



**ISABEL BAUMGRATZ**

**A RELAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COM A EROÇÃO DENTÁRIA NA  
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

**Sinop/MT  
2019**

**ISABEL BAUMGRATZ**

**A RELAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COM A EROSÃO DENTÁRIA NA  
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade de Sinop - FASIPE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Isadora Gonçalves Tabacchi Amorim

**Sinop/MT  
2019**

**ISABEL BAUMGRATZ**

**A RELAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COM A EROSÃO DENTÁRIA NA  
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de ODONTOLOGIA - FASIPE, Faculdade de Sinop, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em ODONTOLOGIA.

Aprovado em: 04/07/2019.

---

**Isadora Gonçalves Tabacchi Amorim**  
Professora Orientadora  
Departamento de Odontologia – FASIPE

---

**Robson Ferraz**  
Professor Avaliador  
Departamento de Odontologia – FASIPE

---

**Pâmela Freitas Aguiar**  
Professora Avaliadora  
Departamento de Odontologia – FASIPE

---

**Giulienne Passoni**  
Coordenadora do Curso de Odontologia  
FASIPE - Faculdade de Sinop

**Sinop-MT  
2019**

BAUMGRATZ, Isabel. **A relação da alimentação com a erosão dentária na infância e adolescência.** 2019. Trabalho de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

### RESUMO

A erosão dentária é caracterizada pela perda de tecidos duros do dente, sem o envolvimento bacteriano. O conhecimento dessa condição, de origem multifatorial, é de extrema importância, pois sua prevalência vem aumentando nos últimos anos e um dos motivos deve-se à mudança alimentar das crianças e adolescentes, que ingerem cada vez mais bebidas e alimentos ácidos no dia a dia. Além disso, sabe-se que a dentição decídua é mais sensível às lesões oriundas da erosão dentária, pois possui uma estrutura relativamente mais frágil quando comparada à dentição permanente, e quando afetada, se não tratada corretamente, pode causar danos aos dentes permanentes. Este trabalho tem o intuito de abordar sobre erosão dentária na infância e na adolescência, sua etiologia, suas consequências nas dentições decídua e permanente e meios de tratamentos utilizados, mas, principalmente, sua relação com a alimentação. Para sua realização, foram utilizados artigos e livros que abordam esse tema. Os profissionais devem orientar seus pacientes e estimular esse cuidado desde o início, pois quanto mais cedo os fatores de risco forem identificados, maior a chance de prevenção de possíveis lesões erosivas. Além disso, é de responsabilidade do cirurgião dentista o conhecimento das características clínicas dessas lesões, para que seja estabelecido um plano de tratamento adequado e eficaz para o paciente.

**Palavras-chave:** Comportamento Alimentar. Desgaste dos Dentes. Erosão Dentária.

### ABSTRACT

Dental erosion is characterized by the loss of hard tissues of the tooth, without bacterial involvement. The knowledge of this condition, of multifactorial origin, is extremely important, because its prevalence has been increasing in recent years and one of the reasons is due to the food change of children and adolescents, who ingest more and more beverages and acidic foods in day by day. Moreover, it is known that deciduous dentition is more sensitive to lesions originating from tooth erosion, because it has a relatively fragile structure when compared to permanent dentition, and when affected, if not treated properly, can cause damage to permanent teeth. This work aims to address dental erosion in childhood and adolescence, its etiology, its consequences in deciduous and permanent dentitions and means of treatments used, but mainly its relationship with food. For its accomplishment, were used articles and books that approach this subject. Professionals should guide their patients and stimulate this care from the outset, as the earlier the risk factors are identified, the greater the chance of prevention of possible erosive lesions. In addition, it is the responsibility of the dental surgeon to know the clinical characteristics of these lesions, so that an adequate and effective treatment plan for the patient is established.

**Keywords:** Food Behavior. Tooth Wear. Dental Erosion.

## INTRODUÇÃO

Atualmente as pessoas apresentam cada vez mais sinais de desgastes patológicos nos dentes e os estudos têm apontado as lesões cervicais não cariosas como principais causadoras desse fenômeno. <sup>1</sup>

A preocupação com esses desgastes dentários vem crescendo, principalmente os gerados pela erosão dentária, a lesão cervical não cariiosa que mais vem acometendo crianças e adolescentes ultimamente. <sup>2</sup>

A erosão dentária é caracterizada pela destruição gradativa dos tecidos dentais duros devido a processos químicos e está intimamente ligada aos hábitos alimentares.<sup>3</sup> Essa condição pode ser de origem extrínseca, intrínseca ou idiopática e o desgaste erosivo pode ser modificado por fatores biológicos, comportamentais, químicos e socioeconômicos.<sup>4</sup> A erosão de origem extrínseca envolve os ácidos provenientes de alimentos, bebidas e/ou medicamentos ácidos. A de origem intrínseca envolve alterações orgânicas ou psicossomáticas (refluxo gastroesofágico e bulimia), que fazem com que os ácidos vindos do estômago degradem as estruturas dos dentes.<sup>2</sup> Sendo assim, a erosão dentária é uma condição multifatorial de origem não bacteriana que afeta as estruturas duras do dente e tem se tornado cada vez mais comum na clínica pediátrica.<sup>5</sup>

Outro ponto importante que deve ser destacado é que, na erosão dentária ocasionada por fatores extrínsecos, não é só a acidez dos alimentos que causa as lesões erosivas. O que influencia muito é a frequência e o modo como se ingerem as bebidas e alimentos ácidos, por exemplo, mantê-los na boca faz com que os dentes fiquem mais tempo em contato com os ácidos, aumentando, assim, a chance de se desenvolver lesões erosivas.<sup>6</sup>

Conhecer essa patologia é de extrema importância, pois quando acomete a dentição decídua, pode comprometer a permanente se não tratada. Além de que sua etiologia tem íntima relação com a alimentação, o que a torna uma patologia cada vez mais frequente, visto que a alimentação das crianças e adolescentes vem mudando muito nesses últimos anos. Portanto, este trabalho tem como objetivo, além de discorrer sobre a erosão dentária na infância e adolescência, correlacionar essa patologia com a alimentação, explicar as suas consequências tanto na dentição decídua quanto na permanente e apontar os principais tratamentos utilizados para tratar tal condição.

## REVISÃO DE LITERATURA

### Etiologia da erosão dentária

O esmalte dentário pode sofrer ataques ácidos e perder minerais em níveis tanto microscópicos quanto macroscópicos, causados pelo processo de fermentação. Geralmente, as bactérias do biofilme dentário estão envolvidas nesse processo, porém, existem casos onde o esmalte sofre essa perda de minerais sem que bactérias estejam envolvidas.<sup>7</sup>

A erosão dentária é caracterizada pela perda progressiva e irreversível dos tecidos dentários duros, causada por ácidos de origem não bacteriana.<sup>8</sup> Quando os ácidos entram em contato com o esmalte, eles dissociam-se em água, produzindo, assim, íons hidrogênio ( $H^+$ ). Em alguns casos, esses íons reagem com os minerais dos cristais dentários e geram uma desmineralização nesses cristais devido à combinação com o íon carbonato ou o íon fosfato. Esses fatores desencadeiam uma desmineralização na superfície do dente e diminui a sua dureza.<sup>2</sup>

Com a redução das taxas de incidência da doença cárie, a erosão dental vem se destacando entre as patologias mais predominantes.<sup>7</sup> Sua etiologia pode ser de origem extrínseca, quando a erosão é resultante de ácidos originários da dieta, como o ácido cítrico contido em frutas frescas, sucos de fruta e refrigerantes; ou intrínseca, quando o ácido gástrico é o responsável pela erosão, através de vômito, regurgitação ou refluxo; e por fim, idiopática, quando os ácidos que causam a erosão dental são de origem desconhecida.<sup>9</sup>

Alguns dos fatores etiológicos de origem extrínseca são encontrados diariamente na dieta, como frutas e sucos de algumas frutas ácidas, refrigerantes e outras bebidas carbonadas, incluindo bebidas lácteas e variantes sem açúcar. Estes produtos acabam desmineralizando e enfraquecendo o esmalte e a dentina, devido ao seu pH baixo. Para degradar o esmalte, o pH deve ser de 5,5 e, para causar o mesmo efeito na dentina, este deve ser de 6,5.<sup>10</sup> Quanto maior for o tempo e quanto mais ácido for o pH bucal, maior será a quantidade de minerais dentários dissolvidos.<sup>11</sup> Com o aumento no consumo de refrigerantes e alimentos ácidos, este vem se tornando um fator importante para o desenvolvimento do desgaste erosivo.<sup>4</sup> Estudos apontam que ultimamente tem aumentado a ingestão de bebidas ácidas por crianças e adolescentes, além disso, esse consumo se inicia cada vez mais precocemente.<sup>12</sup> O consumo excessivo e não controlado de alimentos e bebidas ácidas é o fator etiológico da erosão dentária mais citado na literatura.<sup>6</sup>

A instalação de lesões erosivas oriundas de fatores extrínsecos, especificamente a dieta, não depende só da acidez dos alimentos, mas também de fatores comportamentais, como a forma como o líquido é levado para a boca; a duração do contato com os dentes; os hábitos de engolir envolvendo movimentos dos lábios e das bochechas, e o acesso à saliva, entre outros.<sup>9</sup> O tempo que as bebidas ácidas permanecem na boca das crianças, assim como a frequência com que elas são ingeridas, são considerados fatores prejudiciais.<sup>13</sup> Oferecer bebidas ácidas em mamadeiras e, principalmente, durante o sono, é de grande risco para que lesões erosivas se instalem, pois prolonga o contato da bebida com os dentes e limita a ação da saliva.<sup>9</sup>

Outro ponto relevante é a troca da água por sucos naturais, principalmente em países tropicais, o que, de certa forma, favorece a instalação de lesões erosivas. O consumo de bebidas rotuladas como suplementos alimentares para crianças também está relacionado ao aumento de casos de erosão dentária em dentição decídua.<sup>12</sup>

Existe ainda a influência do meio ambiente (indústrias químicas, piscinas cloradas) e de medicamentos (vitamina C, aspirina, ácido clorídrico) que também são considerados fatores etiológicos de origem extrínseca, que contribuem para que ocorra a erosão dental.<sup>7</sup>

A saliva tem papel importante nesse contexto. Ela age como um mecanismo de defesa dos tecidos dentários. O fluxo salivar atua na diluição e eliminação dos ácidos presentes na cavidade oral, por isso, indivíduos com baixo fluxo salivar têm cinco vezes mais chance de apresentarem lesões causadas por erosão dentária. A saliva também tem a capacidade tampão, que neutraliza os ácidos. A qualidade da saliva está ligada à quantidade de íons cálcio fosfato presentes nela, uma vez que eles diminuem a velocidade de dissolução mineral e auxiliam na remineralização dental. E, por fim, a película adquirida atua na redução da perda mineral.<sup>9</sup>

### **Consequências da erosão na dentição decídua e permanente**

A progressão dessa patologia causa, desde perdas estéticas até funcionais, a perda do elemento dental e até danos psicológicos.<sup>10</sup> As lesões causadas pela erosão dental são caracterizadas por depressões côncavas, rasas, lisas e altamente polidas; e restringem-se, na maioria das vezes, ao esmalte.<sup>9,5</sup> Um diagnóstico precoce, ainda em dentição decídua, é de extrema importância para prevenir danos futuros e para o sucesso do tratamento.<sup>3,14</sup>

Figura 1: Desgaste por erosão nas oclusais dos molares decíduos e na palatina do canino, com formação de concavidades (*cuppings*) no elemento 55 e lesões com proximidade pulpar nos elementos 54 e 53.



FONTE: Sato, Abanto, Carvalho, Rezende, Corrêa, Bonecker (2013).

Por ser um fenômeno cumulativo, os desgastes erosivos tendem a aumentar com o avanço da idade. Além disso, quando a erosão acomete a dentição decídua, ela tem grande chance de se apresentar na dentição permanente também.<sup>15</sup>

As lesões geradas pela erosão dentária podem prejudicar a mastigação, fala e oclusão, causar hipersensibilidade dentinária, exposição pulpar, diastemas, bordas incisais finas ou fraturadas, perda de dimensão vertical, proeminência das restaurações de amálgama, pseudomordida aberta e danos estéticos.<sup>16</sup>

A erosão dentária possui duas fases diferentes: a inicial, em que há apenas uma suavização do esmalte; e a avançada, quando já existe perda de estrutura devido aos ataques erosivos contínuos e o remanescente se encontra amolecido. Esse remanescente amolecido é frágil e não suporta forças de atrição ou abrasão.<sup>17</sup> Um dos primeiros sinais é uma superfície com aspecto liso e brilhante. Posteriormente, há uma perda da morfologia dentária e o esmalte fica mais fino. Em um estágio mais avançado, a dentina começa a ser exposta.<sup>14</sup>



Figura 2: Lesões erosivas na face oclusal dos elementos 74,75.



FONTE: Arquivo Pessoal.

Figura 3: Lesões erosivas na face oclusal dos elementos 84,85.



FONTE: Arquivo Pessoal.

Quando as lesões ocorrem devido à ação de ácidos extrínsecos, a erosão afeta, na maioria dos casos, as faces vestibulares e oclusais dos dentes anteriores maxilares. Se for de origem intrínseca, geralmente o dano maior é nas faces palatinas dos dentes. Nesse caso, a língua exerce grande influência, pois força o ácido regurgitado nessas faces. Em casos mais graves, pode afetar também as superfícies vestibulares dos dentes posteriores da mandíbula.<sup>18</sup>

Os dentes decíduos são mais sensíveis aos ataques erosivos, pois possuem o esmalte e a dentina mais finos quando comparados aos permanentes. Isso faz com que a lesão progrida rápido e atinja um nível avançado em um curto período.<sup>2</sup>

É importante informar a população sobre as causas e as consequências da erosão dental, para que o profissional tenha a chance de agir logo nos primeiros estágios e nas menores idades, assim evitando um possível comprometimento da dentição permanente e tratamentos mais complexos.<sup>5</sup>

Existem alguns meios para classificar o desgaste dental ocasionado por lesões erosivas. Os primeiros desenvolvidos foram o Índice Eccles em 1979, o Smith e Knight Tooth Wear Index (TWI) em 1984, o índice por Linkosalo e Markkanen em 1985, o Índice de erosão modificado por Lussi em 1996, entre outros, porém não existe um acordo sobre o índice a ser utilizado. O Exame Básico de Desgaste Erosivo (BEWE) foi desenvolvido com o objetivo de padronizar os critérios de avaliação das lesões e facilitar a classificação.<sup>14</sup>

O *Basic Erosive Wear Examination* (BEWE) foi projetado para fornecer um sistema de pontuação simples que pode ser usado com os critérios diagnósticos de todos índices existentes, visando transferir seus resultados para uma unidade, que é a soma da pontuação BEWE. Esse recurso facilita o processo de elaboração de um plano de tratamento para a erosão dentária.<sup>19</sup>

Quadro 1: Escore para a classificação de lesões erosivas dentárias de acordo com o índice de BEWE.

<b>ESCORES</b>
0 Sem desgaste dentário por erosão
1 Perda inicial da textura da superfície
2* Defeito distinto, perda de tecido duro em menos de 50% da área da superfície
3* Perda de tecido duro em 50% ou mais da área da superfície
*nos escores 2 e 3, a dentina está frequentemente afetada

FONTE: Auad, Rios, Bonecker (2017).

Quadro 2: Sextantes da cavidade bucal a serem considerados para o BEWE.

Escore mais alto do 1º sextante (dentes 17-14).	Escore mais alto do 2º sextante (dentes 13-23).	Escore mais alto do 3º sextante (dentes 24-27).	Soma dos escores dos seis sextantes (mínimo 0 e máximo 18).
Escore mais alto do 4º sextante (dentes 37-34).	Escore mais alto do 5º sextante (dentes 33-43).	Escore mais alto do 6º sextante (dentes 44-47).	

FONTE: Auad, Rios, Bonecker (2017).

Um estudo utilizando o Índice de BEWE, realizado em Porto Alegre – RS, em escolas públicas e particulares, reuniu uma amostra de 1528 alunos, com idade de 12 anos. Após dois anos e cinco meses, desses 1528 alunos, foram encontrados apenas 801. De setembro de 2009 a dezembro de 2010, foram realizados os exames; de agosto de 2012 a maio de 2013, os acompanhamentos foram feitos. Dos 801 escolares que participaram do exame de acompanhamento, 680 (84,9%) estavam livres de desgaste erosivo (e considerados em risco para o desenvolvimento da erosão dentária) e 121 (15,1%) já apresentavam erosão (em risco de progressão da erosão dentária) no exame de base. Quarenta e nove escolares desenvolveram erosão dentária durante o período de acompanhamento, resultando em uma taxa de incidência de 7,1%. Nos incisivos, a incidência foi de 5,0%, significando que ocorreu em 30 indivíduos e nos molares foi de 3,2%, indicando 14 alunos. Cinco alunos apresentaram lesões em ambos os incisivos e molares. Entre os 121 que já tinham lesões no início do estudo, 31 apresentaram progressão da erosão dentária, sendo seis com lesões mais avançadas, 21 com novas lesões no mesmo nível de gravidade, e quatro com ambos os tipos de progressão. Os outros 90 permaneceram sem alteração.<sup>20</sup>

Na cidade de Campina Grande – PB, no ano de 2015, foi realizada uma outra pesquisa, também utilizando o Índice de BEWE, com escolares de seis a 13 anos de idade, de ambos os gêneros, para avaliar a prevalência da erosão dentária. Foram avaliados, ao total, 294 escolares, sendo a maioria (53,4%) do sexo masculino. Os resultados dessa pesquisa indicaram que 78,2% da amostra apresentaram lesões erosivas e que os sextantes mais acometidos foram o 1º e 3º.<sup>21</sup>

Uma desvantagem do índice de BEWE é que ele considera apenas o escore mais alto por sextante. Isso acaba fazendo com que muitos sinais de erosão de menor gravidade sejam ignorados. Esse índice também não considera a profundidade das lesões, nem se o tecido afetado foi esmalte, dentina ou se há proximidade da polpa.<sup>2</sup>

### **Tratamento e prevenção da erosão dentária**

A Odontologia restauradora une-se cada vez mais à Odontologia preventiva, para que o paciente seja tratado de forma integral. O objetivo não é tratar apenas as consequências, mas sim as causas do problema, e o tratamento da erosão dentária se insere nesse contexto.<sup>6</sup>

As opções para o tratamento dessa condição variam de acordo com o fator etiológico. Pode ser uma reeducação alimentar, atenção psicológica, aplicação de agentes dessensibilizantes, laserterapia, prescrição de soluções remineralizadoras.<sup>22</sup> Indicam-se

intervenções clínicas para tratar lesões erosivas quando há comprometimento da estrutura do dente, quando a estética é afetada, quando há sensibilidade dentinária ou ainda quando pode ocorrer exposição pulpar.<sup>2</sup> O tratamento só será eficaz a longo prazo se os agentes causadores forem identificados e controlados/removidos.<sup>23</sup>

Na dentição decídua, o tratamento restaurador é recomendado apenas se houver sintomas. Para pequenas áreas lesionadas e com sensibilidade, fazem-se restaurações em resina. Em áreas maiores, a indicação é o uso de coroas de aço inoxidável. Se houver sintomas muito severos, o protocolo é a exodontia do elemento dental.<sup>14</sup>

Já na dentição permanente, o tratamento é feito para paralisar a progressão da doença, bem como reduzir a sintomatologia e restaurar a estética e função. A prioridade sempre é dada aos procedimentos menos invasivos. As opções restauradoras incluem restaurações diretas, em resina; ou indiretas, como coroas metálicas ou cerâmicas. Esses tratamentos devem ser realizados em conjunto com medidas preventivas.<sup>24</sup> É importante ressaltar que antes da escolha do tratamento, é necessário medir a dimensão vertical do paciente, e a escolha da terapia depende inteiramente do grau das lesões, da sintomatologia e do tipo de dentição. O prognóstico a longo prazo dependerá inteiramente da eliminação da causa.<sup>14</sup> A tomada da dimensão vertical tem papel imprescindível na escolha do tratamento, pois a proporção da sua perda auxilia na escolha dos métodos e materiais. Quando a perda de dimensão vertical é menor que 0,5 mm, o tratamento pode ser realizado com selantes ou restaurações em resina composta direta; e em perdas menores que 2 mm, restaurações em resina composta. Já em perdas maiores que 2 mm, indica-se o uso de facetas ou restaurações cerâmicas indiretas; e por fim, em perdas de dimensão vertical maior que 4 mm, restaurações indiretas cerâmicas.<sup>25</sup>

Restaurações diretas em resina composta são a primeira escolha quando o remanescente dental for, pelo menos, maior de 50%, ou quando as lesões forem em ponta de cúspide ou pequenos defeitos de contorno. Restaurações indiretas metalocerâmicas ou em cerâmicas puras são as indicadas em casos de grandes perdas teciduais.<sup>18</sup>

É importante saber que o sucesso das restaurações de lesões cervicais não cariosas, como as causadas pela erosão, depende da forma dessas lesões. Restaurações em lesões em forma de V têm maior retenção; já as em forma de U não têm retenção suficiente para suportar a “deflexão da restauração” ao longo da oclusão.<sup>23</sup>

Uma outra opção de tratamento é o gerenciamento preventivo, que objetiva reduzir ou parar a progressão das lesões. Depois de exame clínico minucioso e anamnese detalhada, com o levantamento de todos os possíveis fatores etiológicos, através de questionamentos

sobre as condições médicas gerais, higiene bucal hábitos, dores e problemas funcionais, é recomendado que o paciente faça um diário alimentar durante um período. O nível salivar do paciente também deve ser avaliado. Com todas essas informações, desenvolve-se um programa preventivo sob medida para cada paciente.<sup>24</sup>

A mudança alimentar deve acontecer para que haja sucesso no tratamento. A exposição aos ácidos deve diminuir e a estratégia usada é a diminuição da frequência de ingestão e um menor tempo de contato desses ácidos nos dentes. Os dentistas devem orientar seus pacientes a não consumirem alimentos ou bebidas ácidas entre as refeições, a fim de que a saliva tenha tempo para ativar seus mecanismos homeostáticos. O bochecho dos líquidos antes de sua deglutição deve ser abolido, assim como beber diretamente da garrafa ou em mamadeiras. De preferência, as bebidas devem ser ingeridas através de um canudo, posicionado na região posterior da boca. Essas orientações, apesar de diminuir o contato dos dentes com os ácidos, possuem evidências científicas limitadas.<sup>2</sup>

Quadro 3: Recomendações para a prevenção da erosão dentária.

<b>RECOMENDAÇÕES</b>	<b>OBJETIVO</b>
Utilizar um canudo ao ingerir bebidas ácidas; não bochechar ou segurar bebida na boca.	Diminuir o tempo em que o ácido fica em contato com os dentes.
Tratamento da condição médica de base.	Diminuir a frequência de exposição ao ácido gástrico.
Adicionar leite ou leite de soja aos sucos ácidos ou cítricos.	A presença de íons de cálcio no leite impede, de certa forma, a perda destes íons do elemento dentário, diminuindo, assim, a desmineralização por erosão.
Não escovar os dentes logo após vomitar ou ingerir bebidas ácidas. Fazer bochecho com água ou solução remineralizante após ingestão de substâncias ácidas.	Minimizar a ocorrência da abrasão logo após o ataque erosivo. Auxilia no equilíbrio do pH bucal.

FONTE: Sato, Abanto, Carvalho, Rezende, Corrêa, Bonecker (2013).

Existem relatos sobre o uso de vernizes e de soluções fluoretadas, utilizadas com o intuito de aumentar a microdureza superficial do esmalte dentário, porém, se a causa das lesões não for removida, a proteção do elemento dental ficará reduzida.<sup>26</sup> A aplicação de fluoretos em dentes afetados pela erosão é utilizada para paralisar o progresso das lesões e diminuir a sensibilidade da superfície dental diante dos ácidos. Isso tudo quando houver

apenas uma camada de esmalte que necessite de fortalecimento, sem a presença de lesão profunda.<sup>23</sup>

Quadro 3: Guia de conduta clínica baseado no escore final de BEWE.

<b>Risco</b>	<b>Soma dos escores dos 6 sextantes</b>	<b>Conduta clínica</b>
Nenhum	0 a 2	Manutenção e observação de rotina. Repetir a consulta em intervalos de três anos
Baixo	3 a 8	Avaliação e aconselhamento de hábitos alimentares e de higiene bucal. Manutenção e observação de rotina. Repetir a consulta em intervalos de dois anos.
Médio	9 a 13	Avaliação e aconselhamento de hábitos alimentares e de higiene bucal. Identificação dos fatores etiológicos principais que levaram à perda de tecidos e desenvolvimento de estratégias para eliminar esses impactos. Considerar o uso de flúor ou outras estratégias para aumentar a resistência das superfícies dentárias. O ideal é evitar a confecção de restaurações, porém deve-se monitorar o desgaste erosivo por meio de modelos de gesso de estudo, fotografias ou impressões de silicóna. Repetir a consulta em intervalos de seis a 12 meses.
Alto	14 a 18	Idem ao médio, porém, em especial, nos casos de progressão severa, deve ser considerado um cuidado especial que pode envolver o uso de restaurações.

FONTE: Auad, Rios, Bonecker (2017).

## **METODOLOGIA**

Este trabalho constitui-se de pesquisa descritiva e exploratória, realizada através de uma revisão bibliográfica. Para a pesquisa foram utilizados artigos científicos, em português e em inglês, retirados das bases de dados Lilacs, PubMed, Medline e Google Acadêmico, do período de 2005 a 2018, e livros sobre Odontopediatria, Dentística Restauradora e Lesões não Cariosas. O critério para escolha desses artigos foi a compatibilidade com o tema erosão dentária infantil ou na adolescência, suas causas, consequências e tratamentos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As lesões erosivas são desgastes que ocorrem nos dentes sem que haja envolvimento bacteriano. Podem ser motivadas por inúmeros fatores, desde hábitos alimentares, refluxo esofágico, vômitos recorrentes, além de causas desconhecidas.

Cabe ao profissional estar apto a reconhecer as características clínicas das lesões erosivas para elaborar um plano de tratamento completo e personalizado para cada caso e tratar com a maior brevidade possível para que lesões em dentes decíduos não prejudiquem a dentição permanente. Também lhe compete saber identificar fatores de risco para conseguir trabalhar com planos preventivos dessa patologia.



## REFERÊNCIAS

1. Corrêa FNP, Murakami C, Carvalho TS, Corrêa MSNP. Clinical diagnosis, prevention and treatment of dental erosion. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2010; 64(6):437-43
2. Auad SM, Rios D, Bonecker MJS. Erosão Dentária. In: de Andrade Massara MD, Rédua PC. Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2. Ed. São Paulo: Santos, 2017. Cap. 24, 275-286.
3. Frazao JB, Machado LG, Ferreira MC. Dental erosion in schoolchildren and associated factors: A cross-sectional study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry.* 2018 Apr 1;36(2):113.
4. Magalhães AC, Wiegand A, Rios D, Honório HM, Buzalaf MA. Insights into preventive measures for dental erosion. *Journal of Applied Oral Science.* 2009 Apr;17(2):75-86.
5. Farias MM, Silveira EG, Schmitt BH, Araújo SM, Baier IB. Prevalência da erosão dental em crianças e adolescentes brasileiros. *Salusvita.* 2013;32(2):187-98.
6. Farias MM, Bernardi M, Da Silva Neto R, Tames DR, Garcia Da Silveira E, Bottan ER. Avaliação de Propriedades Erosivas de Bebidas Industrializadas Acrescidas de Soja em Sua Composição. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2009 Dec 1;9(3).
7. Nóbrega DF, Valença AM, Santiago BM, Claudino LV, Lima AD, Vieira TI, Lira AM. Propriedades físico-químicas da dieta líquida gaseificada: um estudo in vitro. *Rev odontol UNESP.* 2010;39(2):69-74.
8. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. *Bulletin of the World Health Organization.* 2005;83: 694-9.
9. Silva JG, Farias MM, Silveira EG, Schmitt BH, Araújo SM. Mensuração da acidez de bebidas industrializadas não lácteas destinadas ao público infantil. *Rev Odontol UNESP.* 2012 Mar;41(2):76-80
10. Tremea G, Patussi SA, Conde SR. RELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE ALIMENTOS ÁCIDOS COM A EROÇÃO DENTÁRIA. *Revista de Ciências da Saúde.* 2017 Mar 10;32-6.
11. Cavalcanti AL, Xavier AF, Souto RQ, Oliveira MD, Santos JA, Vieira FF. In vitro evaluation of the erosive potential of sports drinks. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte.* 2010 Dec;16(6):455-8.
12. Apelbaum DN, Pomarico L, Valente AG. Erosão ácida em Odontopediatria: um desafio dos nossos dias. *Revista Brasileira de Odontologia.* 2012 Jan 18;68(2):229.
13. Hanan SA, de Oliveira Marreiro R. Avaliação do pH de Refrigerantes, Sucos e Bebidas Lácteas Fabricados na Cidade de Manaus, Amazonas, Brasil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2009 Dec 1;9(3).

14. Sosa AC, Solis JM, Cruz-Fierro N, López S, Nakagoshi S. Dental Erosion: Causes, diagnostics and treatment. *Journal of Oral Research*. 2014 Sep 24;3(4):257-61.
15. Sato CM, Abanto J, Carvalho TS, Rezende KM, Corrêa MSNP, Bonecker M. Erosão Dentária em Crianças. In: Imparato JC, coordenador. *Anuário, 01: odontopediatria clínica: integrada e atual*. Nova Odessa-São Paulo: Napoleão. 2013. Cap. 05, 108-114.
16. Manguiera DF, Passos IA, de Oliveira AF, Sampaio FC. Erosão dentária: etiologia, diagnóstico, prevalência e medidas preventivas. *Arquivos em Odontologia*. 2009;45(4).
17. Comar LP, Salomão PM, de Souza BM, Magalhães AC. Dental erosion: an overview on definition, prevalence, diagnosis and therapy. *Brazilian Dental Science*. 2013 Mar 8;16(1):6-17.
18. Branco CA, Valdivia AD, Soares PB, Fonseca RB, Fernandes Neto AJ, Soares CJ. Erosão dental: diagnóstico e opções de tratamento. *Rev Odontol UNESP*. 2008 Jul;37(3):235-42.
19. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clinical oral investigations*. 2008 Mar 1;12(1):65-8.
20. Brusius CD, Alves LS, Susin C, Maltz M. Dental erosion among South Brazilian adolescents: A 2.5-year longitudinal study. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2018 Feb;46(1):17-23.
21. Santana NM, Silva DR, Paiva PR, Cardoso AM, Silva AC. Prevalência de erosão dentária e fatores associados em uma população de escolares. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2018 May;47(3):155-60.
22. Hoepfner MG, Massarollo S, Bremm LL. CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS DAS LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*. 2007 set./dez. 13 (3/4): 81-86.
23. Baratieri LN. Lesões Não-Cariosas. In: Baratieri LN, Monteiro Jr S, Andrada MA, Vieira LC, Ritter AV, Cardoso AC. *Dentística Restauradora: Fundamentos e Possibilidades*. São Paulo: Ed Santos. Quintessence. 2001; Cap. 10,363-391.
24. Carvalho TS, Colon P, Ganss C, Huysmans MC, Lussi A, Schlüter N, Schmalz G, Shellis PR, Björg AT, Wiegand A. Consensus Report of the European Federation of Conservative Dentistry: Erosive tooth wear diagnosis and management. *Swiss dental journal*. 2016;126(4):342-6.
25. Jaeggi T, Grüniger A, Lussi A. Restorative Therapy of Erosion. In: Lussi A, editor. *Dental erosion: from diagnosis to therapy*. Karger Medical and Scientific Publishers; 2006. Cap. 13, 200-214.

26. Moretto MJ, Pedra FP, Carvalho MO, Silva JP, Fernandes SL. EROSÃO DENTÁRIA PROVOCADA POR BEBIDAS ÁCIDAS. Rev. Saúde Multidisciplinar; 2017 março; 4: 98-107.