

HALITOSE: PRINCIPAIS ORIGENS, INCIDÊNCIA, EFEITOS COLATERAIS NA GERIATRIA. UM GRANDE PORTAL NA ODONTOLOGIA DO FUTURO.

HALITOSIS: MAIN ORIGINS, COLLATERAL INCIDENCE, EFFECT IN THE GERIATRICS.

A GREAT VESTIBULE IN THE ODONTOLOGY OF THE FUTURE.

Publicado na Revista Internacional de Estomatologia , Ano1,v.1,n.1.abr./jun..2004 pgs 40/44, Editora Maio

ANA CHRISTINA KOLBE*

PRISCILA KOLBE BRITTO**

RESUMO

Pesquisas recentes mostram que o percentual de portadores de Halitose na terceira idade é alarmante, outras mostram também que a media de vida das pessoas no Brasil e no mundo vem crescendo. Com essas duas constatações feitas, tivemos a pretensão de, com este artigo, sinalizar a classe odontológica para que possa estar alerta aos sintomas que possam causar halitose e para que atuem de forma preventiva. Cremos crer, que podemos melhorar em muito a qualidade de vida de nossos pacientes, assim como, prevenir traumas emocionais causados por possíveis rejeições por parte da sociedade e até de familiares, pois o desconforto do convívio próximo com um portador de Halitose é fato.

* Pesquisadora em Halitose

Membro da International Society for Breath Odor Research (ISBOR)

Primeira Presidente da Associação Brasileira de Estudos e Pesquisas dos Odores da Boca (ABPO)

Presidente da Associação Baiana dos Odores da Boca (ASBOB)

** Aluna da Fundação para Desenvolvimento das Ciências / Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública – Curso de Odontologia –Salvador –Ba

Membro da Associação Brasileira dos Estudos e Pesquisas dos Odores da Boca

Endereço para correspondência Rua Barão de Loreto 654-Graça – Salvador-BA –
Brasil. CEP: 40.150-270

E-mail: kolbe@kolbe.com.br ; Hp: www.kolbe.com.br

Telefone: (71) 2453236 / 3361004

UNITERMOS : Halitose, Limpador de Língua, Geriatria , Xerostomia, Hipossalivação,
Saburra Lingual.

ABSTRACT

Recent researches have shown that the percentage of halitosis cases among the elderly is alarming. They also show that life expectancy in Brazil and in the world is increasing. Based on these two findings, our purpose when writing this article was to inform dentists, so that they take preventive actions in case of detecting any potential signs of halitosis. We believe we are able to widely improve the quality of life of our patients, besides prevent emotional trauma caused by the potential rejection of society and even relatives since being near persons suffering from halitosis may certainly be very uncomfortable.

KEYWORDS: Halitosis, Tongue cleaner, Geriatrics, Xerostomia(dry mouth), Hyposalivation, Tongue Coating.

INTRODUÇÃO

O fluxo salivar é o grande responsável pela verdadeira saúde bucal. Vários fatores podem contribuir para alteração de nosso fluxo salivar, com a idade avançada, outros fatores se somam para agravar mais ainda a incidência de pacientes xerostômicos. Nossa saliva pode sofrer alterações de volume, viscosidade e densidade, qualquer uma destas alterações irá causar conseqüências e desequilíbrio na cavidade bucal, tanto de hálito, quanto de cáries como outras desordens e muitas delas geram desconforto enorme para os portadores da hipossalivação. (EPSTEIN, 2001)

A sialometria é um exame extremamente fácil, simples e rápido de ser realizado e pode nos auxiliar muito no diagnostico da xerostomia .Os dentistas devem incluir a sialometria no periódico de rotina de seus pacientes pois ela pode auxiliar na prevenção de doenças como cáries rampantes, halitose, Síndrome de Sjögren, Doença por Arranhadura de Gato, Parotidites, etc. (LOVIS MANDE, 2001)

A incidência de xerostomia é muito alta nos pacientes da terceira idade porém não raramente podemos constata-la em crianças, adolescentes, adultos, em usuários de drogas, pacientes estressados, entre outros; portanto fica aqui uma sugestão de que a sialometria passe a ser aplicada em nossos consultórios periodicamente assim como fazemos com exames radiológicos para constataremos precocemente infiltrações e cáries interproximais. (TOGASHI, 1998)

O Brasil não tem estatísticas ainda de doenças como Síndrome de Sjögren ou Doença Por Arranhadura de Gato graças à falta de diagnóstico e nós dentistas deveríamos ser os primeiros profissionais da saúde a diagnosticá-las, portanto cabe a nós mudar esse quadro!!!

Sabemos que o diagnóstico precoce dessas doenças pode fazer uma diferença enorme no prognóstico desses pacientes. (DONNER, 2003)

A Halitose tem mais de 60 origens e nunca encontramos um caso clínico com uma origem apenas, por isso dizemos que é de múltipla origem e de tratamento multidisciplinar. (TARZIA, 2003)

As pesquisas de percentagem de portadores de Halitose existentes no Brasil são compatíveis com outras realizadas nos EUA e em outros países. No Brasil elas mostraram que a incidência é de 14,28% até 12 anos, 41,73% até os 65 anos e acima dos 65 anos ela sobe para 67,25%. (KOLBE, 2003) (anexo 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10).

Pacientes geriátricos possuem índices alarmantes porque além das mais de 60 origens que normalmente podemos encontrar gerando Halitose em qualquer idade, existem outras que somente se manifestam nessa faixa etária.

As origens mais frequentes para que a Halitose no Brasil e no mundo venha crescendo a cada ano são: o estresse, a mudança de hábitos alimentares e a desidratação.

Em caso de Estresse, ocorre uma liberação acentuada na corrente sanguínea de hormônios como a Adrenalina e o Cortisol, que inibem o funcionamento das glândulas salivares, fazendo com que o paciente entre em Xerostomia ou Hipossalivação (sensação de boca seca ou redução do fluxo salivar) com isso, acumule uma maior quantidade de saburra lingual, conseqüentemente liberando, na sua decomposição, Compostos Sulfurados Voláteis (CSV), que por ser fétido compromete o hálito e por ser muito volátil e solúvel em gordura, alcança e estimula rapidamente o bulbo olfatório sendo assim extremamente perceptível ao olfato humano.

A mudança de hábitos alimentares - porque a cada dia, ingerimos maior quantidade de substâncias líquidas e pastosas, como é o caso dos "Fast Food", sendo assim, mastigamos menos e não estimulamos as glândulas salivares a fabricarem a quantidade adequada de saliva que é o "detergente" de nossa boca. Tudo que alterar sua quantidade e / ou qualidade irá culminar com o comprometimento do hálito.

A desidratação - precisamos ter em mente que sede é sinônimo de desidratação e que a água é fundamental na fabricação de saliva. Quando ingerimos um volume inadequado

e não fracionado diminui sua produção causando a Xerostomia e / ou Hipossalivação e TUDO, TUDO que alterar o fluxo salivar irá gerar mau hálito, pois, fará com que diminua a parte líquida da saliva, ficando assim essa mais viscosa (pelo aumento da mucina), contribuindo para um aumento na descamação celular e de restos alimentares no dorso lingual. (PANU, 1998), aumentando a quantidade de saburra lingual. Esta saburra entrará em estado de decomposição e liberará os Compostos Sulfurados Voláteis (CSV) comprometendo o hálito com um odor extremamente fétido de enxofre. (ARANHA, 1996)

Em idosos, as origens que mais agravam a incidência de Halitose são:

- Perda de unidades dentárias, causando dificuldade de mastigação e, conseqüentemente, não estimulando adequadamente as glândulas salivares, aumentando assim o percentual de pacientes xerostômicos. Por terem dificuldade de mastigação em conseqüência de perda dentária, ou uso de próteses, esses pacientes fazem a opção por alimentos cada vez mais líquidos e pastosos, diminuindo a varredura na língua durante a mastigação e formação do bolo alimentar, aumentando o acúmulo de saburra lingual. Com a perda dos dentes, ocorre um comprometimento estético, implicando em esquiva social, com conseqüências psicológicas, o que irá alterar o funcionamento das glândulas salivares, pois estas são comandadas pelo sistema nervoso central, havendo uma redução no fluxo salivar, comprometendo cada vez mais o hálito. A depressão, assim como a excitação, causam hipossalivação e, portanto, são origens para Halitose. Essa perda de unidades também pode causar perda de dimensão vertical e levar o paciente a disfunções na ATM causando muitas vezes, cefaléias intensas e constantes. Esse excesso de dor libera as catecolaminas (dopaminas) que irão agir diretamente nas glândulas salivares inibindo seu funcionamento, aumentando assim sua hipossalivação, sendo essa também uma origem de Halitose.
- O uso freqüente de medicamentos, comum em pacientes dessa faixa etária, tende a causar redução de fluxo salivar. Incluem-se nesses grupos: analgésicos, antihipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos, antiparkissoniano, diuréticos, dentre outros. Essas drogas provocam em seus usuários, além da sensação de boca seca (xerostomia), outra queixa muito comum entre idosos, chamada de Síndrome de Ardência Bucal (SAB).
- Alta incidência de diabéticos, os quais estão quase sempre numa gangorra, com hipo ou hiperglicemia e, em ambos os casos, ocorre queima de ácidos graxos, liberando corpos cetônicos na corrente sanguínea, que por serem voláteis e de odor fétido, escapam na expiração comprometendo o hálito. Nesse caso, temos uma halitose cetônica que é um odor bem característico, diferente do enxofre.
- Senilidade de Glândulas Salivares, que ocorre com a idade, pode levar à atrofia dessas glândulas, as quais passam a não funcionar adequadamente e, com isso, fabricam um volume inadequado de saliva, comprometendo o hálito. Não podemos nos esquecer de que tudo que altera o fluxo salivar aumenta a quantidade de saburra lingual, tendo como conseqüência halitose pela eliminação de enxofre (CSV).

Sabemos que a saburra está presente em mais de 95% dos casos de mau odor bucal, e que a higiene da língua é o primeiro passo para se eliminar esse problema, sabemos ainda que a escova dental não foi desenvolvida para limpeza da língua, por isso as

peças têm muita dificuldade em realizar esse tipo de higiene, principalmente quando são mais susceptíveis à ansia de vômito. (Anexos 11, 12, 13)

Pesquisas feitas por universidades comparando a remoção de saburra lingual com a escova de dente e o Kolbe mostraram que, enquanto a escova remove 0,6 gramas de saburra lingual, o Kolbe remove 1,3 gramas, além de não causar nenhum desconforto durante essa remoção. (MARIANO, 1999)

Outras pesquisas comparando a remoção de saburra lingual entre 03 métodos mecânicos de higiene (gaze, escova de dente e limpador de língua) também constatam que os limpadores linguais são mais eficientes. (CERRI, 2002)

A redução de saliva em idosos é um fato muito comum que provoca, além de halitose, uma série de sintomas desconfortáveis e que ouvimos diariamente em nossos consultórios, como: dificuldade de adaptação de próteses removíveis e totais, prurido sob próteses fixas e removíveis, dificuldade de dicção, dificuldade de engolir alimentos secos, dificuldade de digestão, fendas nas comissuras labiais, ressecamento labial, ardência na região de língua e esôfago, podendo estender-se ao estômago, sensação de gosto amargo ou azedo na boca, dentre outros.

Em alguns casos, basta que diagnostiquemos a queda do fluxo, seu grau, assim como a viscosidade e a densidade da saliva do paciente. Se for constatada hipossalivação, deve ser realizado estímulo das glândulas para corrigirmos quantidade e qualidade salivar. Caso a hipossalivação seja de ordem reversível, iremos proporcionar um enorme conforto a estes pacientes. Caso sua origem seja irreversível, teremos que ministrar o uso de salivas artificiais (felizmente hoje existentes no mercado). Em ambos os casos, deve ser prescrito o limpador de língua como complemento de higiene bucal.

Com a média de vida aumentando no mundo, as necessidades vão surgindo e nós profissionais devemos nos conscientizar que a prevenção deve ter uma visão mais ampla assim como praticamos no caso das crianças e dos adultos, pois suas necessidades são diferenciadas.

DISCUSSÃO

A classe odontológica precisa adequar-se o mais rapidamente possível às novas necessidades para que se possa promover cada vez mais qualidade de vida aos pacientes.

Nos últimos anos, a odontologia voltou-se inicialmente muito para a prevenção, depois para a estética com avanços surpreendentes e resultados fantásticos. É hora de vislumbrar novos portais que estão sendo sinalizados e certamente, serão obtidos resultados tão gratificantes quanto os que foram alcançados nas áreas de prevenção e estética. Afinal, de que adiantam dentes hígidos e sorriso perfeito sem hálito puro ou com desconforto bucal (hipossalivação) que não permitam ao portador sequer pronunciar uma frase sem o constrangimento do mau odor ou do desconforto na dicção?

CONCLUSÃO

Baseado em 18 anos de pesquisas clínicas com pacientes de Halitose e que são na sua quase totalidade, portadores de Xerostomia ou Hipossalivação, e em relatos de vários destes pacientes, os quais realizaram verdadeiras maratonas entre consultórios médicos e dentários, sem que tenham sido observados sintomas ou diagnosticado doenças como Hipossalivação e Síndrome de Sjögren, muito menos curadas suas Halitoses. Foram constatados índices alarmantes dessas patologias, com sérios efeitos colaterais, como desconforto físico e traumas psicológicos, comprometendo muito a qualidade de vida desses pacientes.

Concluimos a existência da necessidade de que os Cirurgiões - Dentistas devessem treinar seus auxiliares para a realização de exames sialométricos e, com isso, usufruíssem de um atendimento diferenciado, além da oferta de uma melhor qualidade de vida a seus pacientes, agindo de forma preventiva. Chamando a atenção que Halitose é um portal novo na odontologia e com um número crescente de casos clínicos.

REFERÊNCIAS

- ARANHA, F.L.;- Bioquímica Odontológica. Ed. Sarvier. São Paulo -1996
- CERRI, A . -Silva,C.E.X.- Avaliação de Métodos Mecânicos no Controle da Halitose Relacionada a Língua Saburosa –Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada, Curitiba, v.6, n.34, p. 312-316, 2002
- DONNER, H. ; Síndrome de Sjögren –site <www.lagrima-brasil.org.br>, acesso em 21/12/2003 .
- EPSTEIN, J. B.;SCULLY, C.; CAND.- The Role of Saliva in oral health and the causes and effects of Xerostomia.- J.. Dent ASSOC. 1992. 58(3) pags 217-21/
- KOLBE,A. et all – Pesquisa sobre percentual de portadores de Halitose utilizando o Halimeter, Interscan Corporation, USA- site <www.kolbe.com.br>, acesso em 19/12/2003.
- LOUIS MANDEL, D.D. S., et al ; Cat - Scratch disease considerations for dentistry. Ed. Jada, vol. 132, julho 2001.
- MARIANO, R.C.; VINCENTIN,C; KOLBE,A.; MARIANO, L.C.F. Avaliação quantitativa da capacidade de remoção dos resíduos do dorso da língua através do uso de dois limpadores. Contribuição para a redução da halitose. Jornal de Assessoria ao Odontologista, V.III, n.16, p.13-21m 1999.
- PANU, J. F. , et al;-Viscosity of whole saliva - Acta Odontol. Scand - 56(4) pags.210-4 - 1998.
- TARZIA, O. – Halitose um desafio que tem cura -Ed. EPUB,vol.01, Rio 2003.
- TOGASHI, A. Y.; MONTANHA, F. P.; TARZIA, O, na faixa etária de 3 a 90 anos – Ver. Fac- Odontol. 6(2), pág 47.- Levantamento epidemiológico do fluxo salivar da população da cidade de Bauru -52 , abril-jun, Bauru ,1998