáveis pela erosão, abrasão e abfração podem ocorrer paralelamente (SOUSA AMT, et al., 2012). A abfração tem sido citada como uma etiologia que envolve estresse oclusal, produzindo perdas minerais cervicais, que predispõem à erosão e à abrasão (CARVALHO PASM, 2010; SANTOS MA e CONFORTE, 2022).

Pacientes com fissuras labiopalatinas são mais suscetíveis a alterações bucodentárias e à má oclusão (MARQUES LL, et al., 2022). Mesmo que sejam encontrados bases que sustentem a existência de fatores oclusais como fenômenos para a ocorrência das LCNC, não se pode estabelecer uma correlação direta entre esses fatores (SOUSA AMT, et al., 2012). Diante disso, a literatura reforça a teoria multifatorial ou idiopática para a etiologia das lesões cervicais não cariosas, as quais mostram-se decorrentes da combinação de diversos fatores que levam à perda irreversível de estrutura dental na região cervical dos dentes (BARBOSA LP, et al., 2009). Processos crônicos de dissolução ácida, do desgaste mecânico repetitivo e da oclusão traumática podem ocorrer simultaneamente, resultando em problemas de ordem estética e funcional, principalmente se estiverem associadas a um quadro de hipersensibilidade dentinária, a qual se caracteriza pela sintomatologia dolorosa de curta duração (JARDIM CER, et al., 2021). Para o êxito no tratamento da hipersensibilidade é indispensável descobrir o fator ou os fatores etiológicos causadores da lesão cervical e eliminá-los, previamente ao tratamento restaurador. A literatura tem mostrado que há presença do trauma oclusal em quase metade dos dentes afetados pela hipersensibilidade, principalmente nos pacientes que apresentam bruxismo, apertamento dental, interferências oclusais e de dente com ausência dos adjacentes (DYER D, et al., 2000; PEGORARO LF, et al., 2005), situações essas muito frequentes em indivíduos com fissura labiopalatina.

A anamnésia, incluindo a análise dos hábitos alimentares e comportamentais do paciente, bem como o exame clínico, verificando as características morfológicas das lesões cervicais, além do estudo da oclusão irão nortear o Cirurgião-Dentista no diagnóstico específico (OLIVEIRA ACS, et al., 2010). Conhecer o quanto cada agente etiológico está contribuindo no momento de um determinado processo da lesão já instalada pode ser fundamental para planejar com maior precisão quais condutas preventivas e reabilitadoras serão adotadas, visando um tratamento eficaz e duradouro (BARBOSA LP, et al., 2009). No entanto, maior importância deve ser dada à prevenção e ao monitoramento das lesões que a procedimentos restauradores.

As medidas profiláticas e terapêuticas das LCNC poderão incluir a correção de hábitos nocivos, orientação de higiene bucal, mudanças de hábitos dietéticos, ajuste oclusal, uso de terapias dessensibilizantes, recobrimento radicular por meio de cirurgia periodontal e procedimentos restauradores que incluam materiais diretos, como o cimento de ionômero de vidro (CIV) ou as resinas compostas, ou a associação de ambos pela técnica de restauração mista (técnica do sanduíche). O método restaurador de associar uma base de CIV com a resina composta pode fornecer melhor resultado no tratamento, pois associa as vantagens de ambos os materiais dentários, como a resiliência do ionômero de vidro e a resistência mecânica e estética da resina (FRANCISCONI LF, et al., 2009), sendo que nos casos mais severos podem ser indicadas as restaurações indiretas. No entanto, a reabilitação, perante as LCNC, é diversificada e depende do grau de envolvimento estético, da quantidade de estrutura dental remanescente e da presença de sensibilidade. No tratamento

restaurador, a finalidade essencial é a obtenção da boa adaptação do material dentário à cavidade operatória, de modo a impedir a microinfiltração e o contato com agentes irritantes que possam gerar a sensibilidade (PEDRINI D, et al., 2008). Os benefícios, nesses casos, consistem no cuidado do complexo dentinopulpar e no aperfeiçoamento da anatomia estética dentária, facilitando a remoção de biofilme através da escovação, auxiliando na diminuição da impação alimentar e melhorando a resistência estrutural do dente. Quanto a necessidade da restauração, o clínico deve optar pelo material que melhor se adequa a realidade do paciente, levando em conta a resistência e biomecânica do material restaurador (ARAÚJO IGS, et al., 2023). No entanto, a realização de restaurações deve ser instituída concomitantemente à remoção dos fatores etiológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que as lesões cervicais não cariosas apresentam diagnóstico complexo e são consequência da associação de mais de um fator etiológico, o que caracteriza a etiologia como multifatorial. Uma interação multiprofissional pode ser necessária, com o intuito de diagnosticar e eliminar os fatores causais previamente ao tratamento restaurador definitivo. Apesar dos pacientes com fissura labiopalatina serem mais suscetíveis às alterações dentárias e maloclusões, a literatura ainda carece de evidências que visem correlacionar estes fatores com o desenvolvimento de lesões cervicais não cariosas. Assim, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das lesões cervicais não cariosas em pacientes com fissura de lábio e palato devem ser realizados da mesma forma indicada para os pacientes não fissurados.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC-Centrinho/USP). À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo Programa Demanda Social (Processo 88887.645866/2021-00). Aos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS) pelo financiamento do Programa de Residência em “Síndromes e Anomalias Craniofaciais” (Área de Concentração: Atenção Clínica Especializada / Eixo Profissional: Odontologia).

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO IGS, et al. A inter-relação periodontia e dentística observando os tecidos periodontais em restaurações em resina composta-Relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Health Review*, 2023; 6(1): 125-135.
2. BARBOSA LP, et al. Lesões cervicais não cariosas: Etiologia e opções de tratamento restaurador. *Revista Dentística Online*, 2009; 8(18): 5-10.
3. BRANDINI DA, et al. Clinical evaluation of the association between noncarious cervical lesions and occlusal forces. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 2012; 108(5): 298-303.
4. CARVALHO PASM. Lesões cervicais não cariosas: etiologia, planos de tratamento e relação com profissões de stresse. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), Porto, Portugal, 2010; p. 1-26.
5. CATELAN A, et al. Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (RFO UPF)*, 2010; 15(1): 83-86.
6. CREPALDI JL, et al. Análise da oclusão dentária em crianças portadoras de fissura labiopalatina bilateral. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, 2012; 66(4): 303-309.
7. DYER D, et al. Studies in vitro of abrasion by different manual toothbrush heads and a standart toothpaste. *Journal of Clinical Periodontology*, 2000; 27(2): 99-103.
8. FELIPE GV e FERNANDES KGC. Erosão dentária e refluxo gastroesofásico. *Brazilian Journal of Health Review*. *Brazilian Journal of Health Review*, 2022; 5(3): 10712-10726.
9. FRANCISCONI LF, et al. Glass ionomer cements and their role in the restoration of non- carious cervical lesions. *Journal of Applied Oral Science*, 2009; 17(5): 364-369.

10. GONÇALVES PL e DEUSDARÁ ST. Lesões cervicais não cariosas na prática odontológica. *Rev. Ciênc. Méd.*, 2011; 20(5-6): 145-152.
11. GRIPPO JO, et al. Attrition, abrasion, corrosion and abfraction revisited: a new perspective on tooth surface lesions. *J Am Dent Assoc.*, 2004; 135(8): 1109-1118.
12. GUIMARÃES JC. Análise pelo método de elementos finitos 3D de diferentes lesões cervicais não cariosas sob a ação de cargas oclusais funcionais e não funcionais. Tese (Doutorado em Dentística) - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis/SC, 2009; 165 p.
13. HARA AT, et al. Estudo das lesões cervicais não-cariosas: aspectos biotribológicos. *RPG – Revista de Pós-Graduação da FOU SP*, 2005; 12(1): 141-148.
14. HOEPPNER MG, et al. Considerações clínicas das lesões cervicais não cariosas. *UEPG Ci. Biol. Saúde*, 2007; 13(3/4): 81-86.
15. JARDIM CER, et al. Lesões cervicais não cariosas e sua relação com hábitos parafuncionais. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021; 4(6): 27442-27459.
16. KAZOULLIS S, et al. Common dental conditions associated with dental erosion in schoolchildren in Australia. *Pediatr Dent.*, 2007; 29(1): p.33-39.
17. LIMA LM, et al. Contribuição ao estudo da prevalência, do diagnóstico diferencial e de fatores etiológicos das lesões cervicais não cariosas. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia (RSBO)*, 2005; 2(2): 17-21.
18. MACHADO MAAM, et al. Erosão dentária versus hábitos dietéticos da Sociedade Moderna. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 2005; 59(6): 417-420.
19. MARQUES LL, et al. Alterações dentárias em pacientes portadores de fissuras labiopalatinas: revisão sistemática da literatura. *Research, Society and Development*, 2022; 11(15): e491111537697.
20. MATOS DAD, et al. Pattern of disocclusion in patients with complete cleft lip and palate. *Journal of Applied Oral Science*, 2006; 14(3): 157-161.
21. OLIVEIRA ACS, et al. Análise clínica de pacientes portadores de lesões cervicais não cariosas e sua relação com hábitos. *Rev Sul-Bras Odontol.*, 2010; 7(2): 182-192.
22. PARADOWSKA-STOLARZ A e KAWALA B. Occlusal Disorders among Patients with Total Clefts of Lip, Alveolar Bone, and Palate. *Biomed. Res. Int.*, 2014; e.583416.
23. PEDRINI D, et al. Conduta clínica em lesões cervicais não-cariosas. *Rev. ABO Nac.*, 2008; 15(6).
24. PEGORARO LF, et al. Noncarious cervical lesions in adults. Prevalence and occlusal aspects. *J Am Dent Assoc.*, 2005; 136(12): 1694-1700.
25. SALDIAS-VARGAS VP, et al. Enamel defects in permanent first molars and incisors in individuals with cleft lip and/or palate. *Rev. fac. med.*, 2014; 62(4): 515-519.
26. SANTAMARIA MP, et al. Periodontal surgery and glass ionomer restoration in the treatment of gingival recession associated with a non-carious cervical lesion: report of three cases. *J Periodontol.*, 2007; 78(6): 1146-1153.
27. SANTOS MA e CONFORTE JJ. As lesões cervicais não cariosas (LCNC) como causa do envelhecimento bucal precoce. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2022; 8(5): 2164–2180.
28. SENNA PA, et al. Non-carious cervical lesions and occlusion: a systematic review of clinical studies. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2012; 39(6): 450-462.
29. SOUSA AMT, et al. Fatores de risco oclusais e sua influência na etiologia das lesões cervicais não-cariosas. *Revista Dentística on line*, 2012; 11(23): 19-25.
30. SOUZA LCM, et al. Fissuras labiopalatinas: do diagnóstico ao tratamento. Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 2022; 11(17): e249111739067