



VI Jornada de Iniciação Científica

VII SEMINÁRIO CIENTÍFICO DO UNIFACIG

Sociedade, Ciência e Tecnologia

DISFUNÇÕES GASTROESOFÁGICAS E SUA RELAÇÃO COM AS LESÕES CERVICAIS NÃO CARIOSAS

**DANIELLA SANGY HORSTS¹, ADRIANA SERRANO², ALINE ALVES DA
VEIGA³, DAISY LAUREN DE SOUZA ADRIANO⁴, HENRIQUE FERNANDES
BATISTA⁵, JAIANE BANDOLI MONTEIRO⁶**

¹Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, daniellashorsts@gmail.com

²Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG,
adrianaticaserrano@hotmail.com

³Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, aveigaalves@hotmail.com

⁴Aluna de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, maferdala@gmail.com

⁵Aluno de graduação, Curso de Odontologia, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, h.fernandesb@gmail.com

⁶Doutora em Odontologia Restauradora, Professora da Faculdade de Odontologia, UNIFACIG,
Manhuaçu-MG, jaiane_monteiro@sempre.unifacig.edu.br

RESUMO: Ao decorrer das décadas tornou-se comum o aparecimento de lesões cervicais não cariosas (LCNC), caracterizadas pela perda da estrutura dental sem envolvimento de processo carioso, variando de acordo com a etiologia, severidade, localização e apresentação clínica. Ademais pode-se mencionar que ela surge muitas das vezes como resposta de disfunções gastroesofágicas que oportunizam uma liberação de ácidos na região oral causando lesões cervicais. Logo, objetivou-se no presente trabalho a busca por artigos científicos com estudos clínicos que visem relatar sintomas abordadas para a correlação das disfunções gastroesofágicas com as lesões cervicais não cariosas, caracterizadas pela influência da alternância dos ácidos e da variação de pH, podendo assim mencionar o diagnóstico juntamente aos métodos de tratamento.

PALAVRAS CHAVES: Refluxo Gastroesofágico; Erosão Dentária; Acidificação, Excreção Salivar.

GASTROESOPHAGEAL DISORDERS AND THEIR RELATION WITH NON- CARIOUS CERVICAL LESIONS

ABSTRACT: Over the decades it has become common the appearance of non-carious cervical lesions (LCNC), characterized by loss of tooth structure without involvement of carious process, varying according to the etiology, severity, location and clinical presentation. Moreover it can be mentioned that it often arises as a response to gastroesophageal dysfunctions that provide an opportunity for a release of acids in the oral region causing cervical lesions. Therefore, the aim of this study was to search for scientific articles with clinical studies that aim to report symptoms addressed to the correlation of gastroesophageal disorders with non-carious cervical lesions, characterized by the influence of alternating acids and pH variation, thus being able to mention the diagnosis along with the treatment methods.

Key words: Gastroesophageal Reflux; Dental erosion; Acidification; Salivary excretion.

INTRODUÇÃO:

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua constituição, apresenta saúde como um “bem-estar físico, mental, social e não simplesmente a ausência de doenças”, por essa perspectiva o cirurgião-dentista possui papel imprescindível quando se trata do diagnóstico de doenças sistêmicas que promovam manifestações bucais (ROSA, 2012). Dessa forma, as LCNC podem ser classificadas em atrição, abrasão, erosão e abfração, apresentando assim um padrão de perda irreversível do tecido dental, sendo acumulativo com a idade. Assim, pode-se relatar uma elevada demanda da prática clínica diária diante do aumento da expectativa de vida populacional e pela manutenção da dentição natural com idade avançada, (DUNDAR; SENGUN, 2014).

Diante das diversas alterações que podem acometer a cavidade bucal é possível mencionar os problemas gastrointestinais e seus impactos nas estruturas dentárias, sendo um deles o refluxo gastroesofágico (GERD), (CASTILHO et al., 2019). O GERD é uma doença comum que acomete de 35% a 40% da população adulta (FARROKHI; VAZI, 2007). Já no Brasil as pesquisas demonstram que existe uma prevalência de aproximadamente 12% (ROSA et al., 2012).

Os ácidos presentes no organismo humano distinguem-se em intrínsecos e extrínsecos, pode-se citar o consumo de alimentos ácidos e drogas como fatores extrínsecos, enquanto que os intrínsecos advêm de transtornos alimentares, psicossomáticos e fluidos gástricos com pH ácido (KANZOW, 2016; ROSTEN; NEWTON, 2017). Neste contexto, a GERD pode ser descrita por um mecanismo anti-refluxo que envolve o esfíncter esofágico inferior, uma falha pode dispor de uma condição crônica conhecida como refluxo gastroesofágico em que o conteúdo gástrico com o pH abaixo de 1 passa para o esôfago podendo atingir a boca (FILIPI; HALACKOVA; FILIPE, 2011).

Pesquisas realizadas por MOAZZEZ et al., (2003) enunciam a correlação entre o refluxo gastroesofágico e pacientes que possuem baixo nível de produção salivar, o que influencia diretamente na vitalidade dos dentes e este mecanismo pode promover alterações como lesões cervicais não cáries (LCNC). Ao se tratar dos sintomas relatados, esta envolve regurgitação, pirose, tosse crônica, asma, laringite e erosão dentária (SANTOS, 2016;).

A saliva na boca, quando em contato com estruturas rígidas como os dentes, forma uma fina película cuja velocidade de formação varia muito em diferentes locais. Sendo assim, ela tem características tampão, na qual protege contra a formação da cárie dentária, LCNC do tipo erosão, atrição e abrasão, candidíase e lesões abrasivas da mucosa, vistas comumente em pacientes com xerostomia (DAWES, 2008). Diante da presença do Distúrbio Gastroesofágico a saliva apresenta dificuldade em realizar sua capacidade tampão, elevando os processos de desmineralização do dente em prevalência nas pessoas acometidas pela patologia em questão (FILIPI et al., 2011).

Neste sentido, a erosão dentária pode ser classificada como uma respectiva dissolução química de esmalte e da dentina na qual microrganismos estão ausentes (SENN et al., 2012; YADLAPATI; DELAY, 2018). É válido ressaltar que segundo estudos realizados por Daroz (2007) associando erosões dentárias a sua etiologia, 64,7% dos participantes apresentavam relação desta patologia a hábitos alimentares, 43,8% estavam ligados ao refluxo gastroesofágico e 34,4% estavam ligados a medicamentos. Deste modo, eventuais sintomas podem ser relatados envolvendo hipersensibilidade, deficiência funcional e até mesmo fratura dentária (DUNDAR; SENGUN, 2014).

Perante essas premissas, protocolos podem ser desenvolvidos afim da elaboração do tratamento para esses pacientes que tem por objetivo aliviar os sintomas, cicatrizar as lesões da mucosa esofágica e prevenir o desenvolvimento de complicações (CHEN; BRADY 2019), sendo necessário um exame clínico completo e detalhado, bem como o histórico médico do próprio. Além de registros de ingestão de alimentos e testes salivares visando a análise da capacidade de tamponamento salivar (KANZOW, 2016). No entanto, o resultado depende de uma equipe multidisciplinar e de diagnóstico estabelecido, no qual o tratamento se baseia em alterações nos hábitos comportamentais, métodos farmacológicos, tratamentos cirúrgicos e terapia endoscópica.

O objetivo deste estudo é analisar com base em uma revisão de literatura artigos da plataforma de pesquisa PubMed, sobre a associação dos problemas gastroesofágicos e alterações nas estruturas dentárias, abordando os principais sinais e sintomas, além de auxiliar nos protocolos de atendimentos destes profissionais, inclusive sobre o papel fundamental do cirurgião-dentista nestas disfunções.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura por meio de pesquisa de artigos na base de dados eletrônica PubMed publicados entre os anos de 2001 à 2019. Essa revisão constitui um método de pesquisa que sintetiza o mecanismo de acidificação do meio bucal originado do refluxo gastroesofágico, ao expor e alterar das estruturas orais. Os resultados da pesquisa acerca da “Disfunções gastroesofágicas e sua relação com as Lesões Cervicais Não Cáries” podem contribuir para o conhecimento do profissional de saúde especialmente o cirurgião-dentista, visando apresentar informações sobre sintomatologias reportadas e visualizadas clinicamente, bem como diagnósticos, e variedades de tratamentos para melhor atender as necessidades dos pacientes. Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes descritores de ciências da saúde: “Gastroesophageal Dysfunction”, “Gastroesophageal Dysfunction and dental erosion”, “Tooth erosion”. Também foram aplicados os filtros: idiomas em inglês, português e espanhol. Foram excluídos artigos que antecederam o ano 2001 e que não foram publicados na PubMed.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversas alterações sistêmicas possuem manifestação em cavidade oral. Muitas destas, detêm sinais iniciais que podem ser diagnosticados clinicamente pelo cirurgião-dentista. Neste contexto, um paralelo pode ser delimitado ao Código de Ética Odontológico aprovado pela Resolução CFO-118/2012, abordando a necessidade do profissional em satisfazer as necessidades de saúde da população, além da integralidade da assistência à saúde, sendo deste modo, imprescindível, que o profissional tenha conhecimento dessas patologias e saiba diagnosticar e tratar.

Desta maneira, ressalta-se a disfunção gastresofágicas (GERD) e sua relação com as Lesões Cervicais Não Cariotas, cujas características clínicas da exposição ao ácido endógeno são caracterizadas comumente pelos efeitos do ácido sobre os dentes, sendo a erosão dentária um dos sinais clínicos atribuídos em que a capacidade de solução tampão da saliva é superada pelas secreções gástricas, o que resulta na exposição dos túbulos dentinários dentro da camada de dentina dos dentes, o que possibilita o aumento da sensibilidade a vários estímulos a doces e temperaturas frias (FAHOKI; VAEZI et al., 2007; LOGAN 2010). Além disso, é válido ressaltar os sintomas que podem ser relatadas pelos pacientes no momento da anamnese, as quais requerem atenção do profissional, sendo elas: regurgitação, pirose, tosse crônica, asma e laringite (CORRÊA et al., 2008).

Em relação a etiologia das LCNC associada especialmente a erosão dentária, DAROZ et al., 2007 estima que em 43,8% a patologia em questão advém de pacientes com GERD. Fato que corrobora com os resultados de ROSA, 2012, discorrendo em adição, que a maior parte dos pacientes com enfermidades gastrointestinais detinham o fluxo salivar considerado baixo, apresentando-se como 65,8% dos clientes, embora não haja diferença estatisticamente significativa.

Por essa perspectiva, estudos realizados por HENRY, 2014, envolvendo 13959 jovens e adultos, em que dispõem o relato dos principais sintomas expostos durante a anamnese sendo eles: pirose e regurgitação ácida, o que corrobora para a estatísticas demonstradas por MOAZZEZ; BARTLETT; ANGGIANSAH, 2004, que avaliaram cento e quarenta pacientes com 44 anos, concluíram que os sintomas esofágicos comuns relatados eram azia (72%), regurgitação (44%), disfagia (36%) e a sintomas extra-esofágicos que foram asma (16%) e rouquidão (13%). Dados que corroboram para pesquisas de FARROKHI e VAEZI, 2007 em que é disposto mecanismos desconhecidos, pois alguns pacientes com GERD declaram sintomas extra-esofágicos, como erosões dentárias, laringite, asma, tosse ou dor torácica não cardíaca.

Ensaio disponibilizados por FILIPI, 2011, realizados com 50 pacientes diagnosticados com GERD, indicam que fatores associados com a erosão dentária podem levar a um alto risco de desenvolvimento de danos aos dentes em pacientes com distúrbio gastroesofágico, devido à baixa taxa de fluxo salivar, no qual apresentaram baixo índice carioto, porém com alto risco de progressão da erosão dentária. Análogo aos estudos de DUNDAR A e SENGUN A, 2014, que ressalta além da sintomatologia, a importância do diagnóstico de forma rápida para a preservação de danos irreversíveis aos elementos dentários.

Diante da abordagem exposta DUNDAR A e SENGUN A, 2014, estabelece um protocolo para o diagnóstico, no qual deve abranger o histórico médico, dietético, ocupacional, recreativo, função salivar, além do exame físico intraoral e histórico de saúde bucal. Ademais, é importante a avaliação do desgaste dentário erosivo, identificando sua origem, padrão e localização. Todos esses passos são imprescindíveis durante o condicionamento do paciente, possibilitando traçar um planejamento de tratamento que garanta regressão da doença e restauração das estruturas dentárias.

O problema gástrico é um dos fatores causais da liberação do ácido, provocando as lesões cervicais não cariosas, pode-se citar que o tratamento tem por objetivo aliviar os sintomas, cicatrizar as lesões da mucosa esofágica e prevenir o desenvolvimento de complicações. Deste modo, o resultado depende de uma equipe multidisciplinar e de diagnóstico estabelecido. Dentre as opções, há possibilidade de tratamento que consiste na mudança de hábitos, no qual se baseia em medidas comportamentais relacionados a qualidade de vida dos pacientes, porém CASTRO et al. (2001) afirma que tal mudança não traz tantos benefícios.

Outro viés abordando as formas de intervenção para o GERD, são meios farmacológicos em que as drogas de primeira escolha são os considerados inibidores de bomba de prótons (IBP), tendo como potencial de ação inibir a produção de ácidos (YADLAPATI; DELAY, 2018). Omeprazol também entra na escolha, adentro que esses fármacos fazem efeitos durante seu uso, devido ser doença de origem crônica a administração medicamentosa se dá de maneira contínua provocando outros problemas futuros (CHEN; BRADY 2019). Os que tem se destacado são os tratamentos cirúrgicos, em que se baseia na confecção valvar anti-refluxo, gastroesofágica, em que se faz a correção anatômica e reduz a hernia hiatal, além de restaurar a competência do esfíncter no interior do esôfago, conhecida como

laparoscópica (PATTI, 2016). Por fim, tem a terapia endoscópica, porém não comprova eficácia. Logo, as medidas terapêuticas com maior índice de sucesso é a cirúrgica (PATTI, 2016).

CONCLUSÃO:

Evidências apresentam a correlação entre problemas sistêmicos e patologias orais, logo, pode-se destacar as alterações gastroesofágicas e seus impactos nas estruturas dentárias. Deste modo, relata-se que os ácidos esofágicos podem através de um mecanismo denominado refluxo atingir a boca e promover a erosão dos dentes. Diante disso, é imprescindível a atenção dos profissionais da saúde, especialmente o cirurgião dentista visando melhor condicionamento dos pacientes, diagnóstico e plano de tratamento. Acerca das formas de tratamento, estas tem por objetivo aliviar sintomas, cicatrizar lesões da mucosa esofagiana e prevenir o desenvolvimento de complicações dos problemas gástricos, assim, menciona-se a importância de uma abordagem multidisciplinar, sendo válido destacar que as medidas terapêuticas com relevantes índices são as cirúrgicas, além disso, restaurações nos elementos dentários são indicadas para permitir a redução de possíveis hipersensibilidades ao passo que elevam a qualidade das funções do sistema estomatognático, bem como a devolução da estética dessas estruturas.

REFERÊNCIAS:

CASTILHO, A.V.S.S; FORATORI-JUNIOR G.A; SALES-PERES S.H.C. **Bariatric surgery impact on gastroesophageal reflux and dental wear: a systematic review**. Arq Bras Cir Dig. 2019 Dec 20;32(4).

CHEN, J; BRADY, P. **Gastroesophageal Reflux Disease**. Gastroenterology Nursing, (2019). 42(1), 20–28.

DAROS, S; BATITUCCI M; HERMENEGILDA G. B; MIRANDA, E; SAYÃO, M. **Classificação e tratamento de lesões dentárias não cariosas por estudantes de Odontologia**, UFES., Vitória, 2007 v.9, n.1, p.5-12.

DAWES C. **Salivary flow patterns and the health of hard and soft oral tissues**. J Am Dent Assoc. (2008) May;139.

DUNDAR A, SENGUN A. **Dental approach to erosive tooth wear in gastroesophageal reflux disease**. Afr Health Sci. (2014) Jun;14(2):481-6.

FARROKHI F, VAEZI M F. **Extra-esophageal manifestations of gastroesophageal reflux**. Oral Dis. 2007 Jul;13(4):349-59.

FILIPI K, HALACKOVA Z, FILIPI V. **Oral health status, salivary factors and microbial analysis in patients with active gastro-oesophageal reflux disease**. Int Dent J. (2011) Aug;61(4):231-7.

KANZOW P, WEGEHAUPT FJ, ATTIN T, WIEGAND A. **Etiology and pathogenesis of dental erosion**. Quintessence Int. (2016) Apr;47(4):275-8.

LOGAN R. M. **Links between oral and gastrointestinal health**. Curr Opin Support Palliat Care. (2010) Mar;4(1):31-5.

MOAZZEZ R, BARTLETT D, ANGGIANSAH A. **Dental erosion, gastro-oesophageal reflux disease and saliva: how are they related?** J Dent. (2004) Aug;32(6):489-94.

PATTI, M.G. **An Evidence-Based Approach to the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease**. JAMA Surg. (2016) Jan;151(1):73-8.

RAIJMAN I. **Tratamiento endoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico [Endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease]**. Rev Gastroenterol Mex. (2005) Jul;70.

ROSTEN A, NEWTON T. **The impact of bulimia nervosa on oral health: A review of the literature**. Br Dent J. (2017) Nov;223(7):533-539.

ROSA, E L. K. N. **Estudo das manifestações estomatológicas e erosão dental de pacientes com doenças gastrointestinais atendidos no serviço de gastroenterologia do HU/UFSC, Florianópolis (2012).**

SENNA P, DEL BEL CURY A, RÖSING C. **Non-carious cervical lesions and occlusion: a systematic review of clinical studies.** J Oral Rehabil. (2012) Jun;39(6):450-62.