

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

Felipe Berti Zanella

**LESÕES NÃO CARIOSAS EROSIVAS DE ORIGEM INTRÍNSECA:
DIAGNÓSTICO PRECOCE E INTERDISCIPLINARIDADE**

Santa Maria, RS

2016

Felipe Berti Zanella

**LESÕES NÃO CARIOSAS EROSIVAS DE ORIGEM INTRÍNSECA:
DIAGNÓSTICO PRECOCE E INTERDISCIPLINARIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como
requisito parcial para obtenção do grau de
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^a.Dr^a. Roselaine Terezinha Pozzobon

Santa Maria, RS

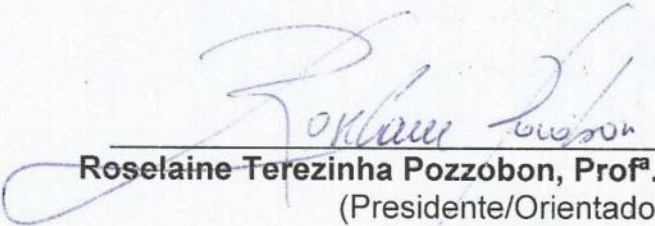
2016

Felipe Berti Zanella

**LESÕES NÃO CARIOSAS EROSIVAS DE ORIGEM INTRÍNSECA:
DIAGNÓSTICO PRECOCE E INTERDISCIPLINARIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como
requisito parcial para obtenção do grau de
Cirurgião-Dentista.

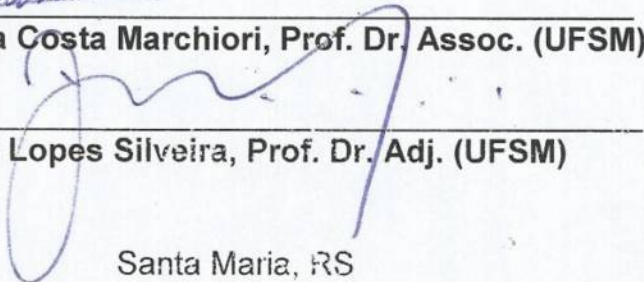
Aprovado em 20 de junho de 2016:



Roselaine Terezinha Pozzobon, Prof^a.Dr^a. Assoc. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Jeferson da Costa Marchiori, Prof. Dr. Assoc. (UFSM)



Bruno Lopes Silveira, Prof. Dr. Adj. (UFSM)

Santa Maria, RS
2016

AGRADECIMENTOS

Eu, Felipe, agradeço primeiramente a Deus que me permitiu chegar até aqui me dando saúde e força.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração, pela oportunidade de realizar o curso.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Roselaine Pozzobon, pela orientação, apoio, confiança, paciência e amizade.

A todos os professores por terem me proporcionado conhecimento e, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Aos meus pais Dilamar e Sonia, pelo amor, incentivo, apoio e por me ajudarem a superar todos os obstáculos.

Aos meus amigos e colegas pela amizade, por terem feito parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

E a todos que de certa forma fizeram parte de minha formação, direta ou indiretamente, obrigado.

RESUMO

LESÕES NÃO CARIOSAS EROSIVAS DE ORIGEM INTRÍNSECA: DIAGNÓSTICO PRECOCE E INTERDISCIPLINARIDADE

AUTOR: FELIPE BERTI ZANELLA

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ROSELAINÉ TEREZINHA POZZOBON

Os dentes, além das lesões de cárie, são acometidos por lesões sem envolvimento bacteriano denominadas Lesões não cariosas– LNC. A erosão, perda de estrutura por ação de ácidos de origem intrínseca ou extrínseca, exerce um importante papel para o estabelecimento de quadros generalizados de destruição dentária. As erosões intrínsecas são ocasionadas pela regurgitação do ácido gástrico, que se exterioriza na cavidade oral por meio de refluxo ou vômito. Algumas doenças de responsabilidade médica podem desenvolver erosões intrínsecas como a anorexia, bulimia e doença do refluxo gastroesofágico. O diagnóstico desses casos, por meio das perdas de estrutura dental avançadas é sugestivo, porém o desafio reside no diagnóstico precoce a fim de evitar o estabelecimento ou agravamento de lesões de erosão dental, através da multidisciplinaridade. O estudo teve como objetivo elaborar um roteiro com foco no diagnóstico precoce de erosão intrínseca. O protocolo utilizado foi desenvolvido por meio de informações da literatura científica e entrevistas com médicos especialistas cuja experiência clínica se refere ao tratamento de pacientes com problemas sistêmicos com possível desenvolvimento de erosão dental. O questionário piloto foi aplicado com acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria, mostrando-se autoexplicativo e de fácil e rápida aplicação. O uso deste roteiro é um instrumento para realizar o diagnóstico precoce com mais precisão e com abordagem interdisciplinar.

Palavras-chave: erosão dentária, ácidos intrínsecos, bulimia, anorexia, doença do refluxo gastroesofágico, diagnóstico precoce, vômito, abordagem interdisciplinar

ABSTRACT

NON-CARIOUS INTRINSIC EROSIVES LESIONS: EARLY DIAGNOSIS AND INTERDISCIPLINARITY

AUTHOR: FELIPE BERTI ZANELLA

ADVISOR: PROF^a. DR^a. ROSELAINÉ TEREZINHA POZZOBON

The teeth, beyond dental caries, are affected by injuries without bacterial involvement denominated non-cariou lesions- LNC. The erosion, structural loss by the intrinsic or extrinsic acids, its plays an important role in the establishment of generalized condition of dental destruction. The intrinsic erosion is caused by acid gastric regurgitation, which is externalized to the oral cavity by reflux or vomiting. Some medical responsibility disorders may develop intrinsic erosion, such as anorexia, bulimia and gastroesophageal reflux disease. The diagnosis of these cases by the advanced loss of dental structure is suggestive, but the challenge consist in early diagnosis in order to avoid the establishment or recrudescence of dental erosion, by multidisciplinary. The study, had as objective, elaborate a roadmap with focus in early diagnosis of intrinsic erosion. The protocol was developed through the scientific literature and interviews with medical experts which clinical experience refers to the treatment of patients witch systemic complications with possible erosion development. This study aimed to draw up a roadmap with a focus on early diagnosis of intrinsic erosion by means of a protocol that was based on information from. A pilot questionnaire was applied with academics of dental school of the Federal University of Santa Maria, it show up self-explanatory with easy and quick application. The use of this guide in an instrument to accomplish accurately early diagnosis and with an interdisciplinary approach.

Keywords: dental erosion, intrinsic acids, bulimia, anorexia, gastroesophageal reflux disease, early diagnosis, vomiting, interdisciplinary approach.

Sumário

INTRODUÇÃO	8
OBJETIVOS	9
MATERIAIS E MÉTODOS	9
RESULTADOS	10
CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS	27
Anexo 1— Protocolo para exame Odontológico com ênfase em lesões não cariosas	27

INTRODUÇÃO

Os dentes não são apenas destruídos por lesões de cárie, existe também um grupo de doenças, relativamente novas do ponto de vista antropológico, chamadas Lesões não cariosas: abrasão, atrição, abfração e erosão. Essas lesões podem causar extensas e generalizadas destruições dentárias dependendo da intensidade e duração do fator etiológico. As Lesões erosivas intrínsecas resultam da exposição ácida de origem estomacal. As Lesões não cariosas intrínsecas representam consequências de transtornos e doenças contemporâneas como bulimia, anorexia e doença do refluxo gastroesofágico^{29, 9,11}.

O cirurgião dentista deve realizar o diagnóstico ou a suspeita do quadro estando familiarizado com os sinais e sintomas iniciais que comumente aparecem, porém, só é possível pinçar casos mais incipientes com um roteiro organizado e que contenha perguntas sugestivas a um quadro ou predisposição de LNC⁵.

Um roteiro acessível e de fácil aplicabilidade com foco para LNC intrínsecas deve estar disponível ao clínico de modo a possibilitar o diagnóstico ou a suspeita e se necessário saber para qual especialidade médica mais adequada para encaminhar o paciente em questão. Um protocolo contendo um roteiro com ideias organizadas sistematicamente de modo a possibilitar que sejam diagnosticados ou encaminhados pacientes que certamente passariam despercebidos a rotina clínica odontológica.

A construção deste roteiro foi possível por meio da interdisciplinaridade entre a odontologia e a rotina clínica da Medicina, de modo a tornar o guia eficiente e sensível, uma vez que são doenças da área médica que resultam nas lesões erosivas intrínsecas.

O tratamento do paciente também deve envolver interdisciplinaridade, deve ser realizado simultâneo ao tratamento com médico psiquiatra ou gastroenterologista dependendo do que acomete o paciente em tratamento.

Alguns casos, quando houver comprometimento estético, é possível realizar um tratamento provisório, porém o ideal para um sucesso do tratamento restaurador com o mínimo de chances de falha é a realização de qualquer interferência somente após o paciente encontrar-se em situação de controle quanto à origem das erosões intrínsecas^{16, 5}.

OBJETIVOS

Objetivos gerais:

Contextualizar e estabelecer um Roteiro de diagnóstico de lesões não cáries intrínsecas que seja acessível e de prática aplicabilidade que possibilite o diagnóstico precoce, a partir de informações da literatura, da rotina clínica e da área médica.

Objetivos específicos:

Realizar um roteiro de exame simples e completo que nos de informações necessárias para o diagnóstico e detecção precoce do risco à erosão dental intrínseca, a partir de um piloto (teste de aplicabilidade);

Estabelecer estratégias de orientação preventiva sobre as doenças de origem sistêmica que podem estar relacionadas à erosão dental intrínseca baseada em informações interdisciplinares da área médica e odontológica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Primeira etapa: Foi realizada uma pesquisa para coleta de informações da literatura no banco de dados PubMed. A busca foi realizada por meio de palavras chave (dentre as usadas foram: lesões não cáries, erosão dental, bulimia, anorexia, doença do refluxo gastroesofágico, diagnóstico, odontologia, tratamento, erosões intrínsecas, manifestações clínicas, distúrbios alimentares, etiologia, manifestações extra esofágicas, e outras). A pesquisa foi realizada no

período de setembro de 2015 até março de 2016, onde procurou-se encontrar artigos, revisões de literatura e relatos de caso.

Segunda etapa: Para complementar os dados da literatura foram agendadas entrevistas com médicos e professores do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria nas especialidades de Gastrenterologia e Psiquiatria. A pesquisa visava levantar dados a respeito dos aspectos avaliados nas consultas clínicas de pacientes com suspeita de Doença do Refluxo Gastroesofágico, anorexia e bulimia.

Terceira etapa: Baseado das informações da primeira e da segunda etapa foi elaborado um roteiro para exame odontológico com ênfase em lesões não cariosas, buscando facilidade e simplicidade de aplicação, porém o mais completo possível quanto à sensibilidade.

Quarta etapa: Aplicação do roteiro desenvolvido na terceira etapa nas clínicas do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria para aferir a aplicabilidade do mesmo. Foram aplicados 40 questionários na clínica de dentística com acadêmicos do quarto e quinto semestre do curso de odontologia. Após correções sugeridas pelos acadêmicos foram aplicados mais 40 questionários junto à Clínica Integrada V com alunos do décimo semestre do curso de odontologia. (ANEXO 1)

RESULTADOS

Dos 40 questionários aplicados aos acadêmicos do quarto e quinto semestre do curso de odontologia da UFSM, o tempo de aplicação variou de 5 a 25min, com média de 13min06s. Pôde-se observar que o protocolo de exame se mostrou de fácil entendimento sendo autoexplicativo apesar de relativamente extenso, conforme relatado pelos acadêmicos e pelos pacientes entrevistados. Após as correções propostas pelos acadêmicos, realizou-se o ajuste de algumas perguntas assim como a adição de 3 questões sensíveis à pacientes com bulimia que poderiam reforçar alguma suspeita.

Dessa forma, mais 40 questionários foram aplicados com os acadêmicos do décimo semestre do curso de odontologia da UFSM, na clínica integrada V, com variação de 2 a 17min de aplicação e média de 9min01s sem maiores problemas ou dúvidas.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce das lesões não cariosas (LNC) constitui um grande desafio à clínica odontológica. As Lesões não cariosas são as abfrações, abrasões, atrições e erosões. As lesões erosivas subdividem-se em extrínsecas ou intrínsecas. As erosões intrínsecas geralmente são reflexo de algumas complicações médicas, entre elas a Anorexia, a Bulimia e a Doença do refluxo Gastroesofágico (DRG). Devido à extensa destruição dental que estes quadros podem gerar, um protocolo de diagnóstico e o conhecimento da adequada conduta de tratamento destas complicações são necessários à rotina clínica. Dessa forma, possibilitando que pacientes sejam diagnosticados precocemente, evitando extensas e irreversíveis destruições dentárias.

Complicações como estas, são relativamente novas, no entanto, com a evolução da humanidade, qualidade e longevidade de vida das pessoas, cada vez mais surge à busca por precauções em sua saúde. A valorização dos aspectos preventivos, bem como alimentação saudável, faz com que haja uma diminuição na incidência de doenças como a cárie dental, que consiste na dissolução ácida dos tecidos dentários com etiologia bacteriana, dessa forma, do ponto de vista odontológico, os dentes tendem a permanecerem mais saudáveis e com maior durabilidade. Contudo, outras patologias que também resultam na perda de tecido mineral dos dentes, sem a presença de bactérias, têm aumentado sua incidência. Este tipo de lesões são as chamadas lesões não cariosas (LNC) que, de acordo com a etiologia predominante, podem ser classificadas em abrasão, abfração, atrição e erosão.

A erosão dental é a dissolução da estrutura mineral devido à ação de ácidos ^{28, 8, 11, 9, 29} intrínsecos (refluxo gástrico ou vômito) e extrínsecos

(geralmente ácidos presentes na dieta, medicamentos de uso contínuo e outros) sem envolvimento bacteriano. Mesmo sendo conhecida a existência de interações entre as lesões não cariosas, a determinação dos agentes etiológicos primários não é totalmente elucidada, pois normalmente ocorrem simultaneamente^{29,9}, no entanto acredita-se que os principais danos são os causados pela erosão dental. Perimólise é o nome dado às erosões dentais que apresentam como causa a purga de conteúdos gástricos ácidos, que pode levar às grandes destruições com a cronicidade das disfunções que resultaram neste quadro, que por sua vez é um reflexo de complicações que requerem acompanhamento médico.

A erosão dentária intrínseca é causada pela atuação dos ácidos presentes nos conteúdos gástricos, que podem chegar à cavidade oral por duas maneiras, refluxo gastrointestinal ou vômito^{9,3}. Esta exposição dos dentes aos ácidos gástricos de maneira isolada e pouco frequente, portanto não causará grandes prejuízos, porém com patologias associadas ao vômito ou refluxo gástrico podem se estabelecer extensas e irreversíveis lesões na cavidade oral e até mesmo na saúde geral do paciente⁷.

A dissolução do esmalte dentário acontece a um pH crítico de 5.5^{15,30,9}, no entanto, o refluxo gástrico apresenta-se geralmente um pH inferior a 2, considerando que algumas frutas cítricas e bebidas possuem um pH tão baixo quanto ao suco gástrico, ou seja, substâncias extremamente ácidas para a estrutura dental, a desmineralização ou dissolução erosiva poderá ocorrer^{16,9}. Portanto, mesmo que a dissolução ocorra em um pH \pm 5.5 pode ocorrer variações nesta dinâmica de acordo com a concentração de íons cálcio e fosfato presentes na saliva, assim como sua capacidade de tamponamento¹⁶.

Extensas destruições dentárias, causadas pela perimólise, podem vir a aparecer conforme algumas disfunções, como reflexos dos tratamentos de responsabilidades médicas. Além da destruição dentária, xerostomia, sensibilidade dental, índices aumentados de cárie e doença periodontal podem se estabelecer¹. São considerados pacientes que podem apresentar perimólise

aqueles que têm Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRG)^{18, 19, 15, 13,9,}
Anorexia e Bulimia^{1, 3, 4,9, 13, 14, 24, 5}

A doença do refluxo gastroesofágico (DRG) é definida como o relaxamento muscular involuntário do esfíncter esofágico inferior, que permite refluxo ácido através do esôfago até a cavidade oral. Esta condição é relativamente comum com índices de prevalência mundial variando de 21 a 56% em alguns países¹. Pacientes com DRG apresentam maior risco para desenvolver erosões, comparado a indivíduos saudáveis¹⁵.

Uma das etapas deste trabalho foi realizar entrevistas com médicos que atuam em áreas relacionadas à distúrbios com repercussão associada à erosão de origem intrínseca como a DRG. Conforme entrevista com médicos gastroenterologistas, professores do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, foi possível constatar que todos indivíduos experimentam momentos de refluxo gastroesofágico no decorrer do dia. Mesmo sendo um processo fisiológico e equilibrado, alguns pacientes apresentaram um desequilíbrio e desenvolveram a Doença do Refluxo Gastroesofágico, uma doença crônica que pode trazer tanto complicações esofágicas quanto extra esofágicas. De acordo com os entrevistados, os sinais e sintomas mais comumente encontrados na clínica médica são pirose, também conhecida como azia e regurgitação, que consiste no refluxo de conteúdo gástrico exclusivamente, e em segundo plano a ruminação, quando há presença de alimentos. Outros sintomas esofágicos menos comuns são dor esofágica de origem não cardíaca e disfagia (dificuldade para deglutir). Alguns casos de DRG desenvolvem também alguns sintomas extra esofágicos como pigarro (irritação na garganta) rouquidão, tosse, erosões dentais e podendo levar até o desenvolvimento de um quadro asma em adultos.

Além desses sinais e sintomas que foram apontados pelos entrevistados como mais comuns, a literatura também apresenta outros possíveis fatores que também devem ser considerados: disfagia (dificuldade para deglutir), regurgitação de suco gástrico na boca (geralmente resulta em gosto azedo na boca), dor epigástrica e retroesternal (não cardíaca), asma,

laringite crônica, úlceras, granulomas e até na laringe, tosse crônica também foram relatados^{7,12}. Em caso de suspeita, deve-se realizar encaminhamento à um médico gastroenterologista para avaliação de DRG^{1, 10}. Pacientes que realizaram cirurgia bariátrica devem receber atenção especial devido ao decréscimo do pH ocasionado pela constante ingestão de açúcar, juntamente com o risco aumentado para DRG²¹. Eructações e azia são sintomas comuns da DRG, porém alguns pacientes não apresentam sintoma algum¹⁶. Disfagia não é muito comum e geralmente só aparecem em pacientes com DRGE de longa data²⁰. Conforme Ali Da, alguns sintomas orais da DRG podem incluir queimação e/ou sabor azedo na boca sem explicação, sensibilidade dental, perda de estética e da dimensão vertical de oclusão¹⁷. Segundo Smith e Ropp quando os episódios de regurgitação acontecem a noite o potencial de erosão é maior, uma vez que nesse período do dia o fluxo salivar diminui³³. Em indivíduos saudáveis, desconfortos ocasionais seguem alimentação em excesso ou uso de álcool. Consumo de comidas picantes ou apimentadas especialmente tarde da noite ou perto do momento de ir dormir podem causar sintomas temporários de DRG ^{34,35}.

As bordas incisais dos dentes anteriores são comumente afetadas pela erosão em pacientes que apresentem regurgitação ácida. Lesões cervicais linguais associadas com erosões incisais de incisivos inferiores é um forte indício para distinguir pacientes acometidos por erosão intrínseca daqueles que tem suas erosões ocasionados por ácidos de origem extrínseca¹³. Segundo Su JM., a severidade das erosões dentarias depende da duração e da frequência dos episódios de refluxo, PH e da quantidade de saliva³⁰.

É comumente aceito que a presença de pelo menos dois episódios de azia por semana já se pode considerar que o paciente apresenta DRG¹⁰. O diagnóstico médico da doença do refluxo gastroesofágico é clínico, podendo ser comprovado através do monitoramento dos níveis do PH do esôfago. A endoscopia não faz diagnóstico de DRG apenas mostra os reflexos esofágicos da doença. Dentistas comumente diagnosticam DRG por meio das erosões ou outros sinais extra esofágicos por ser uma condição patológica tão comum e com reflexos orais assintomáticos. Pacientes suspeitos de DRG devem ser

encaminhados ao gastroenterologista para diagnóstico definitivo e tratamento⁷. Um tratamento de sucesso de erosões causadas pela DRGE requer uma abordagem interdisciplinar juntamente com um gastroenterologista e com intervenção mínima¹⁶.

O tratamento da DRG pode ser não medicamentoso (elevar a cabeça para dormir e evitar comidas gordurosas e apimentadas) assim como a terapia com drogas por meio de antiácidos e inibidores da bomba de próton^{10, 32}. Os tratamentos propostos acima devem ser conduzidos por um médico, contudo, o papel do cirurgião dentista será de a partir de uma suspeita, encaminhar este paciente para o tratamento especializado a partir do conhecimento e observação de fatores presentes na cavidade oral e/ou relatados durante a anamnese guiados por um roteiro completo como o proposto no presente estudo.

Além da DRG, existem também alguns distúrbios alimentares que podem levar o paciente a passar por episódios de vômito com frequência, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, que são quadros complexos que afetam a saúde física e psicológica dos pacientes. Os distúrbios alimentares apresentam condições psicológicas que geralmente se iniciam na adolescência sendo que um dos motivos são as pressões sociais que levam, principalmente as mulheres, a adotarem meios extremos para se adequar aos padrões de beleza, acarretando sérios danos ao seu bem-estar físico^{5,25}. Um estudo da universidade de Oslo verificou a relação entre erosão dental e autoindução ao vomito e comprovou que a erosão está presente em 69,7% dos pacientes com este histórico³. Pôde-se verificar que 30% dos pacientes não apresentaram sinais de erosão dental e 69,7% apresentavam lesões, sendo que destes 76,1% apresentavam cinco ou mais dentes envolvidos e 26% dez ou mais dentes. Estas lesões eram mais frequentes em superfície palatal que vestibular com prevalência em pacientes jovens na média de idade de 27 anos³.

A anorexia caracteriza-se pela distorção da imagem corporal, onde o paciente magro se enxerga como gordo ou acima do peso, impulsionando o indivíduo a se expor a longos períodos de privação alimentar. Na Bulimia o

paciente apresenta também sofre a distorção de imagem, mas, por sua vez é apresenta crises de ingestão compulsiva de alimentos com subsequentes métodos compensatórios para evitar o ganho de peso, como a ingestão de medicamentos (laxantes, inibidores de apetite ou diuréticos), dietas inadequadas, exercícios físicos realizados de maneira inadequada, até mesmo abuso de drogas (cafeína e cocaína), mas o principal e mais relevante fator associado à erosão nesses indivíduos é o vômito^{1, 24, 3, 5, 6}. Pacientes com anorexia e bulimia apresentam risco mais elevado para perimólise que o restante da população quando em seu quadro está presente episódios de vômito, porém anoréxicos sem vômito apresentam lesões erosivas mais brandas²³. Existe uma sobreposição entre a anorexia e a bulimia, pacientes anoréxicos podem passar por episódios de compulsão alimentar e vômitos. Pacientes com bulimia apresentam compulsão ao vômito, porém também podem apresentar períodos de restrição alimentar^{5, 23}. Distúrbios alimentares raramente ocorrem após os 40 anos de idade⁴

A confirmação desta pesquisa foi realizada na etapa de entrevista realizada no presente estudo com médicos psiquiatras, professores do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria. Relatou-se a partir das experiências clínicas e acadêmicas dos médicos que, o paciente anoréxico normalmente apresenta um quadro de baixo peso, com recusa, receio ou medo de ganhar peso mesmo encontrando-se com um peso dentro da normalidade, sendo que este paciente apresenta um perfil com um índice de massa corporal (IMC) menor que 17.5 e distorção de imagem corporal. Além disso, ocorre casos de amenorreia em pacientes do sexo feminino, quadro no qual a pessoa fica pelo menos 3 ciclos sem menstruação. Os Pacientes com bulimia apresentam uma sintomatologia semelhante à anorexia, porém caracterizada por períodos de crise em que ocorre a ingestão compulsiva de alimentos com métodos para evitar o ganho de peso, realizando autoindução ao vomito ou outros meios compensatórios.

Outra observação feita pelo psiquiatra foi a baixa incidência de casos da nossa população, o que atribui a questões culturais, pois ele exemplificou que a Argentina apresenta uma incidência maior de casos devido a

consideração com um padrão de beleza feminina mulheres mais magras. Ele relatou ainda que um diagnóstico feito levando em consideração o IMC, pode ser complementado por meio de um exame questionário de distúrbios alimentares.

Após a etapa da entrevista, para possibilitar a elaboração de um guia completo, foi realizada uma busca na literatura atrás de dados complementares ao diagnóstico e que não foram mencionados pelos psiquiatras. Apesar das lesões de erosão destes pacientes serem de fácil diagnóstico e sugestivo nos quadros avançados, o diagnóstico precoce, quando estão presente apenas lesões erosivas incipientes é mais complexo e mais ainda nos casos em que a patologia instalada ainda não desenvolveu qualquer sinal de erosão dentária. Um minucioso exame clínico é muito importante após a aplicação do roteiro de diagnóstico, o clínico deve estar atento à presença de alguns sinais sugestivos para os distúrbios alimentares como o aumento assintomático das glândulas parótidas, xerostomia, irritação da mucosa, queiloses, sensibilidade dental térmica, mordida aberta anterior e cárie em superfícies radiculares^{5, 26, 27}. Trauma na mucosa, particularmente na faringe e no palato mole é universalmente reconhecido como uma sequela dos distúrbios alimentares e essas lesões são frequentemente atingidas e ocultadas por uma infecção secundária de *Candida*²². Como muitas vezes os sinais e sintomas destes quadros não estão estabelecidos e o paciente geralmente não percebe qualquer alteração na cavidade oral, é muito importante uma atenção especial à anamnese e ao exame clínico.

Considerando o aumento da frequência que a população tem acesso a profissionais da área da saúde como Dentistas, é definitivamente importante a atenção destes profissionais quanto a sintomatologia oral mais que a erosões dentária, uma vez que estas levam meses ou anos para se tornarem aparentes e do dano potencial a saúde do paciente como um todo que o diagnóstico tardio deixa de prevenir²². Os sinais clínicos incipientes das LNC são cruciais para possibilitar prematura descoberta da disfunção em questão e na busca e encaminhamento a um tratamento multidisciplinar precoce antes do estabelecimento de extensas lesões erosivas⁵.

Recentemente um estudo clínico realizado na Polônia com pacientes anoréxicos, cuja finalidade era analisar a atividade enzimática da saliva, resultou na conclusão de que as enzimas salivares apresentam adaptação ao quadro de desnutrição. Dessa forma, como foi demonstrado que uma grande série de enzimas-chave da saliva não perdem sua atividade diante do quadro de anorexia². Isto mostra que o baixo fluxo salivar não trará grandes influências na desmineralização, devido a manutenção do poder de tamponamento da saliva e este dado pode servir de alerta e deve ser investigado nos pacientes². A presença de xerostomia, juntamente com a sensibilidade dental (que muitas vezes é a queixa principal do indivíduo), deve receber atenção do dentista como um possível auxiliar no diagnóstico prévio ao estabelecimento de extensas lesões erosivas⁹. Por este motivo no roteiro proposto neste estudo foram inseridas perguntas que abordam exatamente a questão de boca seca, associada ao baixo fluxo salivar e à sensibilidade dental.

Outro aspecto que deve ser observado durante o exame intra-bucal e foi acrescentado ao roteiro no item exame clínico, relaciona-se à aparência das restaurações antigas dos pacientes, sendo uma importante pista, pois a estrutura dental que circunda as restaurações dissolve muito mais rápido que o material restaurador gerando “ilhas” de restauração salientes à estrutura dental^{1,9}.

Questões relacionadas à saúde mental e ao consumo frequente de bebidas alcoólicas também foram incluídas ao roteiro uma vez que o alcoolismo crônico pode gerar erosões com um padrão de localização dental semelhante ao encontrado nas condições patológicas da anorexia, da bulimia e da DRGE. Abuso ao álcool pode causar gastrites crônicas, podendo levar a vômitos recorrentes, regurgitação subclínica e erosões dentárias²⁰. Smith e Rpn enconstraram relação entre o alcoolismo e erosão dental mesmo nos casos e, em que não há franqueza do paciente quanto à presença de episódios de vômito³³.

As lesões erosivas intrínsecas apresentam padrões de localização diferenciados em relação às lesões de origem extrínseca^{13, 7}. As de origem extrínseca, decorrentes de ácidos provenientes da dieta, apresentam um padrão predominante de localização nas superfícies vestibulares dos dentes anteriores e oclusal de molares. Enquanto as lesões de origem intrínsecas (associada a vômitos e refluxo) apresentam um padrão de ocorrência na superfície palatina dos dentes superiores e superfície oclusal dos dentes inferiores^{1, 9, 7}.

Estas lesões apresentam uma evolução gradativa. Na maxila, os primeiros sinais de erosão ocasionada por refluxo gástrico pode ser percebida na superfície palatina dos incisivos superiores, pois a língua garante o contato constante do ácido gástrico com esta superfície. Com a continuidade da condição, oclusais dos dentes superiores também são atacadas em ambos os arcos, persistindo a exposição de ácidos gástricos na cavidade oral as superfícies vestibulares poderão ser atingidas. Na mandíbula, nos primeiros estágios a língua e as glândulas salivares maiores protegem os incisivos inferiores com o efeito de tamponamento da saliva constantemente presente neste sítio. Porém com a manutenção da presença de ácidos as superfícies oclusais e vestibulares serão acometidas²⁰

Por esse motivo a visualização das marcações no odontograma (anexo 1 ao roteiro) proposto podem servir para ilustrar o local predominante das perdas minerais e associado às respostas das questões feitas previamente facilitar o diagnóstico. Os padrões de localização das LNC ajudarão a confirmar se o profissional se encontra diante de uma erosão de origem intrínseca e /ou extrínseca guiando a conduta terapêutica e o adequado direcionamento do paciente para um tratamento multidisciplinar específico.

O planejamento clínico odontológico destes pacientes é muito delicado, visto que o tratamento acaba sendo ineficaz com a manutenção do hábito de vomitar, uma vez que os materiais restauradores são rapidamente destruídos pelo ácido gástrico. Estes pacientes não apresentam o mesmo risco da população à desmineralização, devido a previa presença de episódios erosivos,

tornando virtualmente impossível o tratamento sem recorrências quando não há remissão dos fatores causais⁵. Na presença de vômitos frequentes, a estratégia fundamental para o sucesso do tratamento é a remissão ou o fim deste quadro, de modo a possibilitar a estabilização do paciente que então estará apto a receber o tratamento odontológico. Esta evolução quanto aos hábitos do paciente só é possível com uma abordagem multidisciplinar do caso. É realizada por meio de uma equipe que poderá envolver no tratamento médico psicólogo, psiquiatra, gastroenterologista e nutricionista, associados ao dentista.

A utilização de um roteiro com perguntas diversas e abrangentes, porém com foco no diagnóstico de pacientes com risco à erosão intrínseca é um recurso importante, pois muitos pacientes, inicialmente, negam ter distúrbios alimentares. No entanto, o diálogo continuado e ao decorrer das consultas odontológicas o paciente pode divulgar a causa das extensas destruições presentes ou dos sinais ou sintomas predisponentes observados previamente⁵. Isso também foi confirmado num estudo realizado em 2014 na Northwestern University de Chicago, com 330 pacientes bulímicas do sexo feminino, que mesmo estando cientes de sua circunstância médica e dos riscos de seus hábitos, não discutiam sua situação com seu dentista e 84% dos pacientes da pesquisa relataram preferir buscar as informações a respeito de sua desordem alimentar na internet.¹ Várias razões para esta barreira profissional-paciente foram listadas no estudo, dentre elas, nervosismo, vergonha, embaraço ou medo.

O estudo ainda apresenta relatos em que pacientes sugeriam maneiras de favorecer a comunicação entre o paciente e o profissional da saúde, assim como a participação mais ativa no diálogo entre ambos, atender os pacientes com educação sem demonstrar empatias e julgamentos pelos mesmos, e garantir a privacidade total dos seus pacientes.

Quando estes detalhes observados foram introduzidos na anamnese, os pacientes mostraram-se aderentes às recomendações e cuidados oferecidos pelos seus dentistas¹. Comunicação aberta provém melhor

entendimento dos fatores contribuintes à condição e garante uma abordagem consistente do paciente⁵. Este dado justifica a extensão do questionário proposto no roteiro, pois mesmo sendo relativamente prolongado, em relação às fichas de anamnese disponíveis nas clínicas do curso de Odontologia da UFSM, este diálogo aberto provém uma quebra na barreira de comunicação que é essencial para o diagnóstico precoce. A maior barreira encontrada entre o profissional odontológico e o paciente é a comunicação e a forma de abordagem a respeito dos distúrbios, sendo assim, um importante papel do dentista é a partir do diagnóstico, explicar a necessidade de uma abordagem interdisciplinar fazendo uma orientação que seja clara e sem julgamentos⁴.

Como relatado em estudo realizado com 292 mulheres com bulimia, 83.6% realizavam escovação imediatamente após vomitar com água ou dentífrico¹. A exposição a vômitos frequentes, associado às condutas nocivas como, escovação com dentífricos muito abrasivos ou após um episódio de vômito podem aumentar a perda mineral e levar à hipersensibilidade dentinária o que poderá repercutir na qualidade de vida do paciente³¹.

Identificar possíveis situações de DRG ou de distúrbios alimentares como Anorexia e Bulimia é muito importante. Pois, considerando-se que a redução de danos possível com condutas de orientações preventivas, evitará o desenvolvimento de extensas destruições dentais. A identificação de sinais e sintomas clínicos possibilita um diagnóstico precoce e a condução do paciente para um tratamento numa visão multidisciplinar de atuação integral na busca de saúde no sentido mais amplo⁹.

Em virtude da complexidade do diagnóstico e da quantidade de sinais e sintomas que podem gerar suspeita de pacientes com alguma desordem já estabelecida, ou com risco para tal, torna-se necessário introduzir na rotina clínica um roteiro de diagnóstico com foco para lesões não cariosas. O que justifica a elaboração e sugestão do protocolo para exame odontológico com ênfase em lesões não cariosas no presente estudo, uma vez que ainda não existe tal roteiro nas clínicas de odontologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Com a aplicação experimental do roteiro proposto, como um teste piloto, o mesmo demonstrou ser simples, autoexplicativo, intuitivo e de fácil aplicabilidade. Dessa forma, podendo ser introduzido nas rotinas clínicas de acadêmicos e profissionais, o que certamente contribuirá para a uma abordagem interdisciplinar, associada com outros profissionais da área da saúde, na busca de tratamentos mais efetivos, considerando e entendendo o paciente por completo e indo além de dentes e estruturas anatômicas da cabeça e pescoço.

Considerando mais extenso que as fichas de anamnese disponíveis nas clínicas odontológicas da UFSM, o protocolo de exame desenvolvido foi considerado longo pelos acadêmicos que o aplicaram, determinando um tempo médio de 12 minutos. Contudo foi possível observar que o mesmo possibilitou iniciar o diálogo paciente-profissional, quebrando a barreira inicial na comunicação. Nos casos em que o paciente não relata sua condição ou até mesmo a desconhece, o questionário apresenta várias perguntas que possibilitam levantar a suspeita para alguma doença que possa acarretar em erosões intrínsecas.

Sugere-se que o roteiro proposto seja aplicado como protocolo, uma vez que se sabe do potencial deletério que esses quadros de erosão intrínseca apresentam e da chance de passar despercebido aos olhos do clínico caso não seja feito um minucioso exame clínico e histórico médico organizado sistematicamente para tal diagnóstico. Tal observação é corroborada por Liberali S., no qual sugere ser necessária uma revisão detalhada da história médica do paciente para avaliar o potencial à erosão quanto a presença de fatores etiológicos¹⁶. Itens aparentemente irrelevantes como idade, ou ciclo menstrual pode descartar ou sugerir risco ou presença de alguma desordem alimentar⁴. Destacando a importância de além de conhecimento prático, ser necessário uma consistente base teórica para interpretar os dados coletados no exame.

Somente a partir do estabelecimento de um correto e preciso diagnóstico será possível elaborar um plano de tratamento integral e personalizado para que o paciente tenha devolvida sua saúde no mais amplo sentido da palavra.

CONCLUSÃO

Conforme o estudo realizado, foi possível concluir que:

As informações obtidas por meio de uma ampla revisão de literatura e das entrevistas com médicos professores da UFSM foram importantes para o entendimento de fatores que levam ao surgimento de lesões não cariosas erosivas de origem intrínseca o que possibilitou elaborar um roteiro sugerido como protocolo para exame odontológico com características interdisciplinares que demonstrou ser preciso e de fácil aplicação.

Dessa forma, como não existe um roteiro específico para diagnóstico precoce de LNC, sugere-se que o mesmo possa ser implementado às clínicas do curso de Odontologia da UFSM, como recurso para a formação de um profissional com um perfil diferenciado, capaz de realizar um diagnóstico precoce e preciso bem como elaborar um plano de tratamento com enfoque interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. CONVISHER JH, FISHER SD, MITCHEL KB. J Oral Care behavior after purging in a sample of woman with bulimia nervosa (2014) NORTHWESTERN UNIVERSITY, CHICAGO Am Dent Assoc. 2014 Apr;145.
2. ELIZABETA P, NADINE S, AGNIESZKA S, MONIKA DW, MARTA DK, CHRISTIAN H. Salivary Enzyme activict in anorexic persons – a controled clinic TrialPonzan University, Polônia (11/03/2015) Clin Oral Investig. 2015 Mar 11
3. MM, Tveit AB, Stenhagen KR, Mulic A. Self-induced Vomiting and dental erosion- a clinical study(2014) University of Olso, Norway Uhlen. BMC Oral Health. 2014 Jul 29.
4. LITTLE JW Eating Disorders: Dental Implication (2002) - Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology Journal. Volume 93, No. 2 (February 2002).
5. LANCE R HAZELTON, MARY P FAINE. Diagnosis and Dental Management of Eating Disorder Patients, University of Washington, Seattle-Washington. Int J - Prosthodont. 1996 Jan-Feb.
6. ANGELICA M CLAUDINO, NANCY ZUCKER. Eating Disorders (seminar) (2010) Janet Treassure, The Lancet Journal - Volume 375, No. 9714, p583–593, 13 (February 2010).
7. AYSEDUNDAR, ABDULKADIRSENGUN Dental approach to erosive tooth wear in gastroesophageal reflux disease. Afriacn Health Sciences (jun-2014)
8. ZERO, D. T. Etiology of dental erosion – extrinsic factors. Eur J Oral Sci, v. 104, n. 2, p. 162-77, 1996.
9. HARDENAU, L. A.; NOBLE, W. H.; KAO, R. T. Diagnosis and management of dental wear. **J CalifDentAssoc**, v. 39, n. 4, p. 225-31, Apr 2011.
10. BARRON RP, CARMICHAEL RP, MARCON MA, SÀNDOR GK. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. J Can Dent Assoc. 2003 Feb
11. DONOVAN T. Dental erosion. J EsthetRestorDent. 2009

12. KIM GH. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Korean J Gastroenterol*. 2008 Aug
13. VALENA V1, YOUNG WG. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *AustDent J*. 2002 Jun
14. Oral manifestations of systemic disease. Chi AC, Neville BW, Krayner JW, Gonsalves WC. *AmFamPhysician*. 2010 Dec.
15. Dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. Picos A, Chisnoiu A, Dumitrasc DL. *AdvClinExp Med*. 2013 May-Jun.
16. Oral impact of gastro-oesophageal reflux disease: a case report. Liberali S1. *AustDent J*. 2008 Jun.
17. ALI DA, BROWN RS, RODRIGUEZ LO, MOODY EL, NASR MF. Dental erosion caused by silent gastroesophageal reflux disease. *J AmDentAssoc* 2002;133:734–737
18. HOLBROOK WP1, FURUHOLM J, GUDMUNDSSON K, THEODÓRS A, MEURMAN JH. Gastric reflux is a significant causative factor of tooth erosion. *J Dent Res*. 2009 May.
19. PICOS A, CHISNOIU A, DUMITRASC DL. Dental erosion in patients with gastroesophageal reflux disease. *AdvClinExp Med*. 2013 May-Jun.
20. BARTLETT DW1, EVANS DF, SMITH BG. J The relationship between gastro-oesophageal reflux disease and dental erosion. *Oral Rehabil*. 1996 May.
21. BARBOSA CS1, BARBÉRIO GS, MARQUES VR, BALDO VDE O, BUZALAF MA, MAGALHÃES AC. Dental manifestations in bariatric patients: review of literature. *J Appl Oral Sci*. 2009.
22. FRYDRYCH AM1, DAVIES GR, MCDERMOTT BM. Eating disorders and oral health: a review of the literature. *AustDent J*. Março de 2005.
23. The distribution of erosion in the dentitions of patients with eating disorders. Robb ND1, Smith BG, Geidrys-Leeper E. *Br Dent J*. 1995 Mar 11;178(5):171-5.

24. WALTER A. BRETZ, DDS, Dr PH. Oral profiles of bulimic women: Diagnosis and management. What is the evidence? *J EvidBasedDentPract.* 2002 Dec; 2(4): 267–272.

25. BROWN S BONIFAZI DZ. An overview of anorexia and bulimia nervosa and the impact of eating disorders on the oral cavity. *Compend Contin Educ Dent* 1993;14:1594-1608

26. ABRAMS RA. Oral Signs and symptoms in the diagnosis of bulimia 1986

27. ROBERTS MW Oral findings in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a study of 47 cases. 1987

28. GANSS C1, YOUNG A, LUSI A. Tooth wear and erosion: methodological issues in epidemiological and public health research and the future research agenda. *Community Dent Health.* 2011 Sep;28(3):191-5.

29. NUNN JH. Prevalence of dental erosion and the implications for oral health. *Eur J Oral Sci.* 1996 Apr;104(2 (Pt 2)):156-61.

30. SU JM, TSAMTSOURIS A, LASKOU M. Gastroesophageal reflux in children with cerebral palsy and its relationship to erosion of primary and permanent teeth. *Journal of the Massachusetts Dental Society* 2003; 52: 20-24.

31. LUSI A1, CARVALHO TS. Erosive tooth wear: a multifactorial condition of growing concern and increasing knowledge. *Monogr Oral Sci.* 2014;25:1-15. doi: 10.1159/000360380. Epub 2014 Jun 26.
32. LARS LUNDELL, MARTIN BELL, AND MAGNUS RUTH. Systematic review: Laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease in partial responders to proton pump inhibitors. *World J Gastroenterol.* 2014 Jan 21; 20(3): 804–813.

33. SMITH, B.G.N. & ROBB, N.D. (1989) Dental erosion in patients with chronic alcoholism. *Journal of Dentistry*, 17, 219

34. ALLEN, M.L., MELLOW, M.H., ROBINSON, M.G. & ORR, W.C. (1990) The effect of fraxon ion on acid reflux and reflux symptoms. *American Journal of Gastroenterology*, 85, 377.

35. SCHONFELD, J.V., CHONG, Y.Y. & EVANS, D.F. (1993) Fatty meals provoke gastro-oesophageal reflux (GOR) in healthy volunteers (abstract). *Gut*, 34, si.

ANEXOS

Anexo 1— Protocolo para exame Odontológico com ênfase em lesões não cariosas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ODONTOLOGIA

PROTOCOLO PARA EXAME ODONTOLÓGICO COM ÊNFASE EM LESÕES NÃO CARIOSAS

Nome do paciente: _____ Idade: _____

Sexo: ()M ()F

Endereço: _____

Profissão: _____ Telefone(s) para contato: _____ / _____

-Motivo da consulta: _____

1 – Saúde Geral

1.1-Está ou esteve sob tratamento médico nos últimos 5 anos? ()SIM ()NÃO

Motivo: _____

1.2-Quais especialidades médicas já foram procuradas? () Clínico Geral () Gastroenterologista

() Cardiologista () Psiquiatra () Ginecologista () Urologista

Outros: _____

Motivo: _____

1.3-Já esteve hospitalizado?()SIM ()NÃO

Motivo: _____

1.4-Tem algum problema de saúde geral? (sublinhar a especificidade)

()Diabetes ()Cardíaco-Pressão ()Problemas Respiratórios-asma, tosse, renite, sinusite

()Problemas Nervosos-ansiedade, depressão ()Problemas Gástricos-refluxo, azia, má digestão

1.5-Já fez cirurgias?()SIM ()NÃO 1.5.1.Qual? _____

1.6-Costuma sangrar muito?()SIM ()NÃO 1.7-Demora cicatrizar? ()SIM ()NÃO

Porque: _____

Porque: _____

1.8-Costuma sentir tonturas ou desmaios?()SIM ()NÃO

1.8.1. Sabe o motivo: _____

1.9-Faz uso de medicação?()SIM ()NÃO

Nome da medicação: _____ Motivo: _____

Nome da medicação: _____ Motivo: _____

Nome da medicação: _____ Motivo: _____

Nome da medicação: _____ Motivo: _____

Observações sobre o uso: _____

1.10-Tem alguma alergia? ()SIM ()NÃO Qual: _____

1.11-Sabe sua altura e peso atual? Altura: _____ Peso: _____

1.12-Seu peso manteve-se estável nos últimos 10 anos?.....()SIM ()NÃO

1.13-Considera-se acima do peso? ()SIM ()NÃO ()Um pouco

1.14- Já fez ou faz dietas para perder peso? ()SIM ()NÃO Teve Resultado?()SIM ()NÃO

1.15-Apresenta irritação na garganta (pigarro) sem causa aparente?..... ()SIM ()NÃO

1.15.1.Sabe o motivo? _____

1.16-Apresenta rouquidão (matinal) sem causa aparente?()SIM ()NÃO

1.16.17. Sabe o motivo? _____

1.17-Apresenta tosse seca?()SIM ()NÃO

- 1.17.1. Se sim, sabe o motivo? _____
- 1.18-Apresenta episódios de gastrite?()SIM ()NÃO () Às vezes
- 1.19-Você tem azia?()SIM ()NÃO () Às vezes
- 1.20-Apresenta náusea e vômito?()SIM ()NÃO () Às vezes
- 1.21-Você tem(arrotos) eructações frequentes?()SIM ()NÃO
- 1.21.1. Sabe o motivo? _____
- 1.22-Você apresenta sensação de má digestão?()SIM ()NÃO
- 1.22.1 Sabe o motivo? _____
- 1.23-Apresenta dificuldade para deglutir?()SIM ()NÃO
- 1.23.1. Como: _____
- 1.24-Apresenta dores na boca do estômago?()SIM ()NÃO
- 1.24.1. Quando: _____
- 1.25-Apresenta dores no peito não relacionadas ao coração?()SIM ()NÃO

2- Saúde Mental

- 2.1-Com relação ao seu estado psicológico considera-se uma pessoa nervosa?..()SIM ()NÃO
- 2.2-Tem fobias? (medos)()SIM ()NÃO
- 2.3-Toma bebidas alcoólicas?()SIM ()NÃO
- 2.3.1. Frequência:() 1 vez na semana() 2 ou mais vezes na semana ()1 vez ao dia
() 2 ou mais vezes ao dia Qual bebida:_____
- 2.4-Fuma?()SIM ()NÃO
- 2.4.1.Quantidade:_____
- 2.5-Fez ou faz uso de alguma droga?(maconha, cocaína, crack, anfetamina..... ()SIM ()NÃO
- 2.5.1. Se sim, qual: _____ 3.5.2. Ainda usa? ()SIM ()NÃO
- 2.6-Já se sentiu culpado a respeito de seu padrão alimentar?..... ()SIM ()NÃO

2.7-Você se sente depressivo quando come demais? ()SIM ()NÃO

2.8-Se você ganhar peso, você se sente fora de controle? ()SIM ()NÃO

3- Saúde bucal

3.1-Escova os dentes após as refeições?()SIM ()NÃO Quanto tempo após? _____

3.2-Que tipo de escova faz uso?() Extra Macia () Macia () Média () Dura

3.2.1Quantas vezes ao dia?() 1 vez ao dia () 2 a 3 vezes ao dia () 4 vezes ou mais ao dia

3.3-Seus Dentes doem?()SIM ()NÃO () Às vezes

3.3.1. Porque/Como? _____

3.4-Percebe seus dentes desgastados/menores?()SIM ()NÃO () Às vezes

3.4.1. Porque? _____

3.5-Percebe trincas nos seus dentes?()SIM ()NÃO () Às vezes

3.6-Sente seus dentes apresentarem as bordas finas/ pontas e cantos afiados?()SIM ()NÃO

3.7-Percebeu alteração de estética dental nos últimos tempos?()SIM ()NÃO

3.7.1. Se sim, de que tipo? (ex.: cor, brilho, textura, opacidade)_____

3.8-Percebe mal hálito, gosto ruim, hálito forte ou sabor azedo na boca?()SIM ()NÃO () Às vezes

3.8.1. Sabe o motivo:_____

3.9-Apresenta a boca seca?()SIM ()NÃO () Às vezes

3.9.1. Sabe o motivo: _____

3.10- (SÓ PARA MULHERES) Já passou alguma vez por um quadro de amenorreia?(3 ou mais meses sem menstruação)()SIM ()NÃO

3.10.1. Se sim, sabe o motivo? _____

4- Exame Clínico Odontológico com foco em Lesões não cariosas

4.1-Aspecto das Mucosas:()Normal ()Inflamada ()Abrasionada ()Edemaciada

4.2-Apresenta sensibilidade dental?()SIM ()NÃO

































4.2.1. Se sim, sensibilidade a que?() Frio () Calor () Toque () Escova

Outros: _____ () Alimentos ácidos () Alimentos Doces

4.3- Apresenta restaurações salientes ----- “ilhas de amálgama” “ilhas de Resina Composta”

() SIM () NÃO Localização: _____

MARQUE A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES NÃO CARIOSAS (Pintar as faces comprometidas)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Descrever o formato e a possível etiologia(causa): _____

OBSERVAÇÕES:

Estratégias para o tratamento preventivo/restaurador (planejamento)

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____
- 7- _____
- 8- _____
- 9- _____
- 10- _____

