
Erosão dentária em crianças ansiosas: relato de caso clínico

Dental erosion in anxious children: clinical case report

Paula Cristhiane Orlandi Crisci¹, Anna Carolina Volpi Mello de Moura¹, Cássio José Fornazari Alencar¹, Lucila Basto Camargo¹

¹Curso de Odontologia da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil.

Resumo

O presente estudo foi relatar o caso de um paciente infantil com quadro de ansiedade elevada associada a episódios frequentes de vômito com diagnóstico clínico de erosão dentária. Para tanto, o paciente de sete anos de idade apresentava lesões generalizadas sugestivas de erosão dentária com características tais como brilho excessivo, lisura, esmalte hígido ao longo da margem gengival além de cuppings e halo translúcido ao redor da superfície oclusal dos molares. Como fatores etiológicos constatou-se consumo excessivo de alimentos ácidos e a ocorrência frequente de episódios de vômito em função dos níveis elevados de ansiedade apresentados pelo paciente desde bebê. O responsável foi orientado com relação aos hábitos de dieta e higiene, o paciente recebeu tratamento clínico com uso de verniz fluoretado e selante ionomérico e foi encaminhado para atendimento psicológico para controle da ansiedade. O aumento da ingestão de alimentos ácidos tem sido considerado como fator desencadeante dos crescentes casos de erosão dentária. Entretanto, a ação do ácido gástrico em função dos episódios de vômito ou refluxo também configura um importante fator etiológico da doença. O diagnóstico precoce da erosão é importante a fim de minimizar os danos estruturais ao elemento dental e, para isso, o profissional deve estar atento aos sinais clínicos e também ao perfil psicológico de seu paciente já que criança ansiosa tem maior chance de apresentar problemas gástricos comumente associados à erosão.

Descritores: Erosão dentária; Criança; Ansiedade

Abstract

This study was to report a case of an anxious child, seven years old, who had frequent episodes of vomiting with clinical diagnosis of dental erosion. Therefore the patient presented glazed dental surfaces, intact enamel along the gingival margin, cuppings and rounded cusps. Excessive consumption of acidic foods and frequent episodes of vomiting due to high levels of anxiety were recognized as etiologic factors of the erosion. Parents were instructed regard to diet and hygiene habits and patient was treated with topical fluoride and glass ionomer sealant. Moreover, the patient was referred for psychological treatment for anxiety management. The increased intake of acidic beverages has been considered as an important factor for the rising cases of dental erosion. However, the action of gastric acid during the episodes of vomiting or reflux also sets an important etiological factor of the disease. This fact points out the importance of a careful evaluation of the patients psychological condition. Early diagnosis of erosion is important in order to minimize structural damage and, therefore, practitioners need to assess clinical signs and also the psychological profile of their patients because anxious children are more likely to have stomach problems commonly associated with erosion.

Descriptors: Tooth erosion; Children; Anxiety

Introdução

Com o passar dos anos, os problemas Odontológicos ganharam grande importância na saúde pública. A cárie dentária vem sendo controlada devido ao sucesso dos programas educativos e preventivos. Sendo assim, outros problemas entraram em pauta, como por exemplo, a erosão dentária cujos danos são irreversíveis afetando tanto a estética como a função.

O estilo de vida das pessoas vem se modificando há décadas e atualmente o consumo de bebidas e comidas ácidas é alto, principalmente entre crianças e adolescentes. É fato também que crianças com lesões erosivas em fase de dentição decídua apresentam maior risco para desenvolvimento da patologia na dentição permanente. Desta forma, o diagnóstico precoce, o conhecimento dos fatores etiológicos e as opções de tratamento devem ser valorizados e discutidos apropriadamente.

Revisão de literatura

A erosão dentária é uma doença multifatorial definida

como perda progressiva e irreversível do tecido dental duro decorrente de um processo químico sem ação de bactérias que pode afetar estética e função de crianças, adolescentes e adultos¹⁻³. O principal fator etiológico é a presença de ácidos na cavidade bucal de origem extrínseca ou intrínseca⁴.

Erosão extrínseca está relacionada aos ácidos alimentares (frutas, sucos de fruta, bebidas esportivas, refrigerantes e ácido ascórbico-vitamina C), meio ambiente (ácido industrial ou piscina) e medicamentos (ferro e medicação para cálculo renal)⁵⁻⁶. Atualmente o consumo de bebidas e comidas ácidas é extremamente alto, principalmente entre crianças e adolescentes^{1,7}. A prevalência da erosão, nesta faixa etária, apresenta índices que alcançam de 30% a 68%⁸⁻⁹. No Brasil foi observada prevalência de 51,6% entre crianças pré-escolares¹⁰.

A erosão intrínseca é resultante da ação do ácido gástrico em contato com os dentes durante a regurgitação recorrente, vômitos ou refluxo¹¹. Recentemente, casos de refluxo e vômitos são comuns e, dentre as causas, é possível citar alcoolismo, gravidez, disfunção gástrica,

hérnia de hiato, doença refluxo gastroesofágico, anorexia nervosa, bulimia¹² e altos níveis de ansiedade¹³.

Crianças com lesões erosivas em fase de dentição decídua apresentam maior risco para desenvolvimento desta patologia na dentição permanente, o que acentua a importância do diagnóstico precoce¹⁴. O processo do diagnóstico da erosão dentária é complexo e envolve pesquisa dos hábitos alimentares, exame clínico e avaliação das condições gástricas⁵. Além disso, o profissional deve estar atento não apenas ao paciente com sinais clínicos, mas também àquele que apresenta potencial para desenvolver a doença.

Considerando a comprovada relação entre altos níveis de ansiedade e distúrbios gástricos¹³, a avaliação criteriosa do aspecto psicológico dos pacientes parece ser relevante ao processo do diagnóstico da erosão dentária. O transtorno de ansiedade é acompanhado de uma série de sensações físicas, tais como dor de cabeça, palidez, palpitações, falta de ar, boca seca, tremores, sudorese nas mãos e pés, dores abdominais e vômitos manifestando-se numa resposta generalizada, ampla, que mobiliza todo o organismo pelos mais variados estímulos¹⁵. Os medos e preocupações durante a infância, até a década de 80, eram vistos como transitórios e benignos. Entretanto, hoje sabemos que podem constituir transtornos frequentes, causando sofrimento e disfunção às crianças e adolescentes¹⁶.

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi relatar o caso clínico de um paciente infantil com erosão que apresentava quadro de ansiedade associado a episódios frequentes de vômito. Desta forma, busca-se alertar os cirurgiões-dentistas para o diagnóstico precoce desta alteração especialmente nas crianças ansiosas a fim de favorecer a limitação do dano e o tratamento.

Relato de caso clínico

Para a realização deste estudo, o responsável assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em Pesquisa para menores e foi obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista (protocolo 391.543).

Paciente B.O.C. de sete anos de idade, sexo masculino, compareceu à clínica de especialização em Odontopediatria da UNIP campus São Paulo para tratamento

preventivo. No exame clínico observou-se ausência de lesão de cárie, aspecto gengival sadio e lesões generalizadas sugestivas de erosão dentária com características tais como brilho excessivo, lisura, esmalte hígido ao longo da margem gengival, além de cuppings e halo translúcido ao redor da superfície oclusal dos molares. A maioria das lesões estavam restritas ao esmalte, porém alguns dentes mostravam acometimento da dentina e, em outros, a polpa era visualizada por transparência. O paciente não apresenta sensibilidade dolorosa. Além disso, desgastes generalizados no sentido horizontal sugestivos de abrasão também foram notados (Figuras 1 e 2). Radiograficamente as condições eram de normalidade.

Diante do quadro clínico o responsável foi questionado a respeito de possíveis problemas gástricos e este afirmou se tratar de uma criança bastante ansiosa, que desde bebê apresentava quadros frequentes de vômito. Além disso, o pai relatou o hábito da criança escovar os dentes imediatamente após o vômito. O histórico médico da criança não confirmou qualquer distúrbio gástrico ou de refluxo. Com relação aos fatores etiológicos extrínsecos, foi solicitado o preenchimento de um diário alimentar e verificou-se uso frequente de suco de soja industrializado e preferência por alimentos e bebidas ácidas.

Diante do exposto, o tratamento proposto foi:

- Orientação da dieta com redução do consumo de bebidas ácidas, especialmente suco artificial em pó e refrigerantes. No caso do consumo, realizá-lo com canudos, não bochechar ou segurar a bebida na boca. Adicionar leite ou leite de soja aos sucos para equilibrar o pH da bebida e evitar a desmineralização do esmalte.

- Orientação de higiene com instruções a respeito da técnica de Stillman Modificada com dentífrício fluoretado 1000 ppm F associada ao uso de escova macia e fio dental. Não escovar os dentes logo depois de ingerir bebidas ácidas ou imediatamente após os episódios de vômito para minimizar o desgaste, podendo apenas realizar bochecho com soluções remineralizantes.

- Aplicação de verniz fluoretado (Colgate®, Waltrop, Alemanha) por 6 sessões. Uso de selante ionômérico modificado por resina de proteção contra desafio erosivo (3M ESPE®, São Paulo, Brasil).



Figuras 1 e 2. Aspecto oclusal superior e inferior evidenciando: brilho excessivo e lisura, cuppings, halo translúcido e visualização da polpa por transparência

– Controle clínico das lesões e encaminhamento do paciente para profissional da área da Psiquiatria/Psicologia para controle da ansiedade.

Discussão

Atualmente, tem se discutido o aumento da ingestão de bebidas e comidas ácidas como fator desencadeante dos crescentes casos de erosão dentária¹⁴. Entretanto, dentre os fatores etiológicos da erosão intrínseca é possível citar a ação do ácido gástrico em contato com os dentes durante os também frequentes casos de vômito ou refluxo¹¹. Este fato aponta para a necessidade de um olhar cuidadoso do profissional para a condição psicológica de seus pacientes, uma vez que, há evidência científica relevante da relação entre distúrbios gástricos e altos níveis de ansiedade mostrada em revisão sistemática recente¹⁷.

O diagnóstico precoce é de suma importância para que os danos sejam minimizados¹⁸ e, raramente, os pacientes e/ou responsáveis conseguem reconhecer os sinais iniciais. Desta forma, cabe aos profissionais buscar as características da lesão erosiva em superfícies limpas, secas e bem iluminadas¹⁹. A anamnese deve conter questões específicas sobre erosão para que o profissional possa identificar o risco antes mesmo que os sinais clínicos sejam notados²⁰.

Neste caso clínico o diagnóstico precoce não ocorreu e o paciente apresentava lesões erosivas extensas e profundas sem nenhum relato de sensibilidade. Após questionário específico foram constatados os fatores etiológicos de origem extrínseca e intrínseca tais como ingestão frequente de sucos e alimentos ácidos e episódios frequentes de vômitos. Além disso, o paciente ansioso apresentava um hábito que aumenta o potencial erosivo que se trata da realização da higienização bucal logo após a ingestão das bebidas ácidas ou depois do vômito. Tal situação potencializa a exposição dos dentes aos ácidos e agrava ainda mais o fator de desgaste²¹.

Os transtornos de ansiedade são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças quanto em adultos²² e podem vir acompanhados de diversos sintomas físicos como por exemplo o vômito. Sendo assim, crianças nesta condição são pacientes de risco para o desenvolvimento da erosão dentária¹¹ e é preciso considerar que medo e preocupação durante a infância são muito frequentes¹⁶. Diante deste fato, o Odontopediatra deve estar atento às condições emocionais das crianças para que possa evitar o aparecimento da doença ou minimizar seus danos.

O envolvimento de outras profissões de saúde como nutrição, medicina e psicologia facilita o processo do controle das causas e tratamento da patologia²². Neste estudo, o tratamento envolveu orientações relativas ao consumo de bebidas ácidas e foi utilizado flúor tópico e selamento dos dentes erodidos com material ionomérico. O uso do flúor ajuda no aumento da resistência do esmalte e evita a dissolução pelos ácidos²³.

Apesar da profundidade das lesões erosivas nos dentes decíduos justificarem a realização de procedimentos restauradores tecnicamente mais complexos, o selamento foi escolhido por se tratar de uma criança extremamente sensível à manipulação oral apresentando ânsia e vômito propriamente dito durante o atendimento. O material de escolha para o selamento foi o Climpro XT que se trata de um selante ionomérico modificado por resina que alia vantagens como união química à estrutura dentária e liberação de flúor. Respeitando a relevância do tratamento interdisciplinar²⁴, o paciente em questão foi encaminhado e avaliado por um profissional psiquiátrico, a fim de trabalhar sua ansiedade infantil, diminuindo as crises de vômitos, para controlar este importante fator etiológico intrínseco da erosão.

Após todas essas considerações é possível prever que pacientes submetidos a profissionais capacitados a reconhecer os sinais iniciais da erosão dentária e atentos às suas condições psicológicas apresentam maiores chances de serem poupados dos danos relacionados a esta patologia.

Conclusões

Concluiu-se que o diagnóstico precoce da erosão dentária é importante a fim de minimizar os danos estruturais no elemento dental e, para isso, os profissionais precisam estar atentos aos sinais clínicos e também ao perfil psicológico de seus pacientes já que crianças ansiosas têm maior chance de apresentarem problemas gástricos comumente associados a erosão.

Referências

1. Deshpande SD, Hugar SM. Dental erosion in children: an increasing clinical problem. *J Indian Soc Pedo Prev Dent.* 2004; 22(3):118-27.
2. O'Sullivan EA. A new index for the measurement of erosion in children. *Eur J Paediatr Dent.* 2000;1(2):69-74.
3. Zero DT, Lussi A. Erosion: chemical and biological factors of importance to the dental practitioner. *Int Dent J.* 2005;55 (4Suppl):285-90.
4. Magalhães AC, Rios D, Honório HM, Provenzano MGA, Fracasso MLC. Erosão dentária em odontopediatria: Relato de caso clínico. *Odontol Clin Cient.* 2008;3:247-51.
5. Porto Neto ST, Machado CT, Pozzobon RT, Porto Carreiro AF. Erosão dental (peromólise) associada à problemas gástricos e hábitos parafuncionais – uma visão de tratamento multidisciplinar – Parte 1. *J Bras Clin Odontol Int.* 2000;4(21):52-6.
6. Baratieri LN. *Odontologia restauradora fundamentos e possibilidades.* São Paulo: Santos; 2001.
7. Lussi A, Hellwig E, Zero D, Jaeggi T. Erosive tooth wear: diagnosis, risk factors and prevention. *Am J Dent.* 2006;19(6):319-25.
8. van Rijkom HM, Truin GJ, Frencken JE, König KG, van 't Hof MA, Bronkhorst EM *et al.* Prevalence, distribution and background variables of smooth-bordered tooth wear in teenagers in the hague, the Netherlands. *Caries Res.* 2002;36(2):147-54.
9. Kazoullis S, Seow WK, Holcombe T, Newman B, Ford D. Common dental conditions associated with dental erosion in school-children in Australia. *Pediatr Dent.* 2007;29(1):33-9.

10. Murakami C, Oliveira LB, Sheiham A, Nahás Pires Corrêa MS, Haddad AE, Bönecker M. Risk indicators for erosive tooth wear in Brazilian preschool children. *Caries Res.* 2011;45(2):121-9. DOI 10.1159/000324807.
11. Nunn J, Shaw L, Smith A. Tooth wear – dental erosion. *Br Dent J.* 1996;180(9):349-52.
12. ten Cate JM, Imfeld T. Dental erosion, summary. *Eur J Oral Sci.* 1996;104(2):241-4.
13. Boller E. Sintomas e Sinais Patológicos do Estresse. *Rev Medica HSPV.* 2003;15(32):41-4.
14. Murakami C, Bönecker M, Corrêa MS, Mendes FM, Rodrigues CR. Effect of fluoride varnish and gel on dental erosion in primary and permanent teeth. *Arch Oral Biol.* 2009;54(11):997-1001.
15. Santalahti P, Aromaa M, Sourander A, Helenius H, Piha J. Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics.* 2005;115(4):e434-42.
16. Castillo AR, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:20-3.
17. Marsicano JA. Gastroesophageal reflux, dental erosion, and halitosis in epidemiological surveys: a systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013;25(2):135-41.
18. Barboza CAG, Morais PD, Alves MVA, Carneiro DTO, Moura SAB. Participação do cirurgião-dentista no diagnóstico e tratamento interdisciplinar dos transtornos alimentares. *Int J Dent.* 2011;10(1):32-7.
19. Lussi A, Hellwig E. Risk assessment and preventive measures. *Monogr Oral Sci.* 2006;20:190-9.
20. Branco CA, Valdivia ADCM, Soares PBF, Fonseca RB, Fernandes Neto AJ, Soares CJ. Dental erosion: diagnosis and treatment options. *Rev Odontol UNESP.* 2008;37(3):235-42.
21. Resende VL, Castilho LS, Moreira CV, Silva G, Miranda MCB, Lucena MB *et al.* Erosão dentária ou perimólise: a importância do trabalho da equipe em saúde. *Arq Odontol.* 2005;41(2):132-38.
22. Associação Brasileira de Odontologia. Erosão dental: medidas simples para grandes benefícios. *Rev ABO.* 2010;18(2):80-3.
23. Pegoraro CN, Sakamoto FOO, Domingues LA. Perimólise: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2000;54:156-61.
24. Firouzei MS, Khazaei S, Adibi P. Gastroesophageal reflux disease and tooth erosion. Systematic review 10. *Dent Res J.* 2011; 8:9-14.

Endereço para correspondência

Lucila Basto Camargo
Al. Ministro Rocha Azevedo, 384 – 6º andar – Cerqueira César
São Paulo-SP, CEP 01410-000
Brasil

E-mail: lucilaca@usp.br

Recebido em 5 de dezembro de 2013
Aceito em 13 de fevereiro de 2014