

Faculdade Sete Lagos - FACSETE

Marcelo Francisco de Meo Garrote

**PERIMÓLISE OU EROSÃO ÁCIDA, UMA REALIDADE CADE VEZ
MAIS PRESENTE NO DIA A DIA DO CIRURGIÃO DENTISTA.**

BRAGANÇA PAULISTA
2021

Marcelo Francisco de Meo Garrote

**PERIMÓLISE OU EROSÃO ÁCIDA, UMA REALIDADE CADE VEZ
MAIS PRESENTE NO DIA A DIA DO CIRURGIÃO DENTISTA.**

Monografia apresentada no programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE como requisito para a obtenção parcial do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Me. Fernando Alves Feitosa

Bragança Paulista
2021

Garrote, Marcelo Francisco de Meo

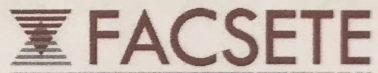
PERIMÓLISE OU EROSÃO ÁCIDA, UMA REALIDADE
CADE VEZ MAIS PRESENTE NO DIA A DIA DO CIRURGIÃO
DENTISTA/ Marcelo Francisco de Meo Garrote - 2021

Total de folhas: 26

Orientador: Prof. Me. Fernando Alves Feitosa

Monografia para conclusão do Curso de Especialização em Prótese
Dentária pela FACSETE - Faculdade Sete Lagoas, 2021.

Palavras Chave: Perimólise, Erosão Ácida, Perda D.V.O.



Faculdade Sete Lagoas

Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016

Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

MARCELO FRANCISCO DE MEO GARROTE

PERIMÓLISE OU EROSÃO ÁCIDA, UMA REALIDADE CADA VEZ MAIS
PRESENTE NO DIA A DIA DO CIRURGIÃO DENTISTA

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu*
da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção
do título de especialista em PRÓTESE DENTÁRIA

Área de concentração: PRÓTESE

Aprovado em 01/12/2021 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Alexandre Luiz Carvalho de Oliveira – UMESP - SBC

Prof. Fernando Alves Feitosa – UNG – GUARULHOS

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO PRIMEIRAMENTE À DEUS POR TUDO QUE ELE TEM REALIZADO EM MINHA VIDA.

AGRADEÇO AO MEU PAI, MEU MAIOR E MAIS FIEL INCETIVADOR, FORMADOR DO MEU CARÁTER.

AGRADEÇO AOS MEUS IRMÃOS, COLEGAS DE PROFISSÃO E COPATROCINADORES DESSE TÍTULO ANA LÍDIA E CARLOS EDUARDO.

AGRADEÇO A MINHA ESPOSA MANOELA E MEU FILHO FELIPE, POR TODO APOIO E COMPREENSÃO DURANTE ESSA LONGA JORNADA.

AGRADEÇO AO PROF. ME. FERNANDO ALVES FEITOSA, IDEALIZADOR MENTOR DA TRANSFORMAÇÃO DA MINHA VIDA PROFISSIONAL.

AGRADEÇO AO PROF. ME. ALEXANDRE LUIS DE OLIVEIRA, COM TODA CÉRTEZA, SEM AS MÃOS DELE, NADA DISSO SERIA POSSÍVEL.

AGRADEÇO DE CORAÇÃO AOS PROFESSORES, HEDILSO GADDINI, RENATA CANÇADO E GUSTAVO PROL, POR TODA DEDICAÇÃO, CONHECIMENTO E PACIÊNCIA.

AGRADEÇO AOS MEUS COLEGAS DE TURMA, LEVAREI-OS SEMPRE NO MEU CORAÇÃO.

SENTIREI SAUDADES....

RESUMO

PERIMÓLISE, perda progressiva e IRREVERSÍVEL de tecido dental duro por processo químico que não envolve ação bacteriana. Caracterizada pela dissolução do esmalte e dentina causada por ácidos de origem interna ou externa ao organismo humano. Podemos classificar esse tipo de patologia hoje como uma das doenças mais presentes na odontologia, de maior gravidade, tanto pelo difícil diagnóstico assim como pela dificuldade do tratamento que é sempre multidisciplinar, assim como a conscientização do paciente para questão de mudanças de hábitos e costumes. Relacionando a uma ingestão freqüente de alimentos ácidos, em sua maioria industrializados, exposição aos sucos estomacais resultantes de refluxo gástrico, vômitos/regurgitações freqüentes, uso contínuo de certas medicações, associados a uma técnica de escovação não apropriada com dentífricos abrasivos, os resultados são alarmantes. As conseqüências são desde uma simples sensibilidade dentinária, até mesmo à uma exposição pulpar, encontramos ainda neste hiato, diastemas, bordas incisais finas, serrilhadas, perda de dimensão vertical, restaurações flutuantes devido a perda de estrutura de esmalte que circunda as restaurações, podemos classificar todas essas características de colapso oclusal. Tratamento efetivo está interligado com um diagnóstico precoce, podendo ir desde uma simples complementação com fluoretos 0,05%, à uma reabilitação completa. Ressaltamos essa revisão de literatura, como ferramenta para melhor diagnóstico, não abordaremos técnicas, tão pouco planos de tratamento.

Palavras chave: perimolise, erosão ácida, perda DVO

ABSTRACT

PERIMOLYSIS, progressive and IRREVERSIBLE loss of hard dental tissue by a chemical process that does not involve bacterial action. Characterized by the dissolution of enamel and dentin caused by acids of internal or external origin in the human body. We can classify this type of pathology today as one of the most common diseases in dentistry, with greater severity, both because of the difficult diagnosis and the difficulty of the treatment, which is always multidisciplinary, as well as the patient's awareness of changes in habits and customs. Relating to a frequent ingestion of acidic foods, mostly industrialized, exposure to stomach juices resulting from gastric reflux, frequent vomiting/regurgitation, continuous use of certain medications, associated with an inappropriate brushing technique with abrasive dentifrices, the results are alarming . The consequences range from a simple dentinal sensitivity, even to a pulp exposure, we still find in this hiatus, diastemas, fine incisal edges, serrated, loss of vertical dimension, floating restorations due to loss of enamel structure that surrounds the restorations, we can classify all these features of occlusal collapse. Effective treatment is linked to an early diagnosis, ranging from a simple supplementation with 0.05% fluoride, to a complete rehabilitation. We emphasize this literature review as a tool for better diagnosis, we will not address techniques, nor treatment plans.

Keywords: perimolysis, acid erosion, DVO loss

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista Frontal, aspecto clínico quadro perimólise avançada.

Figura 2: Vista lateral, aspecto clínico quadro Perimólise avançada.

Figura3: Vista lateral, aspecto clínico quadro de Perimólise avançada.

Figura 4: Vestibular dentes 33, 34 e 35, quadro avançado Perimólise.

Figura 5: Vestibular dentes 43, 44 e 45, quadro avançado Perimólise.

Figura 6: Aspecto Clínico quadro inicial de Perimólise.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Etiologia, manifestações clínicas, e sintomatologia da perimólise..	11
2.2 Importância do diagnóstico precoce e tratamento da perimólise....	14
2.3 Possíveis causas para o aumento de casos de perimólise.....	16
3 DISCUSSÃO	17
4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	19
4.1 CASO CLÍNICO 1.....	19
4.2 CASO CLÍNICO 2.....	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

1 INTRODUÇÃO

O esmalte dental humano passa por um processo fisiológico de desgaste durante o cumprimento do seu ciclo biológico. Esse desgaste caracteriza-se por uma contínua perda de estrutura dental, que se observa principalmente nas faces oclusais, tendendo a aumentar com a idade do indivíduo e com tempo que esse dente esteve em função mastigatória na cavidade bucal (Nys- tröm et al., 1990).

Desgastes dentários são facilmente encontrados em exames clínicos, estes podem se apresentar de variadas formas e também ocorrer em regiões dentais específicas, sendo sua etiologia classificada de forma multifatorial (Cruz da Silva, Vasconcelos, & Vasconcelos, 2019).

Os desgastes nas superfícies dos dentes são classificados como o “Triplo A”;

1-**Abrasão**: ocorrência de fricção mecânica no dente por agentes externos (escovação);

2-**Atrição**: contato de dente com dente (oclusão);

3-**Abfração**: perda da estrutura dentária cervical provocada por tensões nesta região (má oclusão). (Cruz da Silva et al., 2019; Daniel, Ricci, Boeck, Bevilacqua, & Cerqueira-Leite, 2015; Kulkarni, Rothrock, & Thompson, 2020; Maltarollo et al., 2020).

Assim, a erosão dentária do tipo perimólise, é caracterizada pela desmineralização ácida progressiva de estrutura dental sem o envolvimento de ação bacteriana, ocorrendo este desgaste por meio de agentes químicos endógenos (Belila et al., 2021; Cruz da Silva et al., 2019; Daniel et al., 2015; Picos et al., 2020).

Perimólise pode ter sua origem de maneira extrínseca, depende das particularidades do estilo de vida do paciente, assim como a dieta, ambientes de trabalho (exposição a gases industriais), consumo de alguns medicamentos que alteram a acidez bucal, alcoolismo crônico, misturas de álcool com energéticos, refrigerantes, estas formas de erosão podem estimular o agravamento dos efeitos já instalados pela forma intrínseca (Canto et al., 2020; Cruz da Silva et al., 2019; Daniel et al., 2015; Kulkarni et al., 2020; Picos et al., 2020).

Os desgastes erosivos por causas extrínsecas são bastantes comuns em relação às variadas mudanças de hábitos alimentares, pois o ser humano cada vez mais faz consumo de alimentos industrializados, que em grande maioria apresentam substâncias ácidas como conservantes em sua composição, que contribuem para o aparecimento da perimólise (Daniel et al., 2015).

Já na sua forma intrínseca, esta se encontra diretamente ligada pelo vômito/arrotos/regurgitação do conteúdo estomacal para o esôfago, que conseqüentemente chega a orofaringe e a cavidade oral, onde estes conteúdos se encontram com um pH muito baixo, afetando o esmalte e a dentina (Belila et al., 2021; Chockattu et al., 2018; Cruz da Silva et al., 2019; Picos et al., 2020).

O diagnóstico desta patologia, pode ser controverso e desafiador, podendo passar despercebido em estágios iniciais, e ainda na dificuldade do próprio paciente não fornecer informações dos possíveis fatores causais por não terem conhecimento da relação dos problemas gástricos com problemas dentais e ainda por este tipo de lesão dentária envolver fatores psicológicos, quando associadas a doenças como a anorexia nervosa e bulimia (Cruz da Silva et al., 2019; Daniel et al., 2015).

2 Revisão de Literatura

2.1 Etiologia, manifestações clínicas, e sintomatologia da perimólise

A Odontologia está em constante evolução, a cada dia mais buscando conceitos relacionados a promoção de saúde, aliados ao aumento da expectativa de vida. Contudo, mudanças nos hábitos alimentares e também de comportamento podem contribuir para o aparecimento de lesões advindas da perda de estrutura dentária (Catelan et al., 2010).

A perda da estrutura dental, não sendo por motivo cariioso, acontece de forma fisiológica ao passar dos anos, entretanto, esta é considerada patológica quando o grau de destruição ocorre de forma excessiva, levando a problemas tanto de natureza funcional e/ou estética, podendo atrapalhar a qualidade de vida do paciente (Catelan et al., 2010; Shitsuka, Ibuki, Nogueira, Mendes, & Bonecker, 2018).

Existem diferentes formas crônicas de ocorrência da destruição dentária, que levam a perda irreversível da superfície externa do dente,

diante disso, a perimólise se classifica como um tipo de erosão dentária, que provoca seus efeitos por meio da destruição química advinda de ácidos de origem endógena, sem a ocorrência de envolvimento bacteriano (Catelan et al., 2010; Chockattu et al., 2018; Kulkarni et al., 2020; Maltarollo et al., 2020; Picos et al., 2020; Ranjitkar et al., 2012; Santana, Silva, Paiva, Cardoso, & Silva, 2018).

Devido à sua etiologia estar relacionada a fatores intrínsecos, esta patologia comumente se dá pelo retorno do ácido gástrico, que tem um pH muito baixo (menor que 2), em razão de refluxos que podem ser causados voluntariamente (auto induzido) ou de forma involuntária (Catelan et al., 2010; Chockattu et al., 2018; Cruz da Silva et al., 2019; Milosevic, 2017).

O período gestacional (ocorrência de refluxos e vômitos principalmente durante o primeiro trimestre), assim como problemas gastrintestinais como a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) que é uma condição médica bastante comum, também podem estar associados (Castilho, Foratori-Junior, & Sales-Peres, 2019; Catelan et al., 2010; Cruz da Silva et al., 2019; Daniel et al., 2015; Kulkarni et al., 2020; Milosevic, 2017).

Existe grande prevalência de quadros de erosão dentária em pacientes com DRGE (se caracteriza por alterações na mucosa esofágica que resulta em refluxo do conteúdo do estômago para o esôfago) sendo assim, o exame odontológico deve ser introduzido nos protocolos de investigação no paciente com esta doença, para que lesões dentárias sejam diagnosticadas nos seus estágios iniciais, visto que as lesões orais não são percebidas pelos pacientes (podendo passar despercebidas também pelo médico), evitando-se grandes perdas de tecido mineralizado, contudo, a utilização de antiácidos se mostrou eficiente para efeito protetor contra a erosão dentária intrínseca (Correa, Lerco, Cunha, & Henry, 2012; Kulkarni et al., 2020; Picos et al., 2020; Ranjitkar et al., 2012; Santos, 2016).

Dentro do contexto social moderno, observa-se que a maioria das disfunções gastrintestinais ocorre em pessoas que tentam seguir um padrão de beleza estabelecido pela mídia, que na maioria das vezes, esse ideal de ter um corpo magro leva a tais distúrbios psicossomáticos, o que leva a grandes danos sociais e psicológicos (Alves, Paula, Neto, Júnior, & Cabral, 2018; Daniel et al., 2015; Santos et al., 2015)

Diante disso, as lesões erosivas intrínsecas aparecem inicialmente nas superfícies palatinas dos dentes superiores, pois a força da regurgitação se inicia a partir da região da faringe, seguindo em direção

à cavidade bucal, onde ocorre o impulsionamento do suco gástrico para frente, causando danos nessas superfícies primeiramente, e nas oclusais dos dentes posteriores inferiores posteriormente (Alves et al., 2018; Chockattu et al., 2018; Santos, 2016; Kunde et al., 2017).

Os sinais da perimólise que podem ser facilmente encontrados em um estágio inicial (desde que o exame clínico bucal não seja realizado de forma superficial) incluem um esmalte de superfície brilhante (liso, e vitrificado), com a borda de esmalte próximo a margem gengival intacto, amarelamento da dentina subjacente, e translucidez na borda incisal aumentada (Cruz da Silva et al., 2019; Maltarollo et al., 2020; Santana et al., 2018).

Em casos mais avançados, observa-se bordas fraturadas, perda da dimensão vertical, ocorrência na superfície lingual dos dentes anteriores inferiores (esta costuma estar mais “protegida” pelo constante contato com a saliva), escavação/depressões côncavas das superfícies oclusais dos dentes inferiores, onde os pacientes podem ser assintomáticos. A erosão palatina costuma passar despercebida pelos pacientes, pois estas superfícies não são visíveis, e raramente a exposição pulpar acontece (Cruz da Silva et al., 2018; Daniel et al., 2015; Kunde et al., 2017; Milosevic, 2017; Ranjitkar et al., 2012; Santos, 2016; Shitsuka et al., 2018).

Vale ressaltar a importância da saliva em todo este processo, pois ela é um dos principais elementos responsáveis pela ocorrência de homeostase na cavidade bucal e também no trato digestivo, a saliva contém o potencial para tamponar (neutralizar) o ácido advindo do estômago, diante disso ajuda a combater a perimólise, mas em casos que os pacientes por algum motivo sofrem de hipossalivação e/ou xerostomia, tal patologia se agrava mais rapidamente, podendo ser indicado o uso de saliva artificial (Catelan et al., 2010; Correa et al., 2012; Ranjitkar et al., 2012; Shitsuka et al., 2018).

Importante dizer também que os dentes erodidos com ácido são mais suscetíveis à ocorrência de abrasão, pois sua superfície se torna mais amolecida, devendo-se então ser ensinado ao paciente a não escovar os dentes imediatamente após episódios de regurgitação (Milosevic, 2017).

2.2 Importância do diagnóstico precoce e tratamento da perimólise.

O grande desafio se tratando dos casos de perimólise é o seu diagnóstico, que muitas vezes acaba passando despercebido pelo profissional Cirurgião-dentista principalmente em seus estágios iniciais, e essa incapacidade pode levar a danos significativos tanto nos dentes como no sistema mastigatório (Daniel et al., 2015; Santos, 2016).

O diagnóstico correto e precoce promove melhores condições de prevenção e formas de tratamento para o paciente, daí a importância do profissional ter conhecimento de todas as suas características (sinais e sintomas), bem como dos fatores etiológicos (Cruz da Silva et al., 2019).

Nos casos que são diagnosticados em estágios já avançados, nem sempre os fatores etiológicos são prontamente identificados, visto que os pacientes podem não saber o que pode ser, ou apresentar a DRGE de forma desconhecida, ou ainda a questão de não estarem dispostos a falar sobre seus transtornos alimentares ao profissional, por terem vergonha ou se sentirem constrangidos, e a partir disso, o tratamento acaba se tornando mais complexo podendo necessitar da reabilitação oral generalizada (Cruz da Silva et al., 2019; Milosevic, 2017).

Importante salientar que a DRGE muitas vezes quando ainda não foi diagnosticada por trazer consigo “reflexos silenciosos”, coloca o Cirurgião-dentista como o primeiro profissional da saúde a suspeitar da presença desta doença a partir da observação da erosão dentária presente nos dentes de forma inexplicada pelo paciente, associado a relatos de gosto azedo ou ácido na cavidade bucal e disgeusia (alterações no paladar) (Kunde et al., 2017; Ranjitkar et al., 2012).

A partir disso, o Cirurgião-dentista precisa também estar preparado para consequente encaminhamento do indivíduo para uma avaliação que será multiprofissional, que muitas vezes se torna uma tarefa difícil motivar os pacientes a procurarem essa ajuda, principalmente psicológica (daí a importância do vínculo profissional-paciente) pois o paciente pode negar a existência da própria doença, e o diagnóstico e tratamento desses transtornos requerem uma abordagem transdisciplinar, com o Cirurgião-dentista dentro desta equipe (Daniel et al., 2015; Santos et al., 2015)

Para o diagnóstico precoce da perimólise, muito importante também a realização de uma ótima anamnese, dando ênfase não só as questões odontológicas do paciente mas também de toda a sua história médica,

como questões médicas que podem predispor o paciente a erosão dental, uso de medicamentos que podem provocar a diminuição do fluxo salivar, e também muita atenção em aspectos que levam ao diagnóstico diferencial de lesões erosivas causadas por fatores exógenos de fatores endógenos que é a observação das superfícies que estão sendo ou que foram afetadas pela desmineralização (Catelan et al., 2010; Cruz da Silva et al., 2019).

Casos de ocorrência da desmineralização nas superfícies palatinas tanto dos dentes superiores anteriores quanto na região lingual dos inferiores anteriores, levam a sugestão diagnóstica de que o ácido é de origem endógena, já a erosão associada a superfícies vestibulares dos dentes anteriores leva a erosão por fatores exógenos como exemplo alimentação ácida (Cruz da Silva et al., 2019).

Nos últimos anos houve significantes alterações no estilo de vida das pessoas, e também na qualidade da alimentação da população, tais como o aumento do consumo de bebidas industrializadas, como sucos e refrigerantes, e também bebidas estimulantes como isotônicas (muito consumida por atletas) e energéticos, sendo consumidos diariamente, o que promove acentuado aumento de lesões não cáries nos dentes (Moretto, Pedra, Carvalho, Silva, & Fernandes, 2017).

Tais bebidas possuem um pH abaixo de 5, ou seja, abaixo do pH crítico para dissolver o esmalte (pH = 5,5), e possuem uma grande variedade de componentes ácidos (como o ácido cítrico), que promovem a desmineralização do esmalte dentário. O ácido cítrico, além do seu pH reduzido tem uma propriedade quelante em relação ao cálcio, assim, além de promover a desmineralização compromete o processo de remineralização (Fontineli, & Vieira, 2019; Moretto et al., 2017)

Inicialmente, o Cirurgião-dentista deve fornecer informações importantes sobre a higienização bucal, como não escovar os dentes imediatamente após os episódios (esperar pelo menos 20 minutos), pois como já mencionado, os dentes sofrendo ataque ácido são mais susceptíveis à abrasão, bem como fazer a utilização de escovas extra macias, pasta de dente menos abrasivas e com maior concentração de flúor (5000ppm) ou com produtos naturais, utilização de antiácidos após o vômito, estímulo do fluxo salivar com chicletes sem açúcar, para os pacientes que apresentam xerostomia, orientação para a utilização de soluções para bochecho com água e bicarbonato de sódio, ou bochechos com fluoreto de sódio à 0,05% (para neutralização do pH ácido da boca), aplicações tópicas de flúor ou terapias dessensibilizantes (Chimbinha, Jácome, Silva, Barreto, & Costa, 2019;

Daniel et al., 2015; Milosevic, 2017; Santana et al., 2018; El achkar et al., 2012).

A perda da estrutura dental é irreversível, mesmo após a cura da desordem alimentar, daí é importante dizer que trabalhos restauradores definitivos deverão ser realizados somente quando o paciente obter controle do hábito de purgação (Chimbinha et al., 2019; El achkar et al., 2012; Kunde et al., 2017; Santos et al., 2015).

Juntamente com a terapia restauradora, a terapia preventiva também deve ser realizada, como o uso terapêutico de flúor, bochechos, o reforço das orientações de higiene oral para manutenção do tratamento realizado, e também a conscientização dos pacientes que induzem os episódios de vômito sobre os riscos na cavidade bucal decorrente de tal prática (Daniel et al., 2015; El achkar et al., 2012).

Entretanto nem todos as pessoas apresentam a perimólise, visto que, sua gravidade e progressão estão relacionadas a fatores como tempo e duração da doença, a frequência, quantidade de saliva para a neutralização do ácido e hábitos de higiene (Alves et al., 2012; Alves et al., 2018; Chimbinha et al., 2019; Soares, 2018).

2.3 Possíveis causas para o aumento de casos de perimólise

Segundo (El Achkar et al., 2012), o número de casos de transtornos alimentares vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos, estimulado pela sociedade moderna que elege a magreza um tipo de símbolo de sucesso e beleza.

A juventude é um período propenso para a ocorrência de insatisfação com o próprio corpo, ocorrem várias mudanças tanto físicas, como sociais e psicológicas (que podem influenciar no comportamento alimentar da pessoa) além da forte influência dos meios de comunicação que fazem os jovens encontrarem-se na constante busca de padrões ideais de beleza, sendo assim, este grupo da população apresenta maiores chances em desenvolver algum tipo de transtorno, pois ainda não possuem critérios e valores próprios para conseguirem evitar tais modelos estéticos vigentes (Bittar, & Soares, 2020; Ferreira, & Macri, 2021; Kunde et al., 2017; Maciel, & Cé, 2017).

A idade média de tal ocorrência geralmente está entre os 17 a 25 anos, contudo, podendo ocorrer desde o início da adolescência, com prevalência no sexo feminino, e vale salientar que a maioria dos

padrões de beleza idealizados é impróprio ou até mesmo impossível de ser seguido pela maioria da população, trazendo angústia e frustração às pessoas(Bittar, & Soares, 2020; Ferreira, & Macri, 2021; Maciel, & Cé, 2017; Soares, 2018).

3 Discussão

A perimólise é a perda irreversível de tecido dental que se caracteriza pela ação de ácidos de origem endógena na cavidade bucal, sendo de extrema importância ressaltar a participação do Cirurgião-dentista perante o diagnóstico desta patologia, que está diretamente ligada à pacientes que se encontram em quadros de transtornos alimentares como a Bulimia e Anorexia nervosa (Ferreira, & Macri, 2021).

Nesta revisão narrativa da literatura, baseado nos artigos pesquisados, observa-se a dificuldade do diagnóstico precoce da perimólise, visto que apresenta variadas características clínicas e que inicialmente, podem passar despercebidas pelo profissional, que, tem grande probabilidade de ser um dos primeiros profissionais a ter contato com suas características e possivelmente diagnosticar sua etiologia, e que quando mais cedo a identificação e detecção dos transtornos alimentares em adolescentes e crianças, melhor será o prognóstico para esses pacientes (Alves et al., 2012).

Em uma pesquisa realizada por (Maciel, & Cé, 2017), sobre o conhecimento dos Cirurgiões-dentistas sobre as manifestações orais em pacientes portadores de transtornos alimentares, contando com um total de 100 profissionais, que por meio de questionários para verificação de tal conhecimento, foi constatado que, sobre o conhecimento a respeito da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, 94% dos participantes possuíam pouco conhecimento, 4% possuíam muito conhecimento, e 2% não tinham conhecimento em relação a esses dois transtornos alimentares.

E já em relação ao diagnóstico de pacientes com transtornos alimentares, 74% dos participantes indicaram que talvez saberiam diagnosticar, 22% indicaram que sim, que saberiam diagnosticar, e 4% indicaram que não saberiam diagnosticar.

Concluiu-se então que o conhecimento teórico dos Cirurgiões-dentistas sobre tais transtornos compromete o diagnóstico das alterações encontradas tanto nos tecidos moles como nos tecidos duros da cavidade oral.

Existe um consenso nos trabalhos estudados desta revisão, que a associação de uma eficiente anamnese e as informações conseguidas após a realização de minucioso exame clínico, favorecem o diagnóstico precoce, e que na suspeita da presença de algum transtorno o Cirurgião-dentista tenha a habilidade de falar sobre o assunto de forma que não deixe o paciente constrangido, mas sim que conquiste sua confiança para que ele fale sobre seus hábitos, problemas gastrointestinais, e emocionais, e assim, o profissional propor um encaminhamento aos profissionais competentes, e tratamento multidisciplinar, .

Diante de tudo, vale ressaltar que os objetivos desta revisão foram alcançados, possibilitando maior agregação de conhecimento para os Cirurgiões-dentistas que não tem grande entendimento sobre os transtornos alimentares bem como das suas manifestações na cavidade bucal.

Entretanto, mais estudos abrangendo tais assuntos na atualidade se fazem necessários, para a obtenção de maior compreensão das características bucais associadas aos transtornos e formas de abordagem ao paciente.

4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Encontramos dentro da classe odontológica, enormes dificuldades para diagnosticar a Perimólise/Erosão ácida, na maioria das vezes pela falta de conhecimento da Patologia, assim como pela não utilização de uma das melhores “ferramentas” empregadas na odontologia, a FOTOGRAFIA. Utilizando uma câmera fotográfica com lente macro ou mesmo um smartphone da nova geração, é possível captarmos imagens com detalhes que o olho humano não é capaz de enxergar, a imagem estática e magnificada nos traz uma infinidade de informações. Por esse motivo, o uso de imagens é praticamente um pré-requisito para iniciarmos um diagnóstico, assim como o conhecimento anatômico e textura dos elementos dentais. Nas imagens a seguir, veremos 3 situações distintas, onde inicialmente veremos um caso bastante severo de Perimólise seguido por perda significativa de estrutura dental e conseqüentemente perda de DVO.

4.1 Caso Clínico 01-Diagnóstico: Paciente A.H.F.P., sexo masculino, 38 anos, apresentou-se com queixa de “estética/desgaste e sensibilidade dentária”. Foram realizados anamnese, exame clínico, exames radiográfico e fotografias intra-orais. Após coleta de dados, foi realizado estudo, diagnóstico e “possível” plano de tratamento. Foram necessárias algumas horas de conversa, confiabilidade profissional e conforto do paciente, para que este pudesse fornecer possíveis causas para erosão ácida tão severa. Paciente relatou uso, no início da fase adulta, de cocaína por um breve período (18 meses), posteriormente apresentou com frequência azia/má digestão (problema presente até os dias de hoje), uso frequente de refrigerantes desde infância e por fim uso de suplementos para atividade física há mais de 10 anos. Como relatado anteriormente, as resultantes endógenas da perimólise, são severamente agravadas pelas exógenas conforme podemos constatar no caso abaixo, onde a fotografia obteve um papel secundário nesse caso, os sinais clínicos estão evidentes. Fotos 01, 02, 03, 04 e 05.



Foto 01: Vista Frontal, aspecto clínico quadro perimólise avançada.



Foto 03: Vista lateral, aspecto clínico quadro de Perimólise avançada.



Foto 02: Vista lateral, aspecto clínico quadro Perimólise avançada.



Foto 04: Vista Vestibular dentes 43, 44 e 45, quadro avançado Perimólise



Foto 04: Vista Vestibular dentes 33, 34 e 35, quadro avançado Perimólise

4.2 Caso Clínico 02-Diagnóstico: Paciente R. S. A., sexo feminino, 29 anos, apresentou-se com queixa de sensibilidade generalizada e dentes amarelados. Após coleta de dados e exames, constatou-se após avaliação fotográfica, sensível lisura, vitrificação, brilho excessivo na superfície vestibular dos dentes, característicos de perimólise associada com abrasão (escovação), e também abfração em estágio inicial nos pré-molares. Foto 06.



Foto 06: Aspecto Clínico quadro inicial de Perimólise.

Na maioria das vezes em casos de perda inicial de esmalte como o mostrado acima, apenas um tratamento conservador se faz necessário, porém a maior dificuldade está na mudança de hábitos alimentares, diagnóstico de possíveis Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), distúrbios alimentares, utilização correta de escova dental e dentifrícios, para que assim possamos desacelerar a progressão da patologia, visto que a paciente apresenta apenas 29 anos de idade. Em casos de Perimólise/Erosão Ácida, Perda de DVO, temos que avaliar dentre tantos aspectos odontológicos, avaliar a idade do paciente e grau de desgaste que este se encontra, para assim, planejarmos de forma eficaz um plano de tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas evidências disponíveis, a erosão dental do tipo perimólise, perda de DVO está frequentemente associada a transtornos alimentares, mau hábito alimentar, DGRE, onde esta tem uma progressão de forma lenta, com sinais frequentemente sutis, o que geralmente causa falha no diagnóstico precoce, fazendo com que passe despercebida.

Assim, para que seu diagnóstico em estágios iniciais seja realizado, é necessário conhecimento da patologia e também seus fatores etiológicos, realização de excelente exame clínico que juntamente com dados da anamnese, o profissional seja capaz de realizar tal diagnóstico, conseguindo evitar a progressão para estágios mais avançados e conseqüentemente tratamentos mais complexos, bem como, saber realizar o manejo do paciente frente a percepção da presença de transtornos alimentares.

Podemos dizer estarmos diante de uma “Pandemia” de Erosão Ácida, Perimólise e Perda de DVO, fruto de um estilo de vida imposto por uma sociedade comprometida com a estética a qualquer preço e a qualquer custo, fruto de vivermos cada vez mais industrializados, fruto de cada vez quisermos mais “ter” do que “ser”, fruto de um caminho que não sabemos ainda qual será o resultado final, mas evidências já nos mostram que não será, nem de longe, saudável.

Referências Bibliográficas

Alves, K. C., Paula, P. N. R. de., Neto, A. J. F., Júnior, P. C. S., & Cabral, L. C. (2018). Manifestações orais dos transtornos alimentares: revisão de literatura. *Demetra*, 13 (4), 783-792. 10.12957/demetra.2018.31360. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/31360>.

Alves, M. do S. C., Lucena, S. C. de., Araujo, S. G., & Carvalho, A. L. A. (2012). Diagnóstico clínico e protocolo de tratamento do desgaste dental não fisiológico na sociedade contemporânea. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 11 (3), 247-251. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882012000300014#:~:text=O%20desgaste%20dental%20que%20ocorre,estar%20relacionados%20a%20desgaste%20excessivo.

Belila, N. de M., Martins, R. J., Garbin, A. J. I., Moimaz, S. A. S., Chaves Neto, A. H., & Garbin, C. A. S. (2021). Análise da saúde bucal e parâmetros bioquímicos salivares de mulheres com anorexia e bulimia nervosa. *Research, Society and Developmen*, 10 (3), e8710312971. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.12971>. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12971>.

Bittar, C., & Soares, A. (2020). Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.*, 28 (1), 291-308. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1920>. <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/mfTpzZ6F3YhywBGx5tVLkgx/abstract/?lang=pt>.

Canto, F. M. T. et al. (2020). Comparative Effect of Calcium Mesoporous Silica Versus Calcium and/or Fluoride Products Against Dental Erosion. *Braz Dent J.*, 31 (2), 164-170. 10.1590/0103-6440202002557. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32556016/>.

Castilho, A. V. S. S., Foratori-Junior, G. A., & Sales-Peres, S. H. de C. (2019). Impacto da cirurgia bariátrica no refluxo gastroesofágico e no desgaste dental: uma revisão sistemática. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, 32 (4), e1466. <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1466>. <http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202019000400501&lng=en&nrm=iso.

Catelan, A., Guedes, A. P. A., Santos, P. H. (2010). Erosão dental e suas implicações sobre a saúde bucal. *RFO UPF*. 15 (1). http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122010000100015&script=sci_arttext.

Chimbinha, I. G. M., Jácome, A. do N., Silva, G. G. da., Barreto, M. J. R., & Costa, I. C. C. (2019). Transtornos alimentares e manifestações orais em adolescentes. *Revista Ciência Plural*, 5 (3), 1-20. <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/19204>.

Chockattu, S.J. et al. (2018). Tratamento da erosão dentária induzida por refluxo gastroesofágico com estratificação direta de resina composta auxiliada por matriz flexível de tala. *Odontologia restauradora e endodôntica*, 43 (1). <https://doi.org/10.5395/rde.2018.43.e13>. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816990/>,

Correa, M. C. C. S. F., Lerco, M. M., Cunha, M. L. R. S. da., & Henry, M. A. C. A. (2012). Salivary parameters and teeth erosions in patients with gastroesophageal reflux disease. *Arq. Gastroenterol.* São Paulo, 49 (3), 214-218. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000300009>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000300009&lng=en&nrm=iso.

Cruz da Silva, E. T., Vasconcelos, R. G., & Vasconcelos, M. G. (2019). Lesões cervicais não cariosas: considerações etiológicas, clínicas e terapêuticas. *Revista cubana de estomatologia*. Ciudad de La Habana, 56 (4): e1998. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000400011&lng=es&nrm=iso.

Daniel, C. P., Ricci, H. A., Boeck, E. M., Bevilacqua, F. M., & Cerqueira-Leite, J. B. B. (2015). Perimolysis: case report. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol.*, Campinas, 63 (2), 213-218. <https://doi.org/10.1590/1981-863720150002000122397>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-863720150002000122397&lng=en&nrm=iso.

El Achkar, V. N. R., Back-Brito, G. N., & Koga-Ito, C. Y. (2012). Saúde bucal de pacientes com transtornos alimentares: o marcante papel do cirurgião-dentista. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 24 (1), 51-56. ISSN 1983-5183. <https://doi.org/10.26843/>

ro_unicid.v24i1.355. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/355>.

Ferreira, T. E., & Macri, R. T. (2021). Manifestações clínicas orais de pacientes com bulimia e a importância do cirurgião dentista: uma revisão bibliográfica. *Revista Interciência – IMES*, Catanduva, 1 (5). <https://www.fafica.br/revista/index.php/interciencia/article/view/251>.

Fontineli, J. G., & Vieira, L. E. C. (2019). *Bebidas Isotônicas Associadas Com A Ocorrência De Lesão De Cárie E Erosão Dental: revisão integrativa da literatura*. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Uninovafapi, Teresina. https://assets.uninovafapi.edu.br/arquivos/old/arquivos_aca_demicos/repositorio_Biblioteca/odontologia/20191/BEBIDAS%20ISOT%C3%94NICAS%20ASSOCIADAS%20COM%20A%20OCORR%C3%80NCIA%20DE%20LES%C3%83O%20DE%20C%C3%81RIE%20E%20EROS%C3%83O%20DENTAL%20revis%C3%A3o%20integrativa2.pdf.

Kulkarni, A., Rothrock, J., & Thompson, J. (2020). Impact of Gastric Acid Induced Surface Changes on Mechanical Behavior and Optical Characteristics of Dental Ceramics. *J Prosthodont.*, 29 (3), 207-218. 10.1111/jopr.12716. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29333707/>.

Kunde, F. R., Mitinguel, L. H., Bellato, A., & Moreira, M. A. (2017). Perimólise em pacientes portadores de bulimia nervosa do tipo purgativa: revisão de literatura. *Revista de Divulgação Científica da ULBRA Torres*, 13 (3). <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ci/article/view/4004>.

Maciel, N. L., & CÉ, L. C. (2017). Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre manifestações orais em pacientes portadores de transtornos alimentares. *Journal of Oral Investigations*, 6 (1). <https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/1026>.

Maltarollo, T. H., Pedron, I. G., Medeiros, J. M. F., Kubo, H., Martins, J. L., & Shitsuka, C. (2020). A erosão dentária é um problema!. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9 (3), e168932723. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2723>. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2723>.

Milosevic, A. (2017). Acid Erosion: An Increasingly Relevant Dental Problem. Risk Factors, Management and Restoration. *Prim Dent J.*, 6

(1), 37-45. 10.1177/205016841700600105. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28376962/>.

Moretto, M. J., Pedra, F. P. G., Carvalho, M. O., Silva, J. P. P., & Fernandes, S. L. (2017). Erosão dentária provocada por bebidas ácidas. *Revista Saúde Multidisciplinar*, 4 (1). <http://revistas.famp.edu.br/revistasaudemultidisciplinar/article/view/47>.

Patterson-Norrie, T., Ramjan, L., Sousa, M. S., Sank, L., & George, A. (2020). Eating disorders and oral health: a scoping review on the role of dietitians. *Journal of Eating Disorders*, 8 (49). <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-020-00325-0>.

Picos, A. et al. (2020). Factors associated with dental erosions in gastroesophageal reflux disease: a cross-sectional study in patients with heartburn. *Med Pharm Rep.*, 93 (1), 23-29. 10.15386/mpr-1332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32133443/>.

Ranjitkar, S., Smales, R. J., & Kaidonis, J. A. (2012). Oral manifestations of gastroesophageal reflux disease. *J Gastroenterol Hepatol.*, 27 (1), 21-7. doi: 10.1111/j.1440-1746.2011.06945.x. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22004279/>.

Santana, N. M. S., Silva, D. R., Paiva, P. R. R., Cardoso, A. M. R., & Silva, A. C. B. (2018). Prevalência de erosão dentária e fatores associados em uma população de escolares. *Rev. odontol. UNESP*, Araraquara, 47 (3), 155-160. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.03518>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772018000300155&lng=en&nrm=iso.

Santos, F. D. G., Cardoso, I. C. G., Alves, D. C. B., & Mendonça, S. M. S. (2015). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 27 (1), 33. doi:https://doi.org/10.26843/ro_unicid.v27i1.242. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/242>.

Santos, J. A. dos. (2016). *Manifestações orais em pacientes com a doença do refluxo gastroesofágico: estudo caso-controle*. Tese – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25973>.

Shitsuka, C., Ibuki, F. K., Nogueira, F. N., Mendes, F. M., & Bonecker, M. (2018). Avaliação do estresse oxidativo da saliva de crianças com

erosão dentária. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, 16 (2), eAO4203.
<https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4203>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000200208&lng=en&nrm=iso.

Soares, M. A. (2018). *A importância do cirurgião-dentista no diagnóstico da bulimia*. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão. <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/7298>.