



Maria João H. Antunes <sup>1\*</sup>; Ana Cristina Azul <sup>2</sup>; José João Mendes <sup>3</sup>; Joana Cunha <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Assistente de Medicina Dentária Conservadora, ISCSEM  
<sup>2</sup> Regente de Medicina Dentária Conservadora, ISCSEM, CiiEM  
<sup>3</sup> Director Clínico, regente de Clínica Integrada, ISCSEM, CiiEM  
<sup>4</sup> Mestre em Medicina Dentária, ISCSEM

## Introdução

As LCNC definem-se como a perda patológica irreversível da superfície dentária ao nível da JEC, através de um processo não cariogénico (Bartlett D.W., Shah P. 2006). Este tipo de lesões pode ser igualmente denominado de forma mais explícita de erosão, de abrasão e de abfracção (Aw TC, Lepe X, Johnson GH, Mancl L., 2002).

## Objetivos

- Observar a prevalência de lesões cervicais não cariadas (LCNC) nos doentes da Clínica Dentária Egas Moniz;
- Determinar os seus factores etiológicos;
- Avaliar o tipo de lesão mais comum.

## Materiais e Métodos

Foi efectuado um estudo sobre a prevalência das LCNC dos doentes da Clínica Dentária Egas Moniz. Cooperativa de Ensino Superior, CRL - Egas Moniz (Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz), no período de tempo de 5 meses. Tratou-se de um estudo transversal, observacional e descritivo através de um questionário face-a-face e um exame clínico intra-oral. A amostra foi composta por 60 doentes na Clínica Universitária Egas Moniz escolhidos de forma aleatória.

O questionário incluiu a recolha de dados relacionados com hábitos higiénicos, alimentares, funcionais e parafuncionais, medicação, história de refluxo ou de distúrbios gástricos e ainda a autoavaliação relacionada com *stress*. Realizaram-se registos fotográficos intra-orais de todos os doentes.

Para determinar o grau de desgaste dentário, aplicou-se o Índice de Desgaste Dentário (IDD) proposto por Smith and Knight (Adaptado de Bardsley PF, 2008), um abrangente sistema em que todas as quatro superfícies dentárias (vestibular, cervical, lingual e oclusal-incisal) de todos os dentes presentes na cavidade oral são classificados, quanto à profundidade, numa escala de 0 a 4, independentemente da sua etiologia (Tabela 1).

IDD	
0	Nenhuma alteração de contorno
1	Mínima perda do contorno
2	Defeito < 1mm de profundidade
3	Defeito 1-2 mm de profundidade
4	Defeito > 2 mm de profundidade, ou exposição pulpar ou exposição de dentina secundária

Tabela 1 - Índice de Desgaste Dentário proposto por Smith and Knight para a região cervical do dente (Adaptado de Borcic J. *et al.*, 2004)

Para o registo da profundidade, posicionou-se a sonda periodontal milimetrada perpendicularmente ao longo eixo do dente, no centro da lesão e verificou-se o valor do IDD traçando uma linha imaginária de continuidade da lesão, de oclusal para gengival (Borcic J *et al* 2004).

Foi efectuada uma análise estatística descritiva.

## Resultados

A prevalência de LCNC foi de 53,3%, sendo a maioria dos doentes do sexo feminino (56,3%) e estando as lesões situadas na sua totalidade (100%) na superfície vestibular dos dentes (Gráfico 1).

Quanto à sua distribuição, os dentes mais afectados foram os primeiros pré-molares seguidos dos segundos pré-molares e caninos (Gráfico 2).

As lesões foram mais prevalentes na mandíbula e o IDD mais frequente foi o de nível 1, sendo os dentes posteriores os que apresentaram lesões mais profundas.

Dos doentes com refluxo ou distúrbios gástricos apenas 28,6% apresentou LCNC (Gráfico 3).

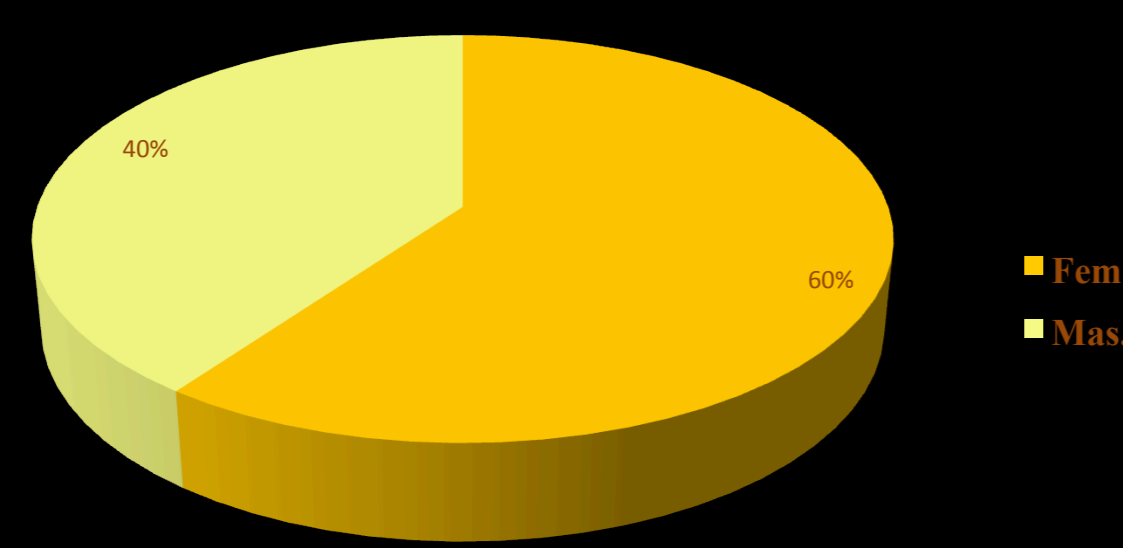


Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo

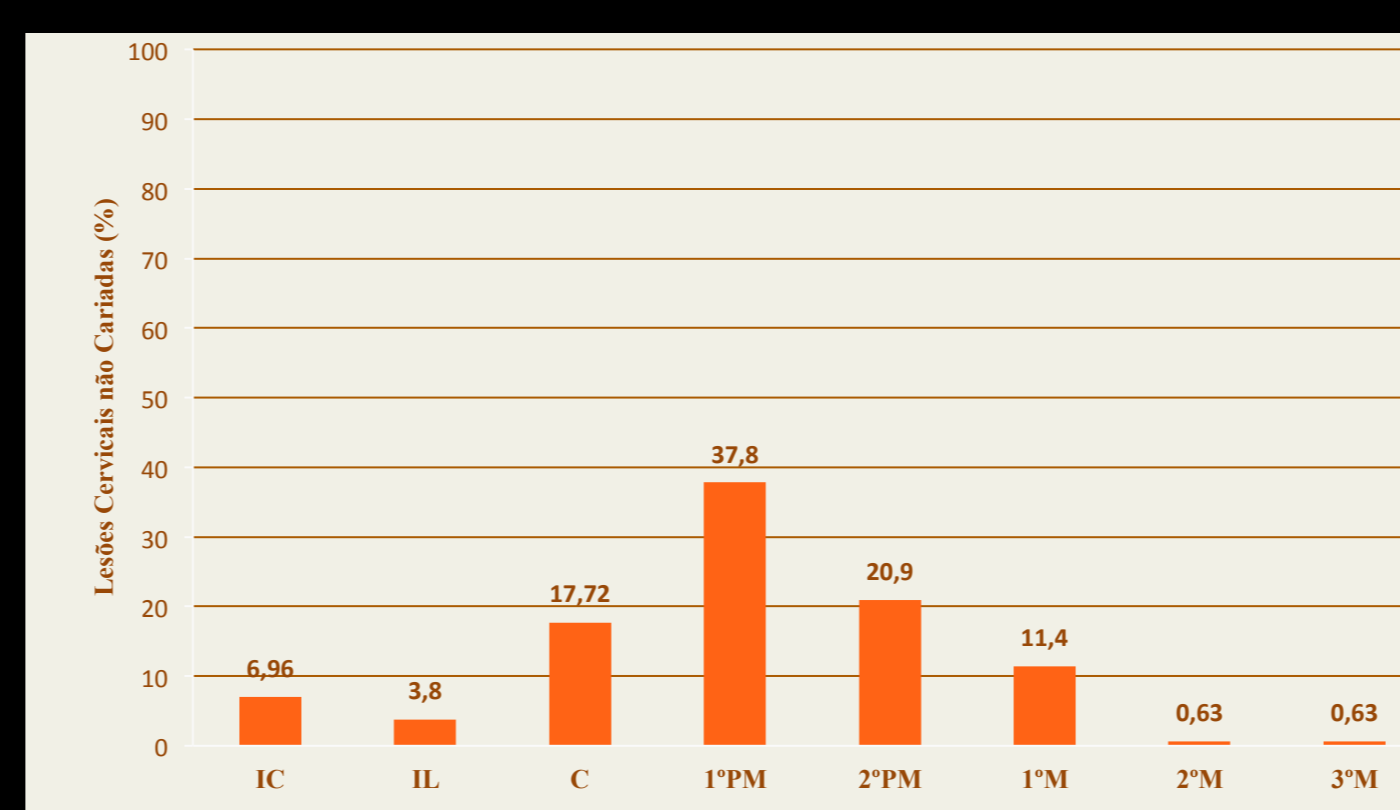


Gráfico 2 - Frequência das lesões pelo grupo de dente afectado

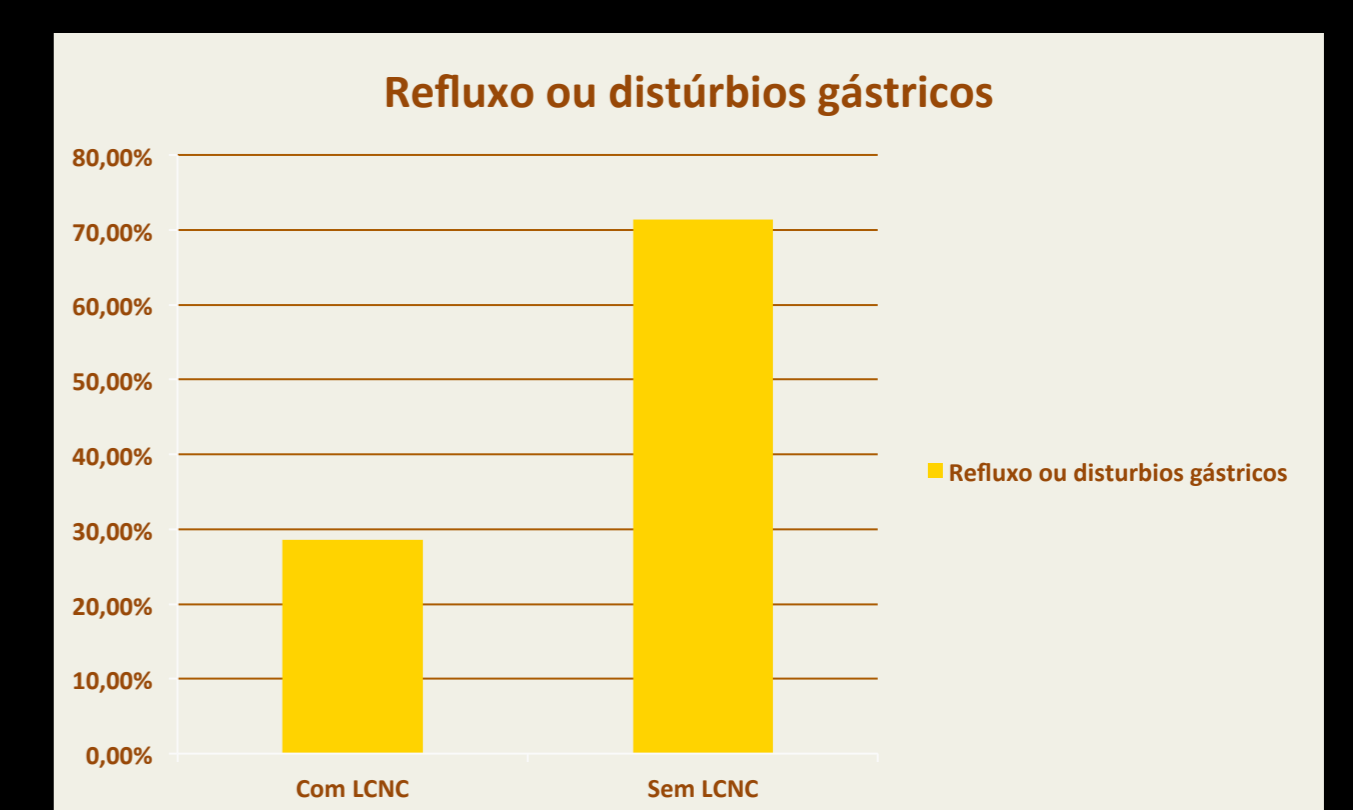


Gráfico 3 - Relação da existência de refluxo ou distúrbios gástricos com a presença ou não de LCNC

Através da análise do questionário, não existiu um factor específico único aparente na etiologia das LCNC. 93,8% dos doentes com LCNC apresentou facetas de desgaste sendo os incisivos mais afectados (Gráfico 4).

Para os 15% de doentes referindo bruxismo, a frequência com LCNC foi cerca de 3 vezes superior à dos indivíduos sem estas lesões (Gráfico 5).

Dos doentes com LCNC, 65,6% apresentava mastigação unilateral e sensibilidade dentária e 40,6% consideravam-se nervosos (Gráfico 6).

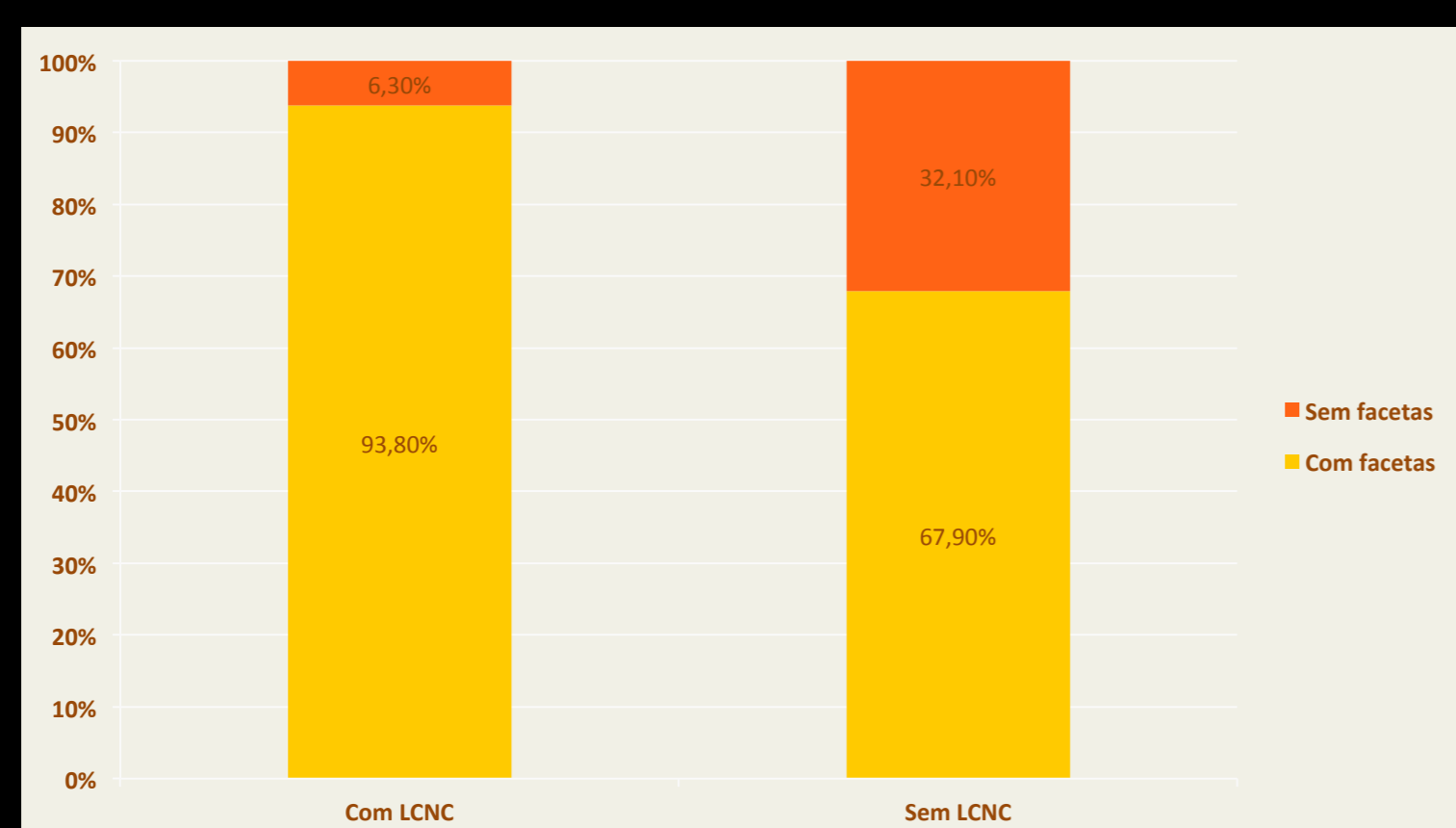


Gráfico 4 - Relação das LCNC's com a presença ou não de facetas de desgaste

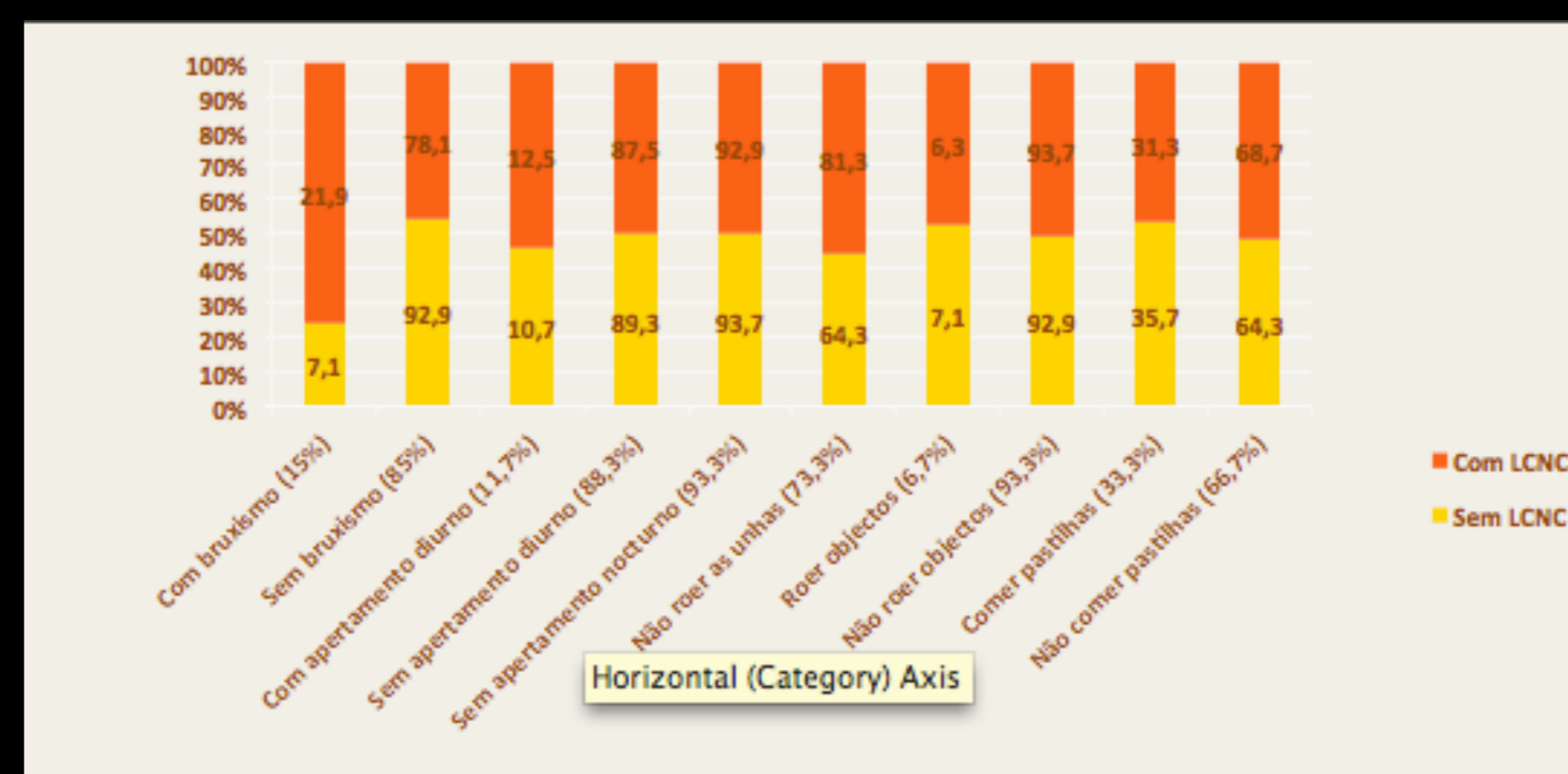


Gráfico 5 - Distribuição da frequência dos grupos quanto à presença de hábitos

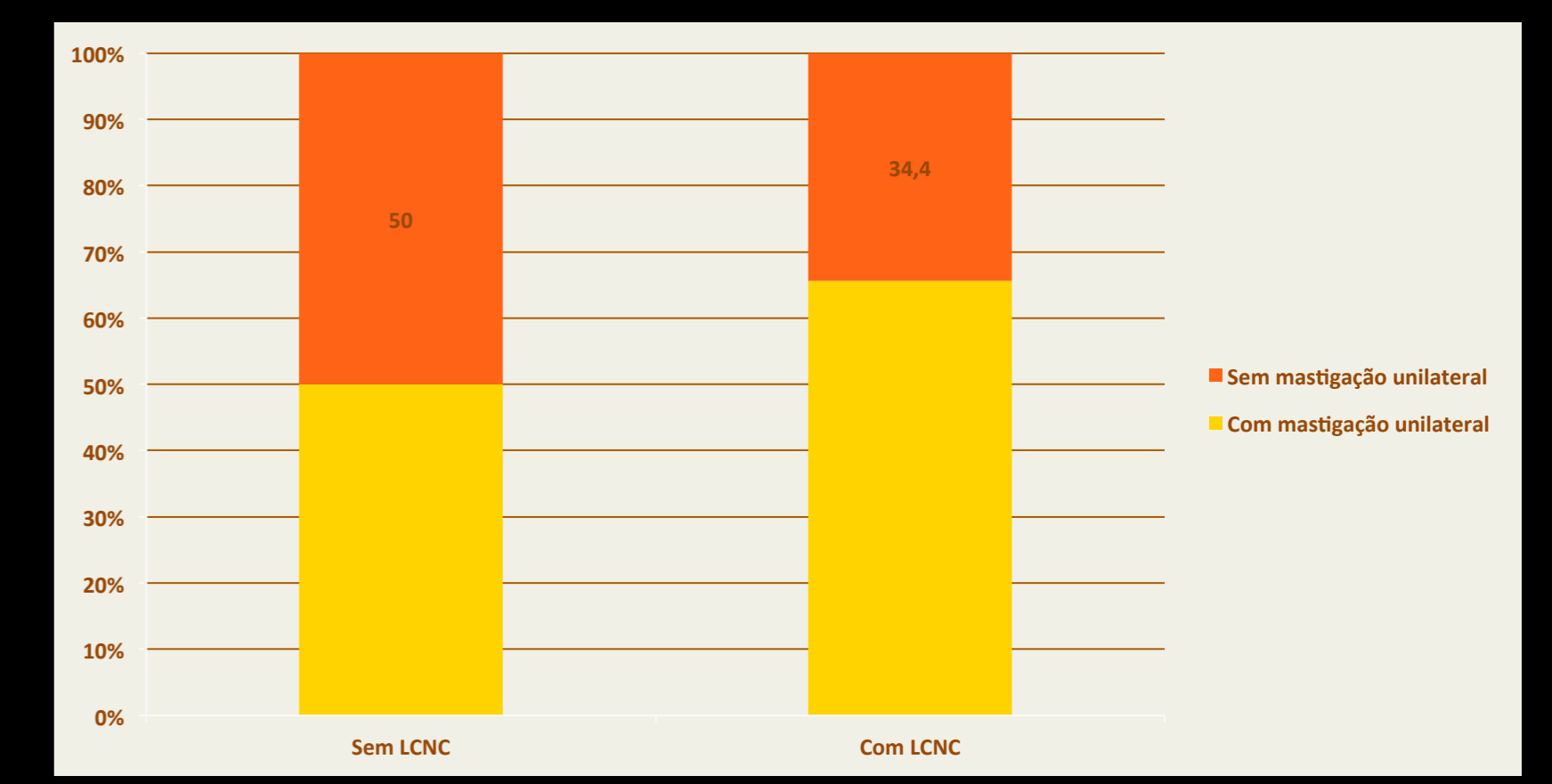


Gráfico 6 - Distribuição da frequência dos grupos quanto à mastigação unilateral

Apenas 10% referiu usar escova dura sendo que neste grupo houve menos doentes com LCNC (6,3%) do que sem LCNC (14,3%) (Gráfico 7).

Para doentes com escovagem agressiva, a percentagem de doentes com LCNC (37,5%) e sem LCNC (35,7%) foi semelhante (Gráfico 8).

Para o grupo de doentes que ingeria bebidas ácidas, a percentagem de doentes com (84,4%) e sem LCNC (92,9%) não apresentou uma grande variação (Gráfico 9).

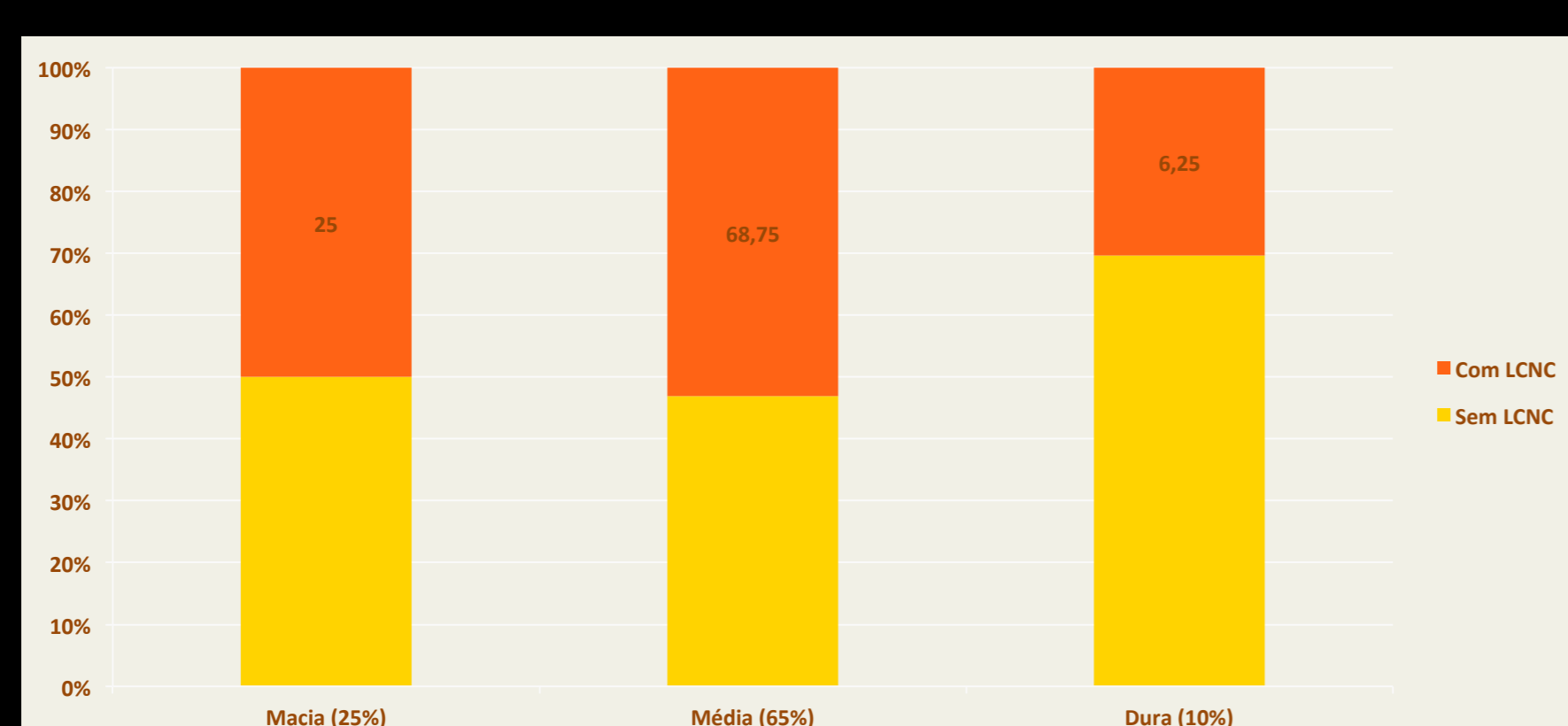


Gráfico 7 - Distribuição da frequência dos grupos quanto ao tipo de dureza da escova dentária.

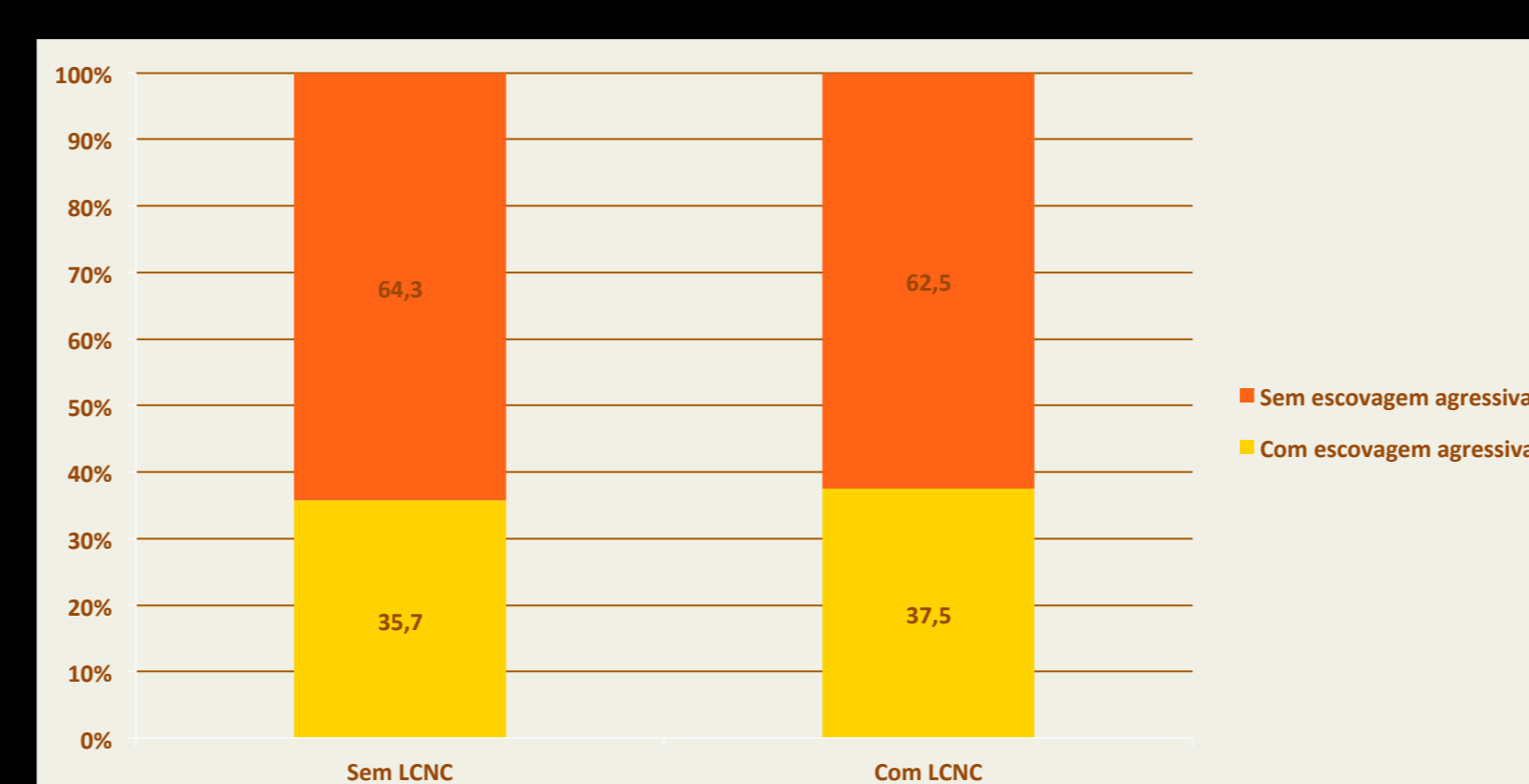


Gráfico 8 - Distribuição da frequência dos grupos quanto à escovagem dentária agressiva



Gráfico 9 - Distribuição da frequência dos grupos quanto à ingestão de bebidas ácidas.

## Discussão

Estudos recentes concluem que o número e o tamanho das LCNC são mais comuns nas faces vestibulares dos dentes (Wood I et al 2008), tendem a aumentar com a idade do paciente, podendo haver uma relação direta entre o stress transmitido ao dente, a profundidade da lesão e a diminuição de altura óssea (Guimarães JC et al, 2014). Considerando a alta incidência das LCNC, os estudos relacionados consistem em relatos de casos e revisões especulativas, sendo necessário um maior número de estudos epidemiológicos (Piotrowski BT et al, 2001).

## Conclusões

As LCNC foram prevalentes na maioria da amostra de indivíduos observados.

Não foi evidente a individualização de um factor único causal das LCNC, sugerindo-se uma etiologia multifactorial.

## Bibliografia

1)Bardsley PF. The evolution of tooth wear indices. Clin Oral Invest 2008; 12: 15- 19; 2)Bartlett D.W., Shah P. A Critical Review of Non-carious Cervical (Wear) Lesions and the Role of Abfraction, Erosion, and Abrasion. J Dent Res 2006; 85(4): 306- 312; 3)Aw TC, Lepe X, Johnson GH, Mancl L. Characteristics of noncarious cervical lesions: a critical investigation. J Am Dent Assoc 2002; 133: 725-733; 4)Borcic J, Anic I, Urek M, Ferreiri S. The prevalence of non-carious cervical lesions in permanent dentition. J Oral Rehabil 2004; 31: 117-123; 5) Braem M, Lambrechts P, Vanherle G. Stress-induced cervical lesions. J Prosthet Dent. 1992; 67(5): 718-22; 6) Wood I, Jawad Z, Paisley C, Bruton P. J Dent 2008 Oct;36(10):759-66; 7) Guimarães JC, Guimarães Soella J, Brandão Durand L, Horn H, Narciso Baratieri L, Monteiro S Jr, Belli R. Stress amplifications in dental non-carious cervical lesions. J Biomech 2014 Jan 22;47(2): 410-6; 8) Piotrowski BT, Gillette WB, Hancock EB. Examining the prevalence and characteristics of abfraction-like cervical lesions in a population of US veterans. J Am Dent Assoc 2001; 132: 1694-1701.