

HALITOSE: o mau hálito

O mau hálito, também conhecido como halitose, é um problema extremamente comum e afeta grande parte da população mundial, podendo causar significantes alterações no comportamento social e psicológico do indivíduo.

Estima-se que entre 85% e 90% dos casos de halitose sejam de origem bucal, sendo a sua principal etiologia os resíduos depositados na língua, denominados saburra lingual. Portanto, podemos considerar a língua como um importante nicho de origem da halitose, bem como de outros problemas que podem decorrer da presença destas bactérias presentes no dorso lingual.

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 consequências 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)

Apesar da maior incidência da etiologia da halitose ser de origem bucal principalmente pelo acúmulo da saburra lingual, há outras origens 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 HÀBITOS 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.

Em idosos, há outras causas mais frequentes para aumentar a incidência da halitose que são:

- 1. PERDA DE UNIDADES DENTÁRIAS, causando dificuldade de mastigação e, conseqüentemente, não estimulando adequadamente as glândulas salivares. Por terem dificuldade de mastigação em consequência 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.

- 2. O USO FREQUENTE 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.**
- 3. ALTA INCIDÊNCIA DE DIABÉTICOS que ocorre queima de ácidos graxos, liberando corpos cetônico 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. Ressalta-se que a diabetes também tem uma alta incidência na população não idosa.**
- 4. SENILIDADE DAS 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 consequência halitose pela eliminação de enxofre (CSV).**

Concluimos com a mensagem da importância a ser dada a higienização da língua, pois estima-se que entre 85% e 90% dos casos de halitose sejam de origem bucal, sendo a sua principal etiologia os resíduos depositados na língua, denominados saburra lingual.

Existem alguns os métodos de higiene para a remoção de saburra lingual (gaze, escova de dente e limpador de língua),

porém pesquisas constataram que os limpadores linguais são mais eficientes. (CERRI, 2002)

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 Saburrosa –Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada, Curitiba, v.6, n.34, p. 312-316, 2002

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/

PANU, J. F. , et al;-Viscosity of whole saliva - Acta Odontol. Scand - 56(4) pags.210-4 - 1998.

Quirynen M, Avontroodt P, Soers C, Zhao H, Pauwels M, van Steenberghe D. Impact of tongue cleansers on microbial load and taste. J Clin Periodontol. 2004;31(7):506-10. 2. Christensen GJ. Why clean your tongue? J Am Dent Assoc. 1998;129(11):1605-7. 3. Rosenberg M. Clinical assessment of bad breath: current concepts. J Am Dent Assoc. 1996;127(4):475-82. 4. Tárzia O. Halitose: um desafio que tem cura. São Paulo: Epub; 2003. 5. Thakur H, Stanhope B. Tongue cleaning: a necessary part of the oral hygiene regimen. J Mass Dent Assoc. 1999;48(2):22-6. 6. Tonzetich J, Ng SK. Reduction of malodor by oral cleansing procedures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976;42(2):172- 81. 7