UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo

CASO COMPLEXO 6
Dona Margarida

Fundamentação Teórica: Odontologia geriátrica

Odontologia geriátrica

Maria Angela M. Mimura

As alterações e patologias apresentadas no caso de Dona Margarida são diversas e de etiologias diferentes, portanto serão tratadas por itens de modo a facilitar a compreensão e a apreensão do conhecimento.

Problemas dentários, gengivais e periodontais

O termo "gengivite" é usado para definir a inflamação limitada aos tecidos moles que circundam o dente. A periodontite, por sua vez, se refere à inflamação dos tecidos gengivais em associação a alguma perda de inserção do ligamento periodontal e do suporte ósseo (NEVILLE, B. et al, 2009).

A principal causa da gengivite é a presença de placa bacteriana, devido à falta de higienização adequada. Alguns fatores sistêmicos podem ser associados ao problema, tais como mudanças hormonais (puberdade, gravidez e uso de anticoncepcionais orais), estresse, dependência química, diabetes, disfunção imune e medicamentos. Alguns fatores locais também podem estar associados, como traumas locais, apinhamento dental, fraturas dentais, restaurações mal adaptadas e fechamento labial inadequado.

As características clínicas da gengivite são edema, eritema, presença de placa bacteriana, cálculo dental e sangramento, podendo ser generalizada ou localizada.

O diagnóstico é feito por meio de exame clínico, e o tratamento é realizado por raspagem e polimento das estruturas dentárias, além do ensinamento correto de técnicas de escovação e uso de fio ou fita dental. Eventualmente, em alguns casos, pode ser necessária cirurgia para remoção de tecido gengival excedente.

A periodontite apresenta quadro clínico semelhante, além de perda de inserção óssea, com presença ou não de bolsas periodontais, cuja profundidade pode variar de 3 a 6 mm, e mobilidade dental associada. Nos pacientes com periodontite, a gengivite está presente e precede o desenvolvimento de lesões periodontais significativas. O conteúdo da placa dental varia bastante, podendo conter diversos tipos de bactéria, sendo que as mais associadas são *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*.

Um aumento da prevalência de periodontite crônica está associado a avanço da idade, tabagismo, diabete e nível socioeconômico baixo.

O tratamento, assim como o da gengivite, consiste no controle da placa dental, na raspagem e alisamento radicular e na curetagem. Em alguns casos, nos quais bolsas periodontais profundas são observadas, a cirurgia com retalho cirúrgico pode ser necessária. Eventualmente, antibióticos locais e sistêmicos também podem ser prescritos.

Halitose

A halitose consiste em queixa de mau hálito. O mau hálito é comum ao acordar, devido a uma diminuição do fluxo salivar e da limpeza bucal durante o sono, mas com rápida resolução pela higienização bucal. Até 30% dos pacientes acima de 60 anos de idade queixam-se de halitose.

O odor bucal desagradável pode ser consequência da ingestão de vários tipos de alimento, como alho, cebola, condimento, alimentos pastosos e fermentáveis, e de hábitos como o de fumar e de consumir bebidas alcoólicas.

A causa da halitose mais frequentemente encontrada é consequência de atividade bacteriana, com a liberação de compostos sulfúricos voláteis, tais como sulfeto de hidrogênio, metilmercaptano e sulfeto dimetílico, liberados pelas bactérias, principalmente as encontradas no dorso da língua e no sulco gengival, especificamente as gram-negativas, como a *Porphyromonas gingivalis*, a *Prevotella intermédia* e o *Fusobacterium nucleatum*. A presença dessas bactérias é piorada nos quadros de higienização bucal deficiente, gengivite, periodontite e xerostomia.

A halitose pode ter sua origem também em doenças respiratórias, faríngeas esofagianas (criptas tonsilares e cáseos), doenças gastrintestinais, falência renal e fome.

O diagnóstico da halitose é feito através de exame clínico completo e avaliação da halitose por meio de halímetro, em que são realizadas aferições na boca e no nariz. Exames complementares como nasofibroscopia e endoscopia também podem ser necessários.

O tratamento é realizado descobrindo-se a causa da halitose; se for por problemas dentários, o tratamento odontológico irá resolver o problema. O uso de enxaguatórios bucais e a correta higienização bucal (escovação, uso de fio ou fita dental e raspador de língua) auxiliam bastante na melhora do quadro. Caso a origem seja sistêmica, há necessidade de encaminhamento para o médico ou serviço especializado.

Candidose – Queilite angular

Candidose ou candidíase é uma infecção fúngica causada pela Candida albicans. Monilíase é o termo mais antigo para essa doença, mas atualmente é considerado impróprio. A presença da *Candida albicans* é tida como componente normal da flora oral normal e pode ocorrer entre 30 a 50% da população sem evidência clínica de doença. Essa frequência aumenta com a idade, chegando a ocorrer em 60% dos pacientes acima de 60 anos.

Características clínicas

A candidose oral pode apresentar-se em diversos tipos clínicos, sendo: pseudomembranosa, eritematosa, multifocal crônica, queilite angular, estomatites protética e hiperplásica.

A forma pseudomembranosa caracteriza-se pela presença de placas brancas removíveis a raspagem, também conhecidas por "sapinho". Essa forma de candidose pode iniciar-se por exposição do paciente a antibióticos de amplo espectro, diminuição na imunidade (seja local ou sistemicamente) e uso de corticoides locais. Apresenta sintomatologia semelhante à ardência e prurido.

A forma eritematosa apresenta-se com lesão avermelhada, sem a presença de placas brancas; pode ser aguda ou crônica.

A queilite angular caracteriza-se pela presença de eritema, fissuras e descamação na comissura labial bilateralmente. Ocorre frequentemente em pacientes com perda de dimensão vertical de oclusão, nos quais há o acúmulo de saliva na comissura, mantendo essa região sempre úmida e favorável ao crescimento do fungo. Associados a queilite angular são observadas despapilação de língua e outros sinais de infecção por fungos pela mucosa oral.

A estomatite protética apresenta-se como uma forma de candidose eritematosa, sendo caracterizada por diversos graus de eritema, petéquias hemorrágicas no palato duro (área chapeável da prótese). Não há frequência sintomatologia, seja dor ou ardência, uma vez que o paciente não sabe da presença da lesão.

O tratamento para as formas mais comuns supracitadas é o uso de antifúngicos tópicos inicialmente (dependendo do quadro sistêmico do paciente), higienização correta das próteses e, quando necessário, uso de antifúngicos sistêmicos. Os antifúngicos tópicos mais utilizados são a nistatina oral e o miconazol gel oral (Daktarin gel oral®). Os dois não devem ser usados concomitantemente, sendo o miconazol mais indicado nos casos de queilite angular. Os dois antifúngicos tópicos devem ser utilizados três vezes ao dia, após a higienização da prótese e cavidade oral por um período mínimo de 15 dias. Orientar o paciente quanto à higienização com uso de água e sabão de coco ou detergente neutro. Caso o paciente não durma com as próteses, orientar a deixá-las imersas em água limpa e filtrada.

O diagnóstico da candidose é feito por achados clínicos e com auxílio de citologia esfoliativa e solicitação de PAS em alguns casos.

Nos pacientes idosos, os quadros mais comuns de candidose são a forma eritematosa (estomatite protética) e a queilite angular.

Aspectos odontológicos na saúde do idoso

A maioria dos pacientes idosos apresenta um quadro clínico comum, caracterizado por edentulismo, doença periodontal avançada, presença de próteses totais e/ou parciais e algumas lesões bucais associadas a esse quadro clínico, tais como candidose eritematosa, queilite angular e hiperplasia fibrosa inflamatória. A presença de neoplasias e lesões cancerizáveis também precisa ser investigada.

A anamnese do paciente geriátrico deve ser muito detalhada e completa, sendo necessária porventura a ajuda dos familiares ou cuidadores em seu preenchimento. A avaliação do grau de compreensão do paciente, sua cooperação e interesse no tratamento também se fazem necessários, já que muitos não compreendem a situação que estão vivenciando e o tratamento necessário ao qual devem ser submetidos.

A mucosa oral apresenta uma diminuição da espessura do epitélio, tornando-a mais friável, sendo, portanto, mais susceptível a traumas. Ocorrem também alterações nas glândulas salivares maiores e menores, com diminuição do fluxo salivar e alteração na composição e viscosidade da saliva, causando alterações na lubrificação da cavidade oral e xerostomia (sensação de boca seca).

Há a presença de gengivite, periodontite, perda de elementos dentários, halitose, atrição dentária e disfunção de articulação têmporo-mandibular em muitos dos pacientes geriátricos. Próteses mal adaptadas e as lesões consequentes a estas também são bastante corriqueiras.

Podemos encontrar algumas lesões consequentes ao uso de próteses mal adaptadas, tais como úlceras traumáticas, hiperplasia fibrosa inflamatória e candidose (estomatite protética e queilite angular).

A úlcera traumática apresenta-se como úlcera de fundo amarelado, que pode conter ou não halo eritematoso, com sintomatologia dolorosa, cujo tamanho pode variar de alguns milímetros a alguns centímetros. A relação de causa e efeito é visualizada facilmente na maioria dos casos. O tratamento é a remoção do fator traumático, ou seja, desgaste da prótese ou cúspides e fraturas dentais, com melhora no quadro clínico. A remoção completa da prótese pode ser necessária em alguns casos.

A hiperplasia fibrosa inflamatória é uma lesão reacional, ou também chamada processo proliferativo não neoplásico. É também conhecida como epúlide fissurada, caracterizada por hiperplasia de tecido conjuntivo fibroso. Clinicamente apresenta-se como nódulo pediculado, bilobulado, assemelhando-se a pregas de tecido em rebordo alveolar e fundo de sulco vestibular tanto no rebordo alveolar superior quanto no inferior. O tamanho dessa lesão pode variar entre cinco milímetros a vários centímetros, apresentando coloração semelhante à da mucosa adjacente e consistência fibroelástica. Além de acometer o rebordo, pode ocorrer em palato duro, apresentando um aspecto superficial rugoso. O tratamento para essas lesões é a remoção cirúrgica, com troca das próteses.

A higienização dental deve ser realizada pelo menos após todas as refeições, alertando o paciente e/ou família. A higienização de próteses também deve ser ensinada, com auxílio de escova dental dura e sabão ou detergente neutro (já que a prótese é confeccionada em material plástico). Os enxaguatórios bucais eventualmente podem ser necessários como adjuvantes na limpeza e na higienização de pacientes que possam estar incapacitados de realizar a higienização bucal.

Referências

NEVILLE, B. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Bibliografia Consultada

MARCUCCI, M. **Fundamentos de Odontologia**: Estomatologia. 1. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 2005

NETTO, M. P. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

SCULLY, C. **Medicina oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SILVERMAN, S; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos de medicina oral**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.