

## Lesões cervicais não cariosas: quando restaurar e quando recobrir?

### LOBO, Maristela

Mestre em Cariologia e Doutora em Dentística pela FOP-UNICAMP  
Especialista em Periodontia pela EAP-APCD  
Professora dos Cursos de Pós-Graduação em Odontologia Estética e Especialização em Implantodontia do SENAC-SP  
Coordenadora do Curso de Aperfeiçoamento em Odontologia Estética Multidisciplinar da APCD – Regional Americana  
maristelalobo@me.com

### SIQUEIRA JR, Sérgio

Especialista em Periodontia e Implantodontia  
Mestre em Implantodontia, membro ITI  
Professor dos Cursos de Especialização em Implantodontia e Pós-Graduação em Odontologia Estética do Centro Universitário SENAC

### STEFANI, Ariovaldo

Especialista em Periodontia  
Mestrando em Prótese  
Professor dos Cursos de Especialização em Implantodontia e Pós-Graduação em Odontologia Estética do Centro Universitário SENAC

### PENA, Carlos Eduardo

Especialista em Periodontia  
Mestre e Doutorando em Dentística  
Professor dos Cursos de Especialização em Implantodontia e Pós-Graduação em Odontologia Estética do Centro Universitário SENAC

### SCOPIN, Oswaldo

Especialista, Mestre e Doutor em Prótese  
Coordenador dos Cursos de Especialização em Implantodontia e Pós-Graduação em Odontologia Estética do Centro Universitário SENAC

### Por que é importante?

As lesões cervicais não cariosas (LCNCs) tornaram-se cada vez mais frequentes nos consultórios odontológicos, como resultado do estilo de vida contemporâneo, agressivo e estressante – caracterizado por alimentação industrializada e predominantemente ácida e pela alta incidência de distúrbios parafuncionais.<sup>1,2</sup> As LCNCs são, em sua maioria, multifatoriais e muitas vezes requerem tratamento multidisciplinar.<sup>1-3</sup>

O complexo, geralmente, é diagnosticar o tipo e a etiologia da lesão, etapa fundamental para indicar o tratamento adequado. O mesmo paciente pode apresentar, em um lado da boca, recessão gengival, com perda de substância radicular (cimento e dentina), mas com manutenção da junção cimento-esmalte (JCE); e no outro lado, lesões de abfração com fratura de esmalte coronário, perda da JCE, mas sem recessão da margem gengival. Essas duas situações clínicas determinam a necessidade da remoção dos fatores causais, através de adequação do meio bucal,<sup>4,5</sup> porém admitem condutas reconstitutivas diferentes para o alcance de resultados previsíveis.<sup>6</sup>

Quando existe perda de substância dental radicular por desgaste e recessão da margem gengival por vestibular, mantendo a altura original das papilas proximais à recessão, o tratamento indicado é o recobrimento radicular, sem qualquer tipo de restauração adesiva.<sup>7,8</sup> A técnica de recobrimento radicular escolhida deve ser minimamente invasiva e utilizar enxerto de tecido conjuntivo, visando, além de recobrir, alterar o biótipo periodontal de fino/festonado ou intermediário para plano/espesso.<sup>9,10</sup>

Nos casos em que a lesão cervical não cariosa

destrói o esmalte da região cervical, causando perda da posição da JCE, mas com recessão gengival ausente ou muito pequena, a conduta é restaurar a substância dental perdida através de técnicas adesivas, mas sem qualquer procedimento plástico periodontal.<sup>11</sup>

### O que é necessário?

Para a restauração: ácido fosfórico a 35%, adesivo autocondicionante de dois passos, microbrush, fotopolimerizador, resina fluida, resina composta micro-híbrida ou nano-híbrida, gel hidrossolúvel, sequência de discos e borrachas de polimento, tiras de lixa interproximais, pasta de polimento.

Para o recobrimento radicular: microelevadores de papilas, porta-agulha Castroviejo, fio de sutura mononylon 5-0 e 6-0, pinça para tecido, descolador do tipo molt, cabo de bisturi circular, sonda milimetrada do tipo Williams, espelho, carpule, mepivacaína a 2% com vasoconstritor, agulha hipodérmica, lâmina de bisturi #15C, materiais de consumo estéreis para cirurgia.

### Como fazer?

O presente caso clínico exemplifica a ocorrência de tipos de LCNCs diferentes em um mesmo paciente. De um lado, lesões de abfração envolvendo os elementos dentais #15 e #16 (Fig. **A1-A2**). Do outro lado, recessões gengivais e erosão/abrasão da superfície radicular exposta, envolvendo os elementos dentais #23 e #25 (Fig. **A1 e A3**). O paciente não possuía os primeiros pré-molares superiores, pois eles foram remo-

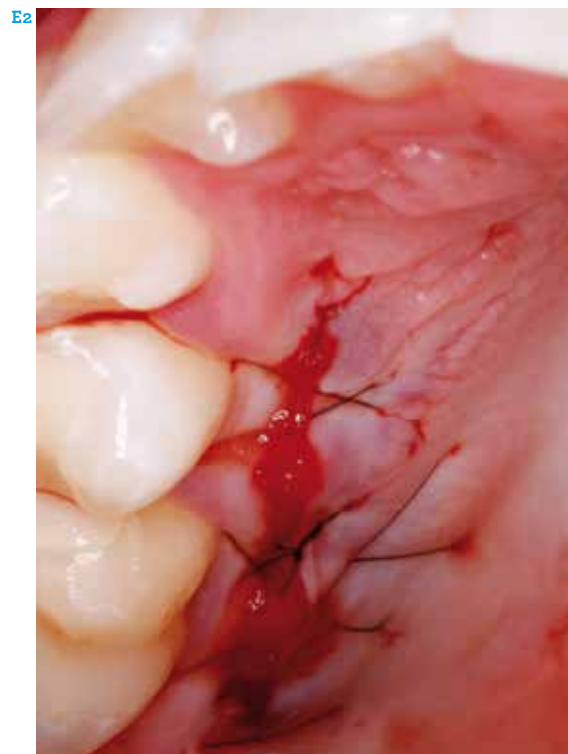
vidos previamente ao tratamento ortodôntico realizado no passado. O paciente relatava, ainda, a ocorrência de hipersensibilidade dentinária, predominantemente associada aos elementos dentais #15 e #16, e a possibilidade de realizar escovação traumática, principalmente na maxila superior esquerda, uma vez que mostrava-se destro.

Foram realizadas medidas de adequação do meio bucal e remoção dos fatores causais: orientação e motivação para uma higiene oral mais delicada, assertiva, voltada à remoção de placa bacteriana da interface gengiva-dente, tanto no aspecto vestibular quanto no aspecto proximal; verificação de contatos oclusais prematuros em máxima intercuspidação habitual (MIH) e interferências em movimentos excursivos, visando eliminar a causa das lesões de abfração.<sup>12</sup> Por fim, foram dadas orientações quanto aos efeitos deletérios dos alimentos ácidos e efeitos benéficos de alimentos alcalinos adstringentes, ricos em fibras e em água, coadjuvantes na manutenção do tratamento proposto.

Os elementos dentais #15 e #16 foram restaurados diretamente com resina composta, sem qualquer preparo, considerando os diferentes substratos para a adesão - esmalte e dentina radicular. O esmalte coronário foi condicionado com ácido fosfórico a 35% por 30 segundos e em seguida lavado; a dentina foi tratada com primer autocondicionante sob agitação constante do microbrush por 20 segundos. Ambos os substratos receberam o mesmo adesivo do sistema autocondicionante (Clearfil SE Bond, Kuraray, Japão), aplicado sem agitação, por 20 segundos, e em seguida fotopolimerizado por



Paciente destro, com recessão gengival e desgaste radicular nos elementos dentais #23 e #25, e lesões cervicais onde predomina a abfração nos elementos dentais #25 e #26, caracterizadas pela perda relativamente profunda de substância dental coronária, com ângulos cavitários vivos associada a hipersensibilidade dentinária (A).



O elemento dental #15 demonstra perda de estrutura dental coronária, confinada ao esmalte, sem prejuízo da margem gengival ou da estrutura radicular. O canino (#13) mostra-se hígido (B). Em uma visão aproximada dos elementos dentais #23 e #25, pode-se observar a posição preservada das papilas interdentais, sinalizando bom prognóstico em caso de recobrimento radicular. A junção cimento-esmalte (JCE) mostra-se preservada nessas lesões, cujo prejuízo limitou-se à dentina e ao cimento radiculares, e ao tecido gengival marginal (C). Para a lesão de abfração, a conduta é remover os fatores causais (interferências oclusais em lateralidade, principalmente quando a função é de grupo) e restaurar a porção coronária perdida com restaurações diretas em resina composta (D). Para as lesões cervicais contralaterais, recobrimento radicular com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial doado do palato, e deslocamento coronal do retalho, seguindo técnicas minimamente invasivas de divulsão tecidual e manutenção de máximo aporte sanguíneo. Pós-operatório imediato (E). Pós-operatório de 10 dias. Observe a integração e vascularização do enxerto em ótimo padrão de cicatrização tecidual (F).



Pós-operatório de 180 dias. Todas as lesões cervicais foram tratadas, embora por meio de formas reconstrutivas diferentes. Observe a formação de um tecido de alta qualidade na região enxertada (G).

mais 20 segundos. Pequenos incrementos de resina composta foram inseridos no sentido ápico-coronal, respeitando-se o espaço biológico, como descrito em estudos prévios.<sup>13</sup> Sobre a última camada de resina composta, gel hidrossolúvel foi aplicado para a polimerização final de 40 segundos. Etapas de acabamento e polimento foram realizadas com lâmina de bisturi #12, discos de polimento (Sof-Lex Pop On, 3M ESPE), tiras de lixa interproximais (EPITEX, GC) e borrachas de polimento (Jiffy, Ultradent). Na figura D, pode-se perceber boa adaptação do tecido gengival à restauração realizada, apenas 1 semana após o procedimento.

O recobrimento radicular, realizado nos elementos dentais #23 e #25, sem qualquer restauração prévia, seguiu os princípios da cirurgia minimamente invasiva, a qual procura manter o periosteado aderido ao leito receptor e mantém ao máximo as fontes nutricionais de vascularização através da divulsão dos tecidos.<sup>14</sup> A higidez das papilas interdentais sugeria boa previsibilidade de resultados, servindo como leito de vascularização ao complexo retalho-enxerto (Fig. C).<sup>15</sup> Houve enxertia de tecido conjuntivo subepitelial, removido do palato através de incisão única, além do deslocamento apical do retalho, com o objetivo claro de resolver clinicamente a recessão do tecido marginal e modificar o biótipo periodontal dessa região, prevenindo futuras recessões (Fig. E).

Em um pós-operatório de 10 dias, pode-se observar a integração e a vascularização do enxerto em ótimo padrão de cicatrização tecidual (Fig. F). Em 180 dias de pós-operatório, o tecido gengival marginal mostrava-se abundante, saudável e na posição correta, recobrendo toda a porção radicular (Fig. G).

## Considerações finais

As lesões cervicais não cariosas são situações clínicas de tratamento complexo, uma vez que resultam de uma etiologia multifatorial e se comportam de forma bastante peculiar, a depender de cada caso. A terapêutica consiste em avaliar a predominância do fator causal, removê-lo, e reconstruir os tecidos perdidos na região cervical, de forma previsível, respeitando-se a ocorrência e a posição natural de cada um: reposicionar e melhorar a qualidade da gengiva recobrimo raízes e/ou restaurando a substância coronária perdida através de procedimentos restauradores adesivos.

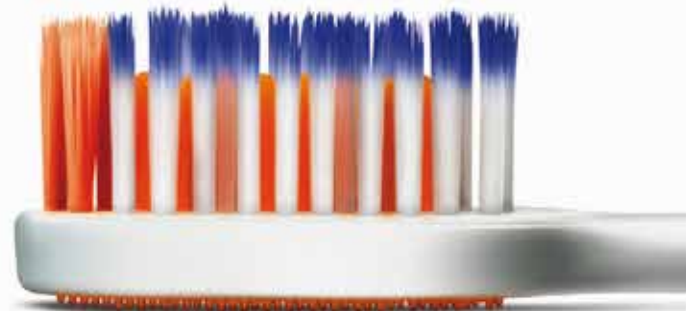
## Referências

1. Oliveira A, Damascena NP, Souza CS. Análise clínica de pacientes portadores de lesões cervicais não cariosas e sua relação com hábitos. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Jun;7(2):182-92.
2. Marson FC, Campanholo Jr, De Cápua M, Beraldo TF. Avaliação clínica das lesões cervicais não cariosas. *Revista UNINGÁ, Maringá,* 2010;24:137-56.
3. Zucchelli G, Gori G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, et al. Non-cariou cervical lesions associated with gingival recessions: a decision-making process. *J Periodontol.* 2011 Dec;82(12):1713-24.
4. Henz SL, Baron IS. Oral health self-care products: realities and myths. *Braz Oral Res.* 2009;23 Suppl 1:71-82.
5. Kinane DF, Hajishengallis G. Polymicrobial infections, biofilms, and beyond. *J Clin Periodontol.* 2009 May;36(5):404-5.
6. Allegri MA, Landi L, Zucchelli G. Non-cariou cervical lesions associated with multiple gingival recessions in the maxillary arch: a restorative-periodontal effort for esthetic success: a 12-month case report. *Eur J Esthet Dent.* 2010 Spring;5(1):10-27.
7. Cairo F, Nieri M, Cattabriga M, Cortellini P, De Paoli S, De Sanctis M, et al. Root coverage esthetic score after treatment of gingival recession: an interrater agreement multicenter study. *J Periodontol.* 2010 Dec;81(12):1752-8.
8. Kassab MM, Badawi H, Dentino AR. Treatment of gingival recession. *Dent Clin North Am.* 2010 Jan;54(1):129-40.
9. Carvalho PF, da Silva RC, Cury PR, Joly JC. Modified coronally advanced flap associated with a subepithelial connective tissue graft for the treatment of adjacent multiple gingival recessions. *J Periodontol.* 2006 Nov;77(11):1901-6.
10. Block MS. Management of the facial gingival margin. *Dent Clin North Am.* 2011 Oct;55(4):663-71.
11. Cairo F, Pini-Prato GP. A technique to identify and reconstruct the cemento-enamel junction level using combined periodontal and restorative treatment of gingival recession: a prospective clinical study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2010 Dec;30(6):573-81.
12. Palamara D, Palamara JE, Tyas MJ, Messer HH. Strain patterns in cervical enamel of teeth subjected to occlusal loading. *Dent Mater.* 2000 Nov;16(6):412-9.
13. Lobo M, Tonolli G. Substituição de restaurações cervicais parte II: protocolo restaurador. *Dicas.* 2012;1(4):22-26.
14. Dannan A. Minimally invasive periodontal therapy. *J Indian Soc Periodontol.* 2011 Oct;15(4):338-43.
15. Zucchelli G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Mounssif I, Marzadori M, et al. Predetermination of root coverage. *J Periodontol.* 2010 Jul;81(7):1019-26.



Acesse  
[www.parceriasaudebucal.com.br](http://www.parceriasaudebucal.com.br)  
e compartilhe o material educativo  
com seus pacientes.

**PESSOAS COM DIABETES  
TÊM MAIOR RISCO DE  
DESENVOLVER GENGIVITE.**



**Colgate**



A MARCA Nº 1 EM RECOMENDAÇÃO DOS DENTISTAS

Dr. Ricardo Fidos Horliana Dentista - CRO SP 56.337 | Dra. Maria Isabel Carreira Dentista - CRO SP 49.989