

FATORES ETIOLÓGICOS ASSOCIADOS AO ENVELHECIMENTO BUCAL PRECOCE: RELATO DE CASO

Vitória Netto de Albuquerque¹
Maria Eduarda Marques Moreira¹
Jéssica Cristina Avelar²
Ricardo Alexandre Gandra²
ricardo.gandra@yahoo.com.br

ÁREA DE CONHECIMENTO: Ciências da saúde

RESUMO

A ocorrência da Lesão Cervical Não Cariosa (LCNC) como a Recessão Gengival (RG) associadas à Hipersensibilidade Dentinária Cervical (HDC) tem acometido cada vez pessoas mais jovens e gerando um quadro denominado como envelhecimento bucal precoce. De etiologia multifatorial, essas patologias demandam um correto diagnóstico e plano de tratamento multidisciplinar. O objetivo deste trabalho foi relatar o caso clínico, do diagnóstico ao tratamento, de um paciente adulto com sinais e sintomas de envelhecimento bucal precoce atendido na clínica odontológica da Faculdade UNIVÉRTIX. Paciente de 34 anos de idade, do gênero masculino, procurou atendimento odontológico na Faculdade UNIVÉRTIX, a partir da anamnese e do exame físico, foi constatada a presença de LCNCs, RG e HDC. Assim foram realizadas consultas de adequação de meio bucal, tomadas radiográficas, e tratamento, executado em múltiplas sessões, contemplando terapias restauradoras e cirúrgica. Assim no presente relato o quadro de envelhecimento bucal precoce foi minimizado devido às intervenções realizadas, evitando também a progressão do mesmo. O Paciente segue em tratamento e acompanhamento odontológico com visitas periódicas à clínica Odontológica da Faculdade UNIVÉRTIX.

PALAVRAS-CHAVE: Periodontia; retração gengival; sensibilidade da dentina; procedimentos cirúrgicos operatórios.

1. INTRODUÇÃO

As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) receberam diversas nomenclaturas ao longo da história da odontologia e o tema foi alvo de controvérsias durante muitos anos. O primeiro registro da doença dental não relacionada à cárie dentária, realizado por Fauchard em 1728 pautou o início do que na contemporaneidade, cerca de 300 anos depois é mundialmente reconhecido como LCNC (GRIPPO, 2012; SOARES e GRIPPO, 2017; MAGALHÃES *et al.*, 2020).

¹Acadêmica do 10º período do curso de Odontologia da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX.

²Professores do curso de Odontologia da Faculdade Vértice- UNIVÉRTIX.

De etiologia multifatorial, as LCNCs representam uma condição patológica originada pela perda de estrutura dentária na junção amelo-cementária (JAC), relacionada a três principais mecanismos: tensão, fricção e biocorrosão (YOSHIZAKI *et al.*, 2017; MACHADO *et al.*, 2018a).

Além do comprometimento estético envolvido na presença da LCNC, a perda irreversível e gradual de tecido mineralizado junto da JAC, ocasionada sem envolvimento bacteriano é um fator considerável no desenvolvimento da hipersensibilidade dentinária cervical (HDC), que se caracteriza como um processo de dor aguda e desconforto ao paciente devido à exposição de túbulos dentinários (PALAZON *et al.*, 2013; MACHADO *et al.*, 2018b).

Outro fator etiológico da HDC é a recessão gengival (RG), determinada pelo deslocamento da margem gengival na direção apical, ocasionando exposição da superfície radicular, de forma múltipla ou isolada e comumente associada as LCNCs. Isto se deve ao processo de tensão tecidual cervical que enfraquece e degrada o esmalte e a dentina, afetando também os tecidos periodontais e estimulando a retração gengival (JOHAL *et al.*, 2013; ZUCHELLI e MOUNSSIF, 2015; MACHADO *et al.*, 2018a).

É cada vez mais crescente a ocorrência das LCNCs, com uma prevalência que pode variar de 5% a 85% na prática clínica. Esse aumento ocorre em detrimento do efeito sinérgico de fatores como o bruxismo e o apertamento dental, principalmente relacionado à ansiedade, além de traumas oclusais, ingestão de alimentos ácidos e refluxo (SOARES e GRIPPO, 2017; MACHADO *et al.*, 2018a; MONDANESE *et al.*, 2018).

A prevalência de transtornos de ansiedade é elevada em subgrupos populacionais em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil é o país com o maior número de pessoas com transtornos de ansiedade, com cerca de 9,3% de sua população afetada. Isso ocorre devido à recorrente agitação, estresse, e outros fatores que geram não apenas doenças sistêmicas, como também alterações emocionais, que resultam no desequilíbrio funcional do aparelho estomatognático, incluindo assim, danos dentais (MARTINS *et al.*, 2007; OMS, 2017; PRZYSTAŃSKA *et al.*, 2019).

A evolução das lesões cervicais não cáries pode estar associada com a idade sob a perspectiva do aumento da expectativa de vida mundial. Concomitantemente, o

número de pessoas que expõem seus dentes em um maior período a fatores etiológicos relacionados à redução progressiva e não cariada das estruturas dentais, também aumentaram (MODENA *et al.*, 2016; YOSHIZAKI *et al.*, 2017; PINHEIRO *et al.*, 2020).

Nessa vertente, aliado ao desgaste fisiológico com o avanço da idade, a ocorrência de desgastes por erosão, abrasão, bruxismo, maloclusão e perda de dimensão vertical podem envelhecer o sorriso mesmo em pacientes mais jovens. O envelhecimento bucal precoce também se associa a intervenções dentárias sem planejamento adequado e conhecimento por parte dos profissionais, resultando em desequilíbrio dento-facial (CARDENAS *et al.*, 2015).

Destarte, diante do aumento da prevalência das LCNCs na prática odontológica e suas mais variadas etiologias, torna-se necessário estudos que enfatizem a importância do diagnóstico e tratamento precoce destas. Assim o objetivo deste trabalho foi relatar o caso clínico, do diagnóstico ao tratamento, de um paciente adulto com sinais e sintomas de envelhecimento bucal precoce atendido na clínica odontológica da Faculdade UNIVÉRTIX.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De origem multifatorial, as LCNCs possuem caráter irreversível e estão entre as condições bucais patológicas mais prevalentes no século XXI (MODENA *et al.*, 2016; PINHEIRO *et al.*, 2020). O desenvolvimento das LCNCs está relacionado a um conjunto de fatores, que somado a mecanismos abrasivos e/ou biocorrosivos, além de estresse oclusal, quando há ação de cargas biomecânicas oclusais paraaxiais provocam perda da estrutura dentária e alteram a geometria dentária, o que promove interferência na concentração, distribuição e intensidade de força tendendo a sua evolução (SOARES *et al.*, 2015; MAGALHÃES *et al.*, 2020).

A hipersensibilidade dentinária cervical (HDC) constitui um dos principais problemas de saúde bucal pelo qual os pacientes procuram atendimento odontológico. Isso ocorre porque não é um acometimento visível nem espontâneo, todavia, reportado através da dor. A HDC caracteriza-se por uma dor curta e aguda resultante de estímulos térmicos, evaporativos, táteis, osmóticos ou químicos à superfície de dentina exposta com a presença de túbulos dentinários abertos (MACHADO *et al.*, 2018b).

A etiologia da HDC é complexa e pode estar relacionada à fatores etiológicos a partir da perda do esmalte, resultante de atrito, abrasão e erosão (ácidos), ou desnudamento da superfície radicular por perda do cimento e tecidos periodontais sobrejacentes devido ao mau posicionamento dos dentes na arcada, idade ou uma combinação desses fatores (ARANHA, PIMENTA e MARCHI, 2009; SCARAMUCCI *et al.*, 2014; LOPES, DE PAULA EDUARDO e ARANHA, 2017).

Já a recessão gengival (RG) é um defeito mucogengival prevalente em pacientes jovens e adultos. Essa patologia consiste no deslocamento apical da margem gengival deixando a raiz dentária exposta, o que compromete a estética e pode gerar desconforto doloroso (JOHAL *et al.*, 2013; MACHADO *et al.*, 2018a).

A RG pode acometer quaisquer dentes, faces, em ambas as arcadas, de forma múltipla ou isolada, e gerar consequências clínicas ao paciente, como maior propensão a retenção de biofilme, desenvolvimento de cárie radicular e HDC, além de correlacionar-se a outras patologias como a LCNC e comprometer a estética (CATON *et al.*, 2018; MACHADO *et al.*, 2018a).

O diagnóstico dessas patologias deve ser realizado levando em conta a sua complexa etiologia multifatorial, após um exame clínico e radiográfico detalhado e, sobretudo após a obtenção de uma anamnese que contemple informações sobre o estilo de vida, hábitos e histórico médico do paciente. Nesse processo é essencial a colaboração do paciente para o tratamento, pois a anamnese fornece informações fundamentais ao clínico para estabelecer o diagnóstico final (MACHADO *et al.*, 2018b, PINHEIRO *et al.*, 2020).

A correlação descrita entre LCNC, RG e HDC baseia-se em diferentes etiologias, sobretudo o contato oblíquo na vertente palatina, pois este apresenta grande intensidade de compressão na tábua óssea vestibular. (MACHADO *et al.*, 2018a; ZEOLA, SOARES e CUNHA-C, 2019).

A associação das lesões cervicais não cariosas com a hipersensibilidade dentinária cervical e a recessão gengival demonstrada em estudos, revela que a severidade dessas patologias depende do fator tempo, ou seja, são influenciadas pela idade do paciente (SOARES *et al.*, 2014; TEXEIRA *et al.*, 2018).

Consolaro *et al.* (2013) enfatiza a forte participação de lesões não cariosas como a atrição no processo do envelhecimento bucal, principalmente na representação de facetas de desgastes por exemplo devido à ocorrência de atividade parafuncional.

No entanto, nos dias atuais, é cada vez mais comum a ocorrência desses fatores de forma simultânea, sobretudo em pacientes cada vez mais jovens (RODRIGUES *et al.*, 2020). De acordo com Alcântara *et al.* (2018), a idade em que a HDC foi mais encontrada concentra-se entre 20 e 39 anos.

Zeola, Soares e Cunha-Cruz (2019) enfatizaram que a alta prevalência da HDC, principalmente quando há associação com LCNCs e RGs são um alerta para as futuras gerações de profissionais que tendem a se depararem com esta manifestação clínica cada vez mais prevalente na prática odontológica.

A realidade na qual a sociedade está inserida determina situações de acometimento cada vez mais precoce de quadros de envelhecimento bucal em pacientes, devido aos hábitos de vida da atualidade e problemas associados (CARDENAS *et al.*, 2015; SOARES e GRIPPO, 2017).

3. RELATO DE CASO

Paciente A.O.C., gênero masculino, 34 anos de idade, compareceu a clínica odontológica da Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX, localizada no campus de Matipó – MG. Nessa primeira consulta foi realizada uma anamnese detalhada, em que foi relatado pelo paciente o uso de bebida alcoólica como hábito nocivo. Além disso, reportou escovar os dentes de 2 a 3 vezes ao dia, utilizando escova de cerdas duras e creme dental abrasivo, fazer uso diário do fio dental, acrescentando durante a higienização a inserção de força excessiva sobre a escova em relação à superfície dental. O paciente relatou ter feito uso de aparelho ortodôntico há cerca de 10 anos.

Quanto ao estilo de vida, o paciente informou não fazer uso de alimentos com potencial biocorrosivo, como alimentos ácidos, não apresentar sinais de refluxo, nem praticar atividades físicas. Reportou ainda ser muito ansioso e impaciente.

No exame físico extraoral, foi constatado perfil facial convexo, linha do sorriso média e linha média inferior com desvio acentuado para o lado direito, apresentando ainda leve deslocamento ao abrir a boca e alterações bilaterais na Articulação têmporo-

mandibular (ATM). Segundo o relato ele apresentava dores de cabeça e realizava apertamento dentário.

Ao exame físico intraoral foi observado um quadro típico de pigmentação extrínseca pelo uso de tetraciclina, evidenciado na face vestibular de todos os elementos dentários. Durante a realização do periodontograma foi verificada a presença de sangramento gengival à sondagem na região dos dentes 13, 18 e 47, além de recessões gengivais nos elementos dentários 11, 13 e 36. Lesões cervicais não cariosas foram identificadas nos dentes 24, 34, 35, 44 e 45 (FIGURA 1).



FIGURA 1: Aspecto intraoral – Vista frontal. Observa-se a presença de recessões gengivais, LCNCs e manchamento extrínseco por tetraciclina.

O paciente relatava hipersensibilidade nos dentes 11, 34 e 35, relacionada então à sua queixa de dor. Constatou-se a ausência de quatro elementos dentários: 16, 28, 38 e 48, facetas de desgaste nos dentes anteriores da arcada superior e inferior, restaurações insatisfatórias em resina composta classe II, III e IV nos dentes anterossuperiores e amálgama classe I e II nos elementos 17 e 35. Além disso, foi verificado no arco superior a presença de lesões cariosas interproximais em alguns dentes anteriores (FIGURA 2 e3).

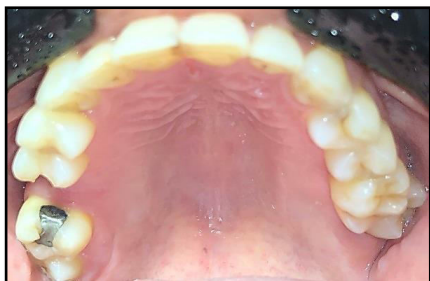


FIGURA 2: Aspecto intraoral da arcada superior – vista oclusal.
inferior – vista oclusal.



FIGURA 3: Aspecto intraoral da arcada superior – vista oclusal.

Foram realizadas tomadas radiográficas periapicais da arcada superior e inferior (FIGURA 4), no qual constatou-se a integridade dos tecidos periodontais de suporte. Concomitantemente o paciente foi diagnosticado com o quadro de envelhecimento bucal precoce.

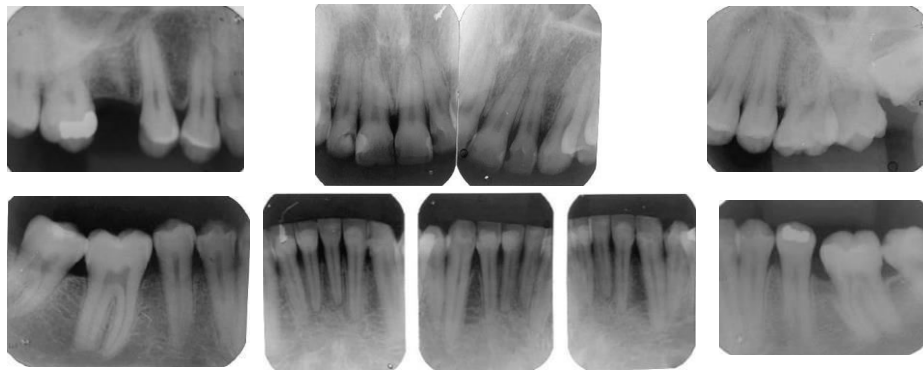


FIGURA 4: Radiografias intraorais periapicais.

Nasegunda consulta, 05 de maio de 2019 foi confeccionado um dispositivo de desprogramação neuromuscular (JIG de Victor Lúcia) com resina acrílica autopolimerizável incolor (JET®) (FIGURA 5). Com o auxílio do JIG foi feita a manipulação do paciente em Relação Cêntrica (RC) com o objetivo de obter a discrepância entre o primeiro contato de fechamento em RC e os contatos simultâneos em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) (FIGURAS 5 e 6). Com o auxílio de uma fita de carbono (Acculfim®), foram identificados os pontos de contato prematuro entre os pré-molares superiores e inferiores do lado esquerdo, que somado as forças de tensão por hábitos parafuncionais exercidas durante o apertamento dental contribuíram para a perda de tecido mineralizado cervical, culminando no aparecimento das LCNCs nos elementos 24; 34, 35, 44 e 45.



FIGURA 5: JIG de Vitor Lúcia.



FIGURA 6: Elevação em posição de relação cêntrica (RC).

No dia 21 de maio de 2019 foram realizadas as restaurações das LCNCs dos elementos 24, 34, 35, 44 e 45. Aplicou-se o ácido fosfórico a 37% Condor - FGM® por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina. Foi aplicado o adesivo convencional de dois passos âmbar - FGM® inserido em duas camadas, durante 10 a 15 segundos cada, com a utilização do método de aplicação ativa (fricção) sobre a área e posterior aplicação de jato de ar para volatinização do solvente. A fotoativação foi realizada após a inserção de cada camada do adesivo por 20 segundos com a luz do fotopolimerizador Schuster®. Foram utilizadas as resinas compostas micro híbridas convencionais Z250 XT-3M®, de cor A3,5. A resina foi inserida através da técnica incremental com a inserção gradual de pequenos incrementos, inseridos com o auxílio da espátula Suprafil-SSWhite® e cada incremento foi fotoativado por 20 segundos. O polimento final foi realizado na consulta seguinte, no dia 29 de maio de 2019, com a utilização de borrachas de polimento Microdont® e AmericanBurs® e adição de pasta de polimento Diamond-FGM® (FIGURAS 7 e 8).



FIGURA 7: Aspecto após a restauração das LCNCs nos elementos dentários 24; 34 e 35.



FIGURA 8: Aspecto após a restauração das LCNCs nos elementos dentários 44 e 45.

No elemento dentário 11 foi realizada uma cirurgia de recobrimento radicular através da técnica de deslize coronal de retalho do tipo envelope a partir da introdução de enxerto conjuntivo autógeno. O biótipo periodontal foi classificado como médio, e a recessão mediu cerca de 3 mm, classe I de Miller (FIGURA 9). Realizado no dia 26 de setembro de 2020, o procedimento cirúrgico teve início com a antissepsia extra e intrabucal com solução de clorexidina 2% e 0,12% respectivamente, e a aposição do campo operatório. A seguir, foi realizada infiltração anestésica com solução de Articaine 4% associada à epinefrina 1:100.000 DFL®. Com a utilização do bisturi (Após inserida a lâmina 15c -

Swann Morton®) foram realizadas duas incisões para-marginais em direção aos dentes adjacentes. A base das papilas mesial e distal foram divididas e desta região até a linha muco gengival realizou-se retalho total. A partir da mucosa alveolar o retalho tornou-se a ser dividido até o fundo de saco vestibulo com o intuito de dissecar as fibras musculares e promover a reposição coronária do retalho (FIGURA 10). Na área doadora foi realizada a anestesia infiltrativa no local em que seria feita a retirada do enxerto conjuntivo, correspondente a porção direita palato duro na altura dos pré-molares.



FIGURA 9: Mensuração da recessão gengival com o auxílio de uma sonda milimetrada periodontal.



FIGURA 10: Obtenção do retalho e descolamento tecidual da área receptora – vista frontal.

Em seguida foram realizadas as incisões perpendiculares de acordo com a delimitação do tamanho de tecido requerido, que foi retirado e desepitelizado com tesoura cirúrgica e bisturi, além de constante irrigação do enxerto com soro fisiológico estéril para manter a sua hidratação (FIGURAS 11, 12 e 13).



FIGURA 11: Área doadora do enxerto delimitada pela incisão.

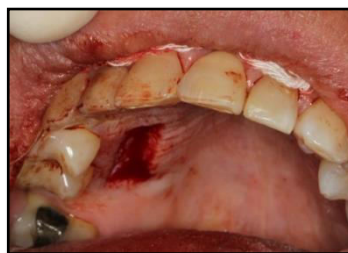


FIGURA 12: Área exposta após a remoção do tecido doador.



FIGURA 13: Enxerto passando pelo processo de desepitelização.

A ferida cirúrgica foi suturada com pontos contínuos simples por meio do fio de Nylon 4-0 (Tecsuture®). Em seguida foi adicionada à área uma camada de cimento cirúrgico Coe Pack® com objetivo de proteger e oferecer conforto ao paciente. O enxerto conjuntivo

obtido foi inserido na área receptora ao nível da JCE do elemento 11 e suturado em posição com o fio de Nylon 5-0 (Tecsuture®) através de pontos simples e colchoeiro horizontal. Logo após, o enxerto foi recoberto pelo retalho deslocado e reposicionado coronalmente (FIGURAS 14 e 15).



FIGURA 14: Enxerto obtido em posição - vista frontal.



FIGURA 15: Aspecto pós operatório imediato - vista frontal.

As recomendações pós-operatórias foram passadas ao paciente bem como a prescrição antibiótica e analgésica. A amoxicilina de 500 mg foi receitada durante 7 no período de 8 em 8 horas. A dipirona sódica de 500 mg foi prescrita, caso o paciente tivesse sintomatologia dolorosa nos dias subsequentes a a cirurgia. O bochecho diário de Clorexidina a 0,12% também foi recomendado por 3 dias. O pós-operatório de 10 dias, 30 dias e 150 dias revelou boa recuperação tecidual com formação satisfatória de um tecido cicatricial fibroso (FIGURAS 16, 17, 18 e 19).



FIGURA 16: Aspecto cicatricial após 10 dias - vista frontal.



FIGURA 17: Aspecto pós-operatório da área doadora após 10 dias - vista frontal.



FIGURA 18: Aspecto cicatricial após 30 dias - vista frontal.



FIGURA 22: Aspecto cicatricial após 5 meses - vista frontal.

5. DISCUSSÃO

O acometimento de patologias bucais, sobretudo em pacientes mais jovens, muito se associa ao estilo de vida e fatores contemporâneos cada vez mais exacerbados, como o estresse, a ansiedade, pressões cotidianas no trabalho e no âmbito familiar, e inclusive, ao uso de substâncias estimulantes, como a nicotina, a cafeína ou psicóticos ilícitos (MACHADO *et al.*, 2018; SOARES e MACHADO, 2020).

No caso descrito, a queixa do paciente concentrava-se no comprometimento estético e na sensibilidade presente, danos ocasionados pelas LCNCs. Ainda durante o estabelecimento do diagnóstico do presente caso buscou-se identificar possíveis interferências oclusais através da checagem de contatos dentais e das guias de desoclusão, e realizar adequação do meio bucal, assim como preconizado por Machado *et al.* (2017). Tal procedimento foi realizado através de um desprogramador neuromuscular (JIG de Victor Lúcia), um dispositivo que auxilia na manipulação do paciente em relação cêntrica e permite a checagem das possíveis interferências oclusais e a definição individualizada dos métodos de ajuste (SOARES e GRIPPO, 2017).

Embora Machado *et al.* (2017) e Machado *et al.* (2018a) enfatizarem que protocolos restauradores bem definidos para as LCNCs ainda são inexistentes, no presente estudo a técnica restauradora seguiu as diretrizes preconizadas por Soares e Grippo (2017). O compósito resinoso utilizado corrobora com os estudos de Machado *et al.* (2020) e Rodrigues *et al.* (2020) que delimitam que a escolha do material restaurador deve considerar a aproximação das características biomecânicas e de biocompatibilidade com ossoares dos tecidos envolvidos.

A literatura destaca a forte correlação entre a HDC e a RG. A queixa do paciente referente a sensibilidade no dente 11 pode ser explicada pela recessão gengival caracterizada como classe II de Miller presente na face vestibular deste elemento dentário, situação essa que foi tratada com a execução da técnica cirúrgica de recobrimento radicular (GANJI *et al.*, 2018; KOLTE *et al.*, 2018).

No presente relato, técnicas como o deslize lateral de tecido gengival e retalho de dupla papila poderia ter sido empregados, devido a sua indicação para o recobrimento radicular de RG classe I ou II, entretanto, diante do observado neste caso característico

de um biótipo fino, quando não há tecido queratinizado doador nas proximidades da RG, é contraindicado técnicas envolvendo retalhos pediculados (LIMA *et al.*, 2020). Logo, as técnicas de enxerto autógeno envolvendo a obtenção de tecido à distância são devidamente indicadas (JENABIAN *et al.*, 2016). Assim, optou-se pela técnica de retirada de um enxerto gengival livre, posteriormente tratado e fixado na posição requerida.

Segundo Santos e Queiroz (2017) a área de maior predileção para a obtenção do enxerto consiste no palato, na altura dos pré-molares e primeiros molares, devido a espessura tecidual da região e a quantidade de tecido queratinizado, embora existam outras áreas doadoras, como regiões edêntulas ou retromolar. No presente estudo, o tecido foi retirado do palato, e passou pela deseptelização, sob constante irrigação de soro fisiológico estéril, um processo que de acordo com os estudos de Zaccara *et al.* (2013) e Lacerda *et al.* (2018) remove-se a camada de mucosa, com o objetivo de promover adequada nutrição e posterior cicatrização, evitando futuros processos de necrose após a fixação do enxerto. Em seguida, o enxerto foi suturado em posição com fio de nylon, por meio de pontos simples e colchoeiro horizontal assim como preconizado por Santos e Queiroz (2017).

Após a realização da sutura, optou-se pela inserção de cimento cirúrgico apenas na área doadora do palato, cuja cicatrização ocorre por segunda intenção. A inserção do cimento mantém a área exposta protegida de possíveis traumas mecânicos e/ou térmicos além de promover mais conforto ao paciente (SOHEILIFAR *et al.*, 2015).

Prescrições medicamentosas profiláticas e analgésicas durante as fases cirúrgicas são comumente preconizadas na literatura nas terapias de recobrimento radicular, haja vista o tempo cirúrgico requerido em função da abrangência de dois sítios cirúrgicos distintos (área doadora e receptora). No presente caso as prescrições foram realizadas e culminaram em menor morbidade pós operatória para o paciente, corroborando com os estudos de Giorgetti *et al.* (2020) Lima *et al.* (2020).

Os resultados clínicos observados durante o período de acompanhamento de 10, 30 e 150 dias demonstraram o ganho de tecido queratinizado e a recuperação tecidual das áreas doadora e receptora do enxerto gengival, resultados esperados conforme as evidências científicas investigadas (MUFTI *et al.*, 2017; LIMA *et al.*, 2020).



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As LCNCs, a HDC as RGs e os hábitos parafuncionais acometem populações cada vez mais jovens e refletem o aumento da ocorrência do envelhecimento bucal precoce. No presente caso o quadro de envelhecimento bucal precoce foi minimizado devido às intervenções realizadas, evitando também a progressão do mesmo. No controle pós-operatório da técnica cirúrgica empregada não foram observadas lesões recidivantes das LCNCs e das RGs, e segundo relatos do paciente a hipersensibilidade foi sanada.

7. REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, P.; BARROSO, N. F. F.; BOTELHO, A. M.; DOUGLAS-DE-OLIVEIRA, D. W.; GONÇALVES, P. F.; FLECHA, O. D. Associated factors to cervical dentin hypersensitivity in adults: a transversal study. **BMC Oral Health**, Diamantina, v. 18, n. 1, p. 155, set, 2018.

ARANHA, A. C. C.; PIMENTA, L. A. F.; MARCHI, G. M. Clinical evaluation of desensitizing treatments for cervical dentin hypersensitivity. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 333-339, abr/ago, 2009.

CARDENAS, A. F. M.; MORA, C. A. P.; SIQUEIRA, F. S. F.; PARREIRAS, S. O.; GOMES, J. C.; Restabelecimento estético de um sorriso envelhecido: Caso clínico. **Revista APCD de Estética**, Ponta Grossa, v. 3, n. 1, p. 42-52, jan, 2015.

CATON, G. J.; ARMITAGE, G.; BERGLUNDH, T.; CHAPPLE, I. L.; JEPSEN, S.; KORNMAN, K. S.; TONETTI, M. S. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. **Journal Clinical Periodontology**, New York, v. 89, n 51, p.1-8, mar, 2018.

CHUN, K.; CHOI, H.; LEE, J. Comparison of mechanical property and role between enamel and dentin in the human teeth. **Journal dental Biomech**, [s. l.], v.5, n. 1758736014520809, p. 1-7, fev, 2014.

CONSOLARO, A.; FRANCISCHONE, L.; CONSOLARO, R. B. Atrição: o envelhecimento da forma dentária, os diastemas e seus significados. **Dental Press Implantology**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 28-38, jun, 2013.

CORTELLINI, P.; BISSADA, N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **Journal Clinical Periodontology**, New York, v. 89, n. 51, p.8-150, jan/fev, 2018.

COSTA, L. S.; ALVES, S. S. S.; LIMA, D. D. C.; DIETRICH, L.; SANTOS-FILHO, P. C. F.;

DA MOTA MARTINS, V. Lesão cervical não cariada e hipersensibilidade dentinária: relato de caso clínico. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Patos de Minas, v. 27, n. 83, p. 247-251, out/dez, 2018.

GANJI, K. K.; ALAM, M. K.; ALANAZI, A. F.; ALDAHALI, M. Facial profile based evaluation of gingival zenith position in maxillary central incisors among Saudi, Indian e Bangladeshi population. **The Saudi Dental Journal**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 342-347, out, 2018.

GAMBON, D. L.; BRAND, H. S.; VEERMAN, E. C. Unhealthy weight loss. Erosion by apple cider vinegar. **Nederlands tijdschrift voor tandheelkunde**, Nederlands, v. 119, n. 12, p. 589-591, nov, 2012.

GAROFALO, S. A.; SAKAE, L. O.; MACHADO, A. C.; CUNHA, S. R.; ZECELL, D. M.; SCARAMUCCI, T.; ARANHA, A. C. In vitro effect of innovative desensitizing agents on dentin tubule occlusion and erosive wear. **Operative Dentistry**, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 168-177, mar/abr, 2019.

GIORGETTI, A. P. O.; DE MATOS, R.; CASARIN, R. C. V.; PIMENTEL, S. P.; CIRANO, F. R.; RIBEIRO, F. V. Protocolos de medicação pré e pós-operatória para cobertura radicular combinada com enxerto de tecido conjuntivo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, São Paulo, v. 2, n. 9, p. 26-36, ago, 2020.

GRIPPO, J. O. Biocorrosion vs. erosion: the 21st century and a time to change. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, Jamesburg, v. 33, n. 2, p. 33-7, fev, 2012.

IBGE. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019.26, nov. 2020. Acesso em 13 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>.

JENABIAN, N. *et al.* Gingival unit graft verses free gingival graft for treatment of gingival recession: randomized controlled clinical trial. **Journal of Dentistry**, New York, v. 13, n. 3, p. 184-192, jun, 2016.

JOHAL, A.; KATSAROS, C.; KILIARIDIS, S.; LEITAO, P.; ROSA, M.; SCULEAN, A.; ZACHRISSON, B. State of the science on controversial topics: orthodontic therapy and gingival recession (a report of the Angle Society of Europe 2013 meeting). **Progress in orthodontics**, Londres, v. 14, n. 1, p. 16, abr/Jul, 2013.

KOLTE, P. A.; KOLTE, R. A.; BAWANKAR, P. Proximal contact areas of maxillary anterior teeth and their influence on interdental papilla. **The Saudi Dental Journal**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 324-329, out, 2018.

LACERDA, A. C. Q.; Alves, A. C. B. A.; Rocha, P. G.; Menezes, S. A. F. D. Recobrimento radicular pela técnica de Zucchelli e De Sanctis. **Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 313-317, jun, 2011.

LEE, W. C; EAKLE, W. S. Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of teeth. **Journal of Prosthetic Dentistry**, [s. l.], v. 52, n. 3, p. 374-380, set, 1984.

LIMA, V. H. S. *ET AL.* DE SOUSA, M. J. C.; MONTEIRO, L. K. B.; ARAÚJO, V. M. A.; FERREIRA FILHO, J. L.; DE SOUSA LOPES, M. C. M.; GUIMARÃES, M. V. Enxerto subepitelial de tecido conjuntivo e enxerto gengival livre para recobrimento radicular—relato de dois casos clínicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 4, p.2791, dez/mar, 2020.

LOPES, A. O.; DE PAULA EDUARDO, C.; ARANHA, A. C. Evaluation of different treatment protocols for dentin hypersensitivity: an 18-month randomized clinical trial. **Lasers in medical science**, Londres, v. 32, n. 5, p. 1023-1030, abr, 2017.

MACHADO, A. C.; CAIO, M. M.; GUILHERME, F. M.; LÍVIA, F. Z.; PAULO, V. S. Análise das propriedades de uma resina composta nano híbrida em diferentes cromas de matiz gengival. **iKJournal**, Uberlândia, v. 1, n. 3, p. 28-35, dez, 2020.

MACHADO, A. C.; SOARES, C. J.; REIS, B. R.; BICALHO, A. A.; RAPOSO, L. H. A.; SOARES, P. V. Stress-strain Analysis of Premolars With Non-cariou Cervical Lesions: Influence of Restorative Material, Loading Direction and Mechanical Fatigue. **Operative Dentistry**, Uberlândia. v. 42, n. 3 p. 253-65, mai/jun, 2017.

MACHADO, A. C.; SOARES, C. J.; REIS, B. R.; BICALHO, A. A.; RAPOSO, L. H. A.; SOARES, P. V. Influência do desequilíbrio oclusal na origem de lesão cervical não cariosa e recessão gengival: análise por elementos finitos. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Uberlândia, v. 27, n. 83, p. 204-210, ago/out, 2018a.

MACHADO, A. C. *et al.* Is photobiomodulation (PBM) effective for the treatment of dentin hypersensitivity? A systematic review. **Lasers in medical science**, Miami, v. 33, n. 4, p. 745-753, jun/dez, 2018b.

MAGALHÃES, A. P. R. *et al.* Ceramic veneers on teeth with non-cariou cervical lesions: case report and finite element analysis. **Bioscience Journal**, Uberlândia, v. 36, n. 4, p. 1471-1490, jul/ago, 2020.

MALTAROLLO, T. H.; PEDRON, I. G.; MEDEIROS, J. M. F.; KUBO, H.; MARTINS, J. L.; SHITSUKA, C. A erosão dentária é um problema. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista. v. 9, n. 3, p. 168932723-168932723, fev/mar, 2020.

MARTINS, R. J.; GARCIA, A. R., GARBIN, C. A. S.; SUNDEFELD, M. L. M. M. Association between economic class and stress in temporomandibular joint dysfunction. **Revista**

Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 215-222, mar, 2007.

MODANESE, D.; CANEVESE, V. A.; ALESSANDRETTI, R., SPAZZIN, A. O.; RADAELLI, M. T. B. Lesões cervicais não-cariosas de abfração: prevalência e relação com bruxismo do sono. **Journal of Oral Investigations**, Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 22-32, jan/jun, 2018.

MODENA, R. A.; PIRES, A. F. S.; TANNURE, P. N.; CAVALCANTE, L. M. A.; SCHNEIDER, L. F. J. Conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre o diagnóstico e o tratamento de lesões cervicais não cariosas: um estudo piloto em rede colaborativa. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 21, n. 2, p. 178-186 mai/ago, 2016.

MUFTI, S.; DADAWALA, S. M., PATEL, P., SHAH, M.; DAVE, D. H. Comparative evaluation of platelet-rich fibrin with connective tissue grafts in the treatment of Miller's Class I gingival recessions. **Contemporary Clinical Dentistry**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 531-537, out/dez, 2017.

OLIVEIRA, M. L. M.; CARVALHO OLIVEIRA, F. **Adequações no protocolo de manutenção preventiva em pacientes com restaurações estéticas**. Belo Horizonte. Câmara Brasileira do Livro, 2020.

OMS. **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo**. Brasília. 23 fev. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839. Acesso em: 17 de setembro de 2020.

PALAZON, M. T. SCARAMUCCI, T., ARANHA, A. C. C., PRATES, R. A., LACHOWSKI, K. M.; HANASHIRO, F. S.; YOUSSEF, M. N. Immediate and short-term effects of in-office desensitizing treatments for dentinal tubule occlusion. **Photomedicine and Laser Surgery**, USA, v. 31, n. 6, p. 274-282, jun, 2013.

PEREIRA, A. G. TEIXEIRA, D. N.; SOARES, M. P.; GONZAGA, R. C.; FERNANDES-NETO, A. J.; SOARES, P. V. Periodontal and Restorative Treatment of Gingival Recession Associated with Non-Carious Cervical Lesions: Case Study. **Journal International Academy of Periodontology**. Bethesda, v. 18, n.1, p. 16-22, jan, 2016.

PEREIRA, M. L. D.; DA SILVA, R. C. B., AUGUSTO, C. D. A. F., FORT, A. C., DE MORAIS, R., LIPORONI, P. C. S.; ZANATTA, R. F. Social, nutritional, and behavioral aspects associated with erosive tooth wear-considerations and preventive aspects. **Research Society and Development**, Vargem Grande Paulista. v. 10, n. 1, p. 37310111897-37310111897, jan, 2021.

PINHEIRO, J.; DA SILVA, L. A. M.; DA SILVA, G. G.; LEITE, R. B.; GONÇALVES, G. C.; ALMEIDA, D. R. D. M. F. Conceitos sobre o diagnóstico e tratamento das lesões cervicais não cariosas: revisão de literatura. **Revista Pró-Univer SUS**, Vassouras, v. 11, n. 1, p. 103-108, jan/jun, 2020.

PRZYSTAŃSKA, A. JASIELSKA, A., ZIARKO, M., POBUDEK-RADZIKOWSKA, M., MACIEJEWSKA-SZANIEC, Z., PRYLÍŃSKA-CZYŻEWSKA, A.; CZAJKA-JAKUBOWSKA, A. Psychosocial predictors of bruxism. **BioMed Research International**, Posnânia, v. 2019, p. 1-8, mar/out, 2019.

QUE, K.; GUO, B.; JIA, Z.; CHEN, Z.; YANG, J.; GAO, P. A cross-sectional study: Non carious cervical lesions, cervical dentine hypersensitivity and related risk factors. **Journal Oral Rehabilitation**, [s. l.], v. 40, n.1, p. 24-32, jan, 2013.

RIOS, F. S.; COSTA, R. S.; MOURA, M. S.; JARDIM, J. J.; MALTZ, M.; HAAS, A. N. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre. **Journal Clinical Periodontology**, New York, v. 41, n. 11, p. 1098–1107, nov, 2014.

ROCHA, C. S. C.; DO PRADO, M.; SIMÃO, R. A.; DE LIMA, C. O.; GUSMAN, H. Efeito de agentes dessensibilizantes na obliteração dos túbulos dentinários - estudo in vitro. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 73 n. 4, p. 272, out/jan 2016.

RODRIGUES, J. F. N. P.; GABRIELA, R. A.; MARIANA F. P.; ALEXANDRE, C. M.; AMANDA, R. W.; BRUNO, R. R. Envelhecimento acelerado de restaurações em resina composta em usuário de cigarros de Cannabis. **iKJournal**. Uberlândia, v. 1, n. 3, p. 36-45, dez, 2020.

SANTOS, A. G. P.; QUEIROZ, A. P. G. Vantagens do retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e a proteína derivada da matriz de esmalte no recobrimento radicular. **Revista Pró-univer SUS**, Vassouras, v. 8, n. 1, p. 69-71, jan/jun, 2017.

SCARAMUCCI, T.; DE ALMEIDA ANFE, T. E.; DA SILVA FERREIRA, S.; FRIAS, A. C.; SOBRAL, M. A. P. Investigation of the prevalence, clinical features, and risk factors of dentin hypersensitivity in a selected Brazilian population. **Clinical oral investigations**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 651-657, jun/mai, 2014.

SCHLUETER, N.; LUKA, B. Erosive tooth wear –a review on global prevalence and on its prevalence in risk groups. **British Dental Journal**, [s. l.], v. 224, n. 5, p. 364–370, mar, 2018.

SOARES, P. V.; GRIPPO, J. O. **Lesões cervicais não cariosas e hipersensibilidade dentinária cervical: etiologia, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Quintessence Editora, 2017.

SOARES, P. V.; MACHADO, A. C. **Hipersensibilidade dentinária – Guia Clínico**. São Paulo: Santos Publicações, 2020.

SOARES, P. V.; MACHADO, A. C.; ZEOLA, L. F.; SOUZA, P. G.; GALVAO, A. M.; MONTES, T. C.; GRIPPO, J. O. Loading and composite restoration assessment of various non-carious cervical lesions morphologies—3D finite element analysis. **Australian dental journal**, Uberlândia, v. 60, n. 3, p. 309-316, set/out, 2015.

SOARES, P. V. *et al.* Lesões cervicais não cariosas e hipersensibilidade dentinária: protocolos reabilitadores e estéticos. In: Associação Brasileira de Odontologia; Pinto T, Pereira JC, Masioli MA (orgs.). Programa de Atualização em Odontologia Estética. **Artmed/Panamericana**. [s. l.], v. 2, n. 8, p. 43-73, fev, 2014.

SOHEILIFAR, S.; BIDGOLI, M.; FARADMAL, J.; SOHEILIFAR, S. Effect of periodontal dressing on wound healing and patient satisfaction following periodontal flap surgery. **Journal of dentistry**, Tehran, v. 12, n. 2, p. 151-156, fev, 2015.

TEIXEIRA, D. N. R.; ZEOLA, L. F.; MACHADO, A. C.; GOMES, R. R.; SOUZA, P. G.; MENDES, D. C.; SOARES, P. V. Relationship between noncarious cervical lesions, cervical dentin hypersensitivity, gingival recession, and associated risk factors: A cross-sectional study. **Journal of dentistry**, New York, v. 76, p. 93-97, abr/jun, 2018.

VITOR, G. P. Recessão gengival: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, Araraquara, v. 22, n. 2, p. 178-185, jan, 2019.

WANG, G. N.; JIAO, J.; ZHOU, Y. H.; SHI, J. Effect of orthodontic tooth movement on keratinized gingival width. **Journal of Peking University. Health sciences**, Pequim, v. 51, n. 5, p. 931-936, out, 2019.

YOSHIZAKI, K. T.; FRANCISCONI – DOS – RIOS, L. F.; SOBRAL, M. A. P.; ARANHA, A. C. C.; MENDES, F. M.; SCARAMUCCI, T. Clinical features and factors associated with non-carious cervical lesions and dentin hypersensitivity. **Journal of Oral Rehabilitation**, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 112-118, fev, 2017.

ZACCARA I. M.; VARELA, H. Á.; MORAIS, M. H. S. T.; MENEZES, K. M.; FERNANDES-COSTA, A. N.; GURGEL, B. C. V. Previsibilidade do recobrimento radicular de recessão gengival classe III de Miller uma revisão de literatura. **Brazilian Society of Periodontology**, Lagoa Nova, v. 23, n.3, p. 58-64, set, 2013.

ZEOLA, L. F.; TEIXEIRA, D. N. R.; GALVÃO, A. D. M.; SOUZA, P. G.; SOARES, P. V. Brazilian dentists perception of dentin hypersensitivity management. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 33, n. 115, p. 1-8, jan, 2019.

ZEOLA, L. F.; SOARES, P. V.; CUNHA-CRUZ, J. Prevalence of dentin hypersensitivity: Systematic review and meta-analysis. **Journal of dentistry**, New York, v. 81, p. 1-6, fev, 2019.

ZUCHELLI, G.; MOUNSSIF, I. Periodontal plastic surgery. **Periodontology 2000**, [s. l.],

v. 68, n. 1, p. 333-368, abr, 2015.