

LESÃO CERVICAL NÃO CARIOSA E HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

NON-CARIOUS CERVICAL LESIONS AND DENTAL HYPERSENSITIVITY: A CLINICAL CASE REPORT

Lucas da Silva COSTA¹; Samuel Saidymon Soares ALVES¹; Danielly Davi Correia LIMA²; Lia DIETRICH³; Paulo César Freitas SANTOS-FILHO⁴; Victor da Mota MARTINS⁵

1 - Graduado em Odontologia pela Faculdade Patos de Minas – FPM.

2 - Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia- UFU.

3 - Doutoranda em Clínica Integrada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Professora de Reabilitação Oral – Faculdade Patos de Minas – FPM.

4 - Professor do Departamento de Dentística e Materiais Dentários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

5 - Doutorando em Clínica Integrada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Professor de Dentística da Faculdade Patos de Minas – FPM.

RESUMO

As lesões cervicais não cariosas (LCNC) caracterizam-se pela perda irreversível e gradual de tecido mineralizado junto da junção amelo-cementária, sem qualquer envolvimento bacteriano e é um dos fatores relacionados à hipersensibilidade dentinária (HD), caracterizado por uma dor aguda, provocada e de curta duração. Paciente L.C.M, sexo feminino, 38 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da Faculdade Patos de Minas (FPM), relatando sensibilidade nos dentes 44 e 45. Após assinado o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), a paciente realizou tomadas radiográficas e foi submetida a anamnese e exame clínico, no qual, foi observada a presença de LCNC e diagnosticada como multifatorial. O ajuste oclusal foi realizado com pontas diamantadas e borrachas abrasivas removendo contatos prematuros. A restauração direta em resina composta foi indicada para a obliteração mecânica/física dos túbulos dentinários, como opção de tratamento. Foi realizado condicionamento ácido

do esmalte, por 30seg e da dentina por 15seg, com ácido fosfórico 37% (Condac, FGM), lavado com água pelo mesmo tempo, seguido de controle de umidade e duas camadas de adesivo convencional (Ambar, FGM), fotoativando apenas a segunda camada por 20seg com LED (Kavo 1100 mW/cm²). A LCNC foi restaurada com resina composta convencional (A3E, Llis, FGM), com dois incrementos de aproximadamente 2mm cada, seguidas de acabamento e polimento. A hipersensibilidade foi cessada imediatamente logo após o ajuste oclusal e tratamento restaurador, ressaltando a importância do diagnóstico e do exame clínico. A remoção dos contatos prematuros e a restauração com resina composta foram essenciais para o sucesso deste tratamento, visto que a origem da perda mineral foi cessada concomitante com o alívio da dor.

PALAVRAS-CHAVE: Hipersensibilidade da dentina; Ajuste Oclusal; Resinas Compostas.

INTRODUÇÃO

A lesão cervical não cariosa (LCNC) é uma lesão caracterizada pela perda de esmalte na região cervical do dente, sem envolvimento bacteriano¹. A etiologia é quase sempre multifatorial, mas pode ter início pela erosão, atrição, abrasão ou abfração. As LCNCs podem causar retenção de placa bacteriana, aumentar a incidência de cárie, comprometer a integridade estrutural, vitalidade pulpar e também é um dos fatores predisponentes para o aparecimento da hipersensibilidade dentinária, devido a exposição dos túbulos dentinários causada pela perda de estrutura dentária²⁻⁴.

A hipersensibilidade dentinária (HD) é um quadro clínico comum, que pode acometer cerca de 35% dos pacientes, gerando uma dor aguda, provocada, e de curta duração⁵. Esta reação dolorosa está relacionada à exposição da dentina a estímulos químicos, táteis, térmicos ou osmóticos provenientes do meio bucal, os quais, normalmente, não causariam resposta em um dente sem exposição⁶⁻⁸.

Caso haja dentina exposta na cavidade oral, seja ela supra ou subgingival, qualquer evento que estimule a dentina pode provocar a HD de intensidade variada. Existem várias teorias acerca do desenvolvimento da HD, a teoria mais aceita é a da hidrodinâmica dos fluídos dentinários¹¹. O deslocamento do fluído dentinário ocorre quando a dentina perde a proteção do esmalte e do cimento, tornando-se exposta ao meio bucal. Sem essa proteção e na presença de estímulos térmicos, mecânicos ou químicos ocorre um rápido deslocamento dos fluídos pulpodentários, estimulando química e fisicamente as terminações nervosas do espaço periodontoblastico e na periferia da polpa. O movimento hidrodinâmico pode ocorrer em direção à polpa ou em sentido contrário, conforme se dá a contração ou a dilatação do fluído, dependendo da natureza do estímulo¹².

O complexo dentina-polpa é um substrato único, sendo a hidroxiapatita e o colágeno os principais componentes inorgânicos e orgânicos. Morfológicamente, a dentina é formada por túbulos

dentinários que vão da polpa até o limite amelodentinário. Estes túbulos apresentam-se em número médio de 30.000/mm² e são preenchidos no seu interior por prolongamentos odontoblásticos, terminações nervosas e fluidos responsáveis pela umidade do próprio tecido⁷. Histologicamente, a dentina sensível apresenta-se com esses túbulos mais largos e em maior número se comparados a dentina com ausência de sensibilidade⁹.

O complexo dentina-polpa é altamente sensitivo, sendo assim, para que ocorra o surgimento da HD, a dentina exposta deve ser estimulada através de eventos térmicos, físicos e químicos, como: secagem ou desidratação, atrito, vibração, alimentos frios ou quentes e variações de pressão osmótica¹⁰.

O sucesso no tratamento da HD e da LCNC dependerá do conhecimento científico do cirurgião-dentista, no sentido de assegurar uma precisa identificação dos fatores etiológicos, e a correta seleção dos materiais para dessensibilizar e restaurar, ou seja, a correta intervenção clínica^{7,13,14}.

O objetivo deste trabalho é o de abordar, por meio de um relato de caso clínico, a conduta operatória dos cirurgiões-dentistas no controle e tratamento das Lesões Cervicais Não Cariotas associadas à Hipersensibilidade dentinária.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente L.C.M, sexo feminino, 38 anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da Faculdade Patos de Minas - FPM, relatando sensibilidade nos dentes 44 e 45. Após assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), paciente realizou tomografia e foi submetida a anamnese e exame clínico, no qual, foi observada a presença de LCNC (Fig. 1). O trabalho foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Patos de Minas - FPM e aprovado sob o CAAE: 79761817.8.0000.8078 e parecer nº 2.409.771, cumprindo as normas da Resolução da CONEP nº 466/12.

Após o exame clínico, com auxílio de fita de carbono, foram identificados os pontos de contato prematuro. Paciente relatava dor ao executar o movimento de máxima intercuspidação habitual. Ao realizar movimentos de lateralidade, foi observado que a guia canina não realizava corretamente a função de limitar o movimento, que gerou a sobrecarga nos pré-molares,

contribuindo assim para a perda da estrutura mineral na região cervical, associada ao hábito parafuncional conhecido como apertamento e dieta ácida. A ausência de guia canina pode ser considerada um dos fatores etiológicos. A realização do ajuste oclusal foi realizada previamente para remoção da causa.

O uso de agentes dessensibilizantes foi considerado dispensável visto a profundidade da lesão, com isto, a restauração direta em resina composta foi indicada para a obliteração mecânica/física dos túbulos dentinários, assim como proteção do remanescente dental. Foi realizada seleção de cor, com auxílio da escala vita (Wilcos do Brasil Indústria e Comércio Ltda - Petrópolis - RJ - Brasil) (Fig. 2), seguido de isolamento relativo com algodão para a inserção de fio retrator #000 (Ultradent, Indaiatuba, SP, Brasil) (Fig. 3) dentro das limitações de profundidade do sulco gengival, visto que, o sulco raso limitou a inserção do fio com maior profundidade. O condicionamento foi realizado por 30 segundos no esmalte e por 15 segundos na dentina, com ácido fosfórico 37% (Condac, FGM, Joinville - SC Brasil) (Fig. 4), lavado com água por 30 segundos (Fig. 5), seguido de controle de umidade com algodão (Fig. 6) e duas camadas de adesivo convencional (Ambar, FGM, Joinville - SC Brasil) (Fig. 7), fotoativando apenas a segunda camada por 20 segundos com LED (Kavo 1100 mW/cm²). A LCNC foi restaurada com resina composta convencional (A3E, Llis, FGM, Joinville - SC Brasil), com dois incrementos de aproximadamente 2mm cada (Fig. 8, 9, 10). Em seguida foram realizados acabamentos com pontas diamantadas F e FF (KG Sorensen, Cotia - SP - Brasil) (Fig. 11) e polimento com borrachas abrasivas (Kit Dh Pro para polimento rest. foto - Prof. Murilo Menezes). Ao final desta etapa, foi realizada novamente a marcação dos pontos de contato na região oclusal, concluindo assim, o procedimento restaurador (Fig.12). Paciente retornou após 24 horas para controle do tratamento relatando ausência de hipersensibilidade dentária.

DISCUSSÃO

As alterações na região cervical dos dentes são divididas em lesões cariosas e não cariosas, onde ocorre uma perda irreversível da estrutura dentária. Entretanto, enquanto as lesões cariosas são motivadas por microrganismos, as lesões não cariosas possuem causa etiológica multifatorial e não bacteriana¹⁵.



Figura 1 - Vista vestibular de LCNCs nos dentes 44 e 45 com HD intensa.

Figura 2 - Seleção de cor com auxílio da escala vita.

Figura 3 - Inserção do fio afastador número #000

Figura 4 - Condicionamento ácido total em esmalte e dentina com ácido fosfórico 37%.

Figura 5 - Lavagem com água por 30 segundos.

Figura 6 - Controle de umidade com bolinha de algodão



Figura 7 - Aplicação do sistema adesivo convencional.

Figuras 8, 9, 10 - Inserção da resina composta com auxílio da espátula suprapil.

Figura 11 - Acabamento e polimento com pontas diamantadas F e FF

Figura 12 - Aspecto final dos dentes 44 e 45 após o tratamento restaurador

Para Perez *et al.*¹⁶ (2012) as LCNCs estão associadas comumente a recessão gengival, provocando queixas estéticas, acúmulo de placa bacteriana na região da lesão, hipersensibilidade dentária, comprometimento da integridade estrutural do dente e da vitalidade pulpar¹⁶.

A erosão é um tipo de lesão não cariosa caracterizada pela perda de estrutura dentária causada por um processo químico sem envolvimento bacteriano¹⁷. É causada por ácidos provenientes da alimentação, medicamentos ou do meio ambiente, de bebidas, sucos de frutas ácidas, bebidas esportivas, vinagres, refrigerantes e ácidos orgânicos. O efeito tampão da saliva, o excesso de ácidos, bulimia, diabetes, regurgitação voluntária ou involuntária, azia e hérnia de hiato devem ser levados em consideração. Clinicamente a lesão cervical se apresenta como um desgaste liso e superficial do esmalte, sem a presença de manchas e acúmulo de placa, com contorno arredondado ou em forma de pires¹⁸.

A atrição é definida como desgaste fisiológico da superfície dentária pelo contato de um dente com o outro e pelo contato de instrumentos rígidos e abrasivos na região cervical¹⁰. Clinicamente apresentam-se como facetas com brilho nas superfícies do dente¹⁸.

A abrasão, pela perda da estrutura dentária ou restauração, livre de placa bacteriana. É um processo que ocorre de maneira lenta, gradual e progressiva devido a hábitos nocivos¹⁹. Sendo alguns desses hábitos a escovação inadequada, o uso abusivo de palitos de madeira ou escova interdental, e o consumo de drogas⁵. A região cervical é a área mais afetada, promovendo a desmineralização dos tecidos duros dos dentes e muitas vezes a HD, exposição e necrose pulpar¹⁷.

O conceito de abfração é definido como perda da estrutura dentária na região cervical decorrente da flexão do dente durante a função oclusal²⁰. Sua maior ocorrência é na região cervical, onde a deflexão do dente durante o carregamento oclusal excessivo leva a um rompimento da camada extremamente fina de prismas de esmalte, bem como microfaturas na estrutura do cimento e da dentina¹⁰. Clinicamente apresenta-se em forma de cunha, geralmente profundas e com margem definida, além de possuir maior incidência nos dentes inferiores, devido ao seu menor diâmetro coronário na região cervical¹⁷. A literatura destaca que a abfração pode ser o mecanismo dominante na formação da LCNC ou colaborar com sua progressão.

Em vários de seus estudos Grippo *et al.*⁴ (2012) constatou que as LCNCs não são causadas por uma causa exclusiva, por causa da complexa interação dos mecanismos, sendo eles: corrosão (causando degradação química/erosão), estresse (manifestada por abfração) e fricção (de escova dental / abrasão por dentífrico)⁴. Como descrito, a etiologia das LCNCs pode ser multifatorial influenciada por fatores extrínsecos (dieta, medicação, pH de até 5,5), fatores intrínsecos (refluxo gastroesofágico, vômito frequente, bulimia), desgaste mecânico decorrente de uma escovação inadequada e do uso de dentífricos abrasivos, além do uso de droga, e hábitos nocivos (lápis entre os dentes, palitos, roer unha)²¹. Na maioria dos casos as LCNCs estão associadas, o que dificulta ainda mais o diagnóstico e o tratamento.

O tratamento das LCNCs consiste na remoção do fator etiológico, e na restauração em casos específicos. A erosão deve ser tratada por meio do diagnóstico da fonte de ácido, se for extrínseca, deve-se orientar o paciente a consumir alimentos menos

ácidos, se intrínseca, deve-se tratar do distúrbio gástrico, já em casos de erosão provocada por ambiente ácido, o dentista deve confeccionar uma placa de acetato ou silicone. O tratamento da atrição consiste na confecção de uma placa miorelaxante e no tratamento da dor temporomandibular (DTM). A abrasão deve ser tratada por meio de instruções de higiene oral, ensinando o paciente a realizar uma escovação adequada com uma escova de cerdas macias e arredondadas. O tratamento da abfração é realizado por meio de ajuste oclusal e/ou tratamento ortodôntico. A restauração da LCNC está indicada quando a lesão está ativa, o dente tem sua integridade ameaçada ou sofre o risco de exposição pulpar, a lesão prejudica a estética, ou nos casos em que os dentes apresentam HD que não regride com o uso de agentes dessensibilizantes¹⁸.

Como relatado neste trabalho, além de diagnosticado a presença de LCNC nos elementos dentários 44 e 45, a paciente também se queixava de sensibilidade exagerada nestes mesmos elementos dentários. A HD pode estar relacionada diretamente ao processo de LCNC, uma vez que os fatores etiológicos das LCNCs podem ser considerados como colaboradores no surgimento e na evolução da HD¹⁰.

A HD é uma reação dolorosa de caráter agudo, localizado e de curta duração, causada pela perda de esmalte na região cervical e pela presença de deslocamento gengival no sentido apical^{7, 22}. Como a etiologia da HD é multifatorial, cita-se alguns, como: a escovação inadequada, terapia periodontal, erosão por dieta ácida, tratamento restaurador insatisfatório ou incorreto, recessão gengival, uso de abrasivos, nível de higiene oral baixo, contato oclusal prematuro ou trauma oclusal²³.

A teoria hidrodinâmica, proposta por Brannstrom e Astrom em 1964⁹ explica que, a HD é o resultado da movimentação rápida do fluido contido no interior dos túbulos dentinários, em qualquer direção, sendo uma consequência da aplicação de um estímulo sobre a dentina. Este movimento cria alterações de pressão que ativam as fibras nervosas localizadas em torno dos prolongamentos odontoblastos no interior dos túbulos ou na transição pulpo-dentinária, causando o episódio de dor²⁴.

Conhecer a etiologia da HD é importante para se alcançar a obliteração dos túbulos dentinários, conseguindo dessa forma, uma efetiva redução do movimento do fluido e consequente diminuição da dor²⁵. Um exame clínico detalhado, o diagnóstico e a escolha do tratamento adequado, são essenciais para o tratamento da HD. Existem alguns procedimentos clínicos que podem ser empregados para se estabelecer um correto diagnóstico e tratamento, sendo eles: uma anamnese detalhada, sobre a história médica e odontológica pregressa, analisando as características dos sintomas da dor relatados pelo paciente. Um exame clínico adequado, observando a presença de cáries, restaurações insatisfatórias, dentes fraturados e/ou trincados, além do exame periodontal. Deve-se realizar também uma análise oclusal para identificar hábitos parafuncionais, trauma oclusal e registro do padrão oclusal atual do paciente. E testes e exames complementares, como testes de percussão, palpação e sensibilidade pulpar, sondagem periodontal e RX⁷.

Vários tratamentos têm sido propostos para a HD, como o uso de dentífricos específicos, flúor, agentes dessensibilizantes, adesivos dentários, laser, restaurações, cirurgias muco-gengivais. Não há uma definição de qual técnica é a mais eficaz, porém se

sabe que o objetivo principal é a obliteração dos túbulos dentinários²³. Os agentes dessensibilizantes são divididos em: agentes obliteradores (atuam no vedamento dos túbulos dentinários), agentes de ação neural (atuam diretamente nas terminações nervosas da dentina exposta) e agentes de ação mista (atuam simultaneamente nas terminações nervosas e na obliteração dos túbulos)^{10,26}.

No caso clínico em questão, depois de realizada anamnese detalhada, exame clínico e exame radiográfico, percebe-se que a abfração seria a possível etiologia da LCNC, e posterior HD devido à má oclusão apresentada pela paciente durante a deflexão dos dentes no carregamento oclusal. Sendo assim, o tratamento escolhido foi a restauração das LCNCs com um compósito resinoso que apresentasse resistência mecânica ao desgaste e a adesão às estruturas dentais, para a reconstrução das LCNCs, e a obliteração mecânica/física dos túbulos dentinários. A aplicação de agentes dessensibilizantes não se fez necessária, já que o tratamento restaurador e ajuste oclusal foram o suficiente para a eliminação da HD.

CONCLUSÃO

As LCNCs e a HD são patologias que podem estar associadas ou não, acometem um grande número de pacientes, podem ser sintomáticas ou não, possuem fatores etiológicos diferentes e o tratamento de ambas consiste na remoção deste fator. A hipersensibilidade foi cessada imediatamente logo após o ajuste oclusal, ressaltando a importância do diagnóstico e do exame clínico. A remoção dos contatos prematuros e a restauração com resina composta foram essenciais para o sucesso deste tratamento, visto que a origem da perda mineral foi cessada concomitante com o alívio da dor.

REFERÊNCIAS

- Reyes E, Hildebolt C, Langenwalter E, Miley D. Abfractions and attachment loss in teeth with premature contacts in centric relation: clinical observations. *J Periodontol*. 2009; 80(12): 1955-62.
- Osborne-Smith KL, Burke FJ, Wilson NH. The aetiology of the non-carious cervical lesion. *Int Dent J*. 1999; 49(3): 139-43.
- Michael JA, Kaidonis JA, Townsend GC. Non-carious cervical lesions on permanent anterior teeth: a new morphological classification. *Aust Dent J*. 2010; 55(2): 134-7.
- Grippio JO, Simring M, Coleman TA. Abfraction, abrasion, biocorrosion, and the enigma of noncarious cervical lesions: a 20-year perspective. *J Esthet Restor Dent*. 2012; 24(1): 10-23.
- Almeida ECB, Menezes MRM, Aguiar CM. Tratamento da hiperestesia dentinária com laser de GaAIs. *Odontologia Científ*. 2006; 5(2): 143-152.
- Sobral MAP. Lesões cervicais não cariosas e hipersensibilidade dentinária cervical. In: Garone Netto N, Carvalho RCR, Russo EMA, Luz MAA, Sobral MA. *Introdução à Dentística Restauradora*. São Paulo: Santos; 2003. p. 265-283.
- Conceição EM. *Dentística: Saúde e Estética*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2007.
- Teixeira AFS. *Lesões Cervicais Não Cariotas*. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013.
- Matias MNA, Leão JC, Filho PFM, Silva CHV. Hipersensibilidade dentinária: uma revisão de literatura. *Odontol Clin Cient*. 2010; 9(3): 205-8.
- Soares PV, Zeola LF, Spini PHR, Machado AC, Pereira FA, Pereira AG 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. 2014; 2(8): 43-73.
- Tonetto MR, Dantas AAR, Bortolini GF, Fabris M, Campos EA, Andrade MF. Hipersensibilidade dentinária cervical: em busca de um tratamento eficaz. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2012; 24(3): 190-199.
- Basting RT, Silveira AP, Batista IO. Tratamento da hipersensibilidade dentinária com laser de baixa intensidade. *Arquivos em Odontologia*. 2008; 44(2): 88-92.
- Bonnin CE, Morales MCU. Evaluación del módulo de elasticidad de materiales estéticos para la restauración 10 de lesiones cervicales. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*. 2012; 26(2): 128-135.
- Zeola LF, Pereira FA, Galvão AM, Montes TC, Sousa SC, Teixeira DNR et al. Influence of non carious cervical lesions depth, loading point application and restoration on stress distribution pattern in lower premolars: a 2D finite element analysis. *Bioscience Journal*. 2015; 31(2): 648-656.
- Xavier AFC, Pinto TCA, Cavalcanti AL. Lesões Cervicais não cariosas: um panorama atual. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2012; 24(1): 57-66.
- Perez CR, Gonzalez MR, Prado NAS, Miranda MSF, Macêdo MA, Fernandes BMP. Restoration of Noncarious cervical lesions: when, why and how. *International Journal of Dentistry*. 2012.
- Amaral SM, Abad EC, Maia KC, Weyne S, Oliveira MPRPB, Tunãs ITC. Lesões não cariosas: o desafio do diagnóstico multidisciplinar. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2012; 6(1): 96-102.
- Pereira JC, Netto CA, Gonçalves SA. Dentística: uma abordagem multidisciplinar. *Art Med*. 2014; 1(1): 206-11.
- Kliemann C. Lesões cervicais não-cariotas por abrasão (escovação traumática). *J Bras Clin Odontol Int*. 2002; 6(33): 204-9.
- Barron RP, Carmichael RP, Marcon MA, Sándor GK. Dental erosion in gastroesophageal reflux disease. *J Can Dent Assoc*. 2003; 69(2): 84-9.
- Sobral AC, Damascena NP, SOUZA CS. Análise clínica de pacientes portadores de lesões cervicais não cariosas e sua relação com hábitos. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2010; 7(2): 182-92.
- Zado LN, Pilatti GL. Hipersensibilidade dentinária: recentes avanços e tratamentos - revisão de literatura. *Braz J Periodontol*. 2016; 26(2): 28-33.
- Rocha CS, Prado M, Simão RA, Lima CO, Gusman H. Efeito de agentes dessensibilizantes na obliteração dos túbulos dentinários - estudo in vitro. *Rev Bras Odontol*. 2016; 73(4): 272-6.
- Gondim RCD, Lima DM, Costa JF, Bauer JRO. Hipersensibilidade dentinária de lesões cervicais não cariosas: abordagens terapêuticas no controle da dor. *Rev Pesq Saúde*. 2011; 12(1): 52-5.
- Trentin MS, Bervian J. Hipersensibilidade dentinária cervical: uma revisão de literatura. *Rev Fac Odontol Passo Fundo*. 2014; 19(2): 252-7.
- Matias MNA, Leão JC, Filho PFM, Silva CHV. Hipersensibilidade dentinária: uma revisão de literatura. *Odontol Clin Cient*. 2010; 9(3): 205-8.

ABSTRACT

The non-carious cervical lesions (NCCI) are characterized by the irreversible and gradual loss of mineralized tissue combined to the amelo-cementary junction, without any bacteria participation and is one of the factors related to dentin hypersensitivity (HD), classified by an acute pain, incited and in short term. Patient L.C.M, woman, 38 years old, attended to the Dental Clinic of Faculty Patos de Minas (FPM), reporting sensitivity on teeth 44 and 45. After signed the agreement form, the patient was submitted to an anamnesis, clinical exam and x-ray, in which, it was detected the presence of NCCL, diagnosed by multifactorial. Occlusal adjustment was performed with diamond and rubber tips removing the early contact area. The resin-composite restoration was recommended as a treatment option to physic and mechanically obliterate the dentin tubules. Enamel was etched for 30 sec and dentin for 15 sec with 37% phosphoric acid

(Condac, FGM) and washed with water for 30 sec. Two layers of a dentin adhesive (Ambar, FGM) was applied and light cured for 20 sec with a LED light curing unit (Kavo 1100 mW / cm²). The NCCL was restored with a resin-composite (A3E, Llis, FGM), with two increments of approximately 2mm each, followed by a finishing and polishing protocol. The hypersensitivity was interrupted immediately after occlusal adjustment and restorative treatment, emphasizing the importance of diagnosis and clinical exam. Removal of premature contacts and restoration with composite resin were essential for the success of this treatment, since the origin of the mineral loss was controlled concomitantly with pain relief.

KEYWORDS: Dentin Sensitivity; Occlusal Adjustment; Composite Resins.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Victor da Mota Martins

Faculdade Patos de Minas – FPM

Rua Major Gote nº 1408, Centro, Patos de Minas – MG, Cep.:

38.700-001

E-mail: victortag@hotmail.com