

HALITOSE

Livro BORGES FORTES *

1.—IMPORTÂNCIA DO ASSUNTO

Aceitando-se como ponto pacífico, que nem todos os maus odores no hálito, representam uma halitose, a constatação de sua existência representa, porém, para o cirurgião-dentista, problema de dupla importância:

a — **prestação de serviços profissionais**: grande número de pessoas procuram os cirurgiões-dentistas, a fim de se livrar de seus dentes, — do que existem inúmeras citações na literatura odontológica, — pois, em seu entender, seriam os responsáveis por sua halitose, falsa ou verdadeira. Insatisfeitas, porém, em suas pretensões, e com o problema ainda insolúvel, retornam ao uso abusivo de pastilhas aromáticas, havendo vários registros de

intoxicações e convulsões, (devidas a seu uso imoderado);

b — **hálito do próprio cirurgião dentista**, que, conhecendo com mais detalhes o assunto, pode se precaver, não se tornando um problema para seus clientes.

Indiscutivelmente, o indivíduo portador de halitose, se situa em grande desvantagem social. Na literatura encontra-se relatos de neurose, decorrente da incapacidade de indivíduos avaliarem se eram ou não portadores de halitose.

A magnitude do problema que constitui a halitose, pode ser apreciada pela venda astronômica de produtos comerciais, que afirmam resolver a situação. A propaganda mal orientada, que pinta de negro as atividades sociais dos portadores de halitose, lança o público em

* Colaborador de ensino da Cátedra de Clínica Odontológica 1ª Cadeira.

verdadeiro pânico, com slogans «Você não sente, mas os outros sim», por exemplo, gerando confusão mental aos que não a possuem, e, naturalmente, com mais razão, aos que se encontram com o problema. A propaganda deveria ser dirigida com o fim de encaminhar os indivíduos a profissionais, para verificar a existência ou não de halitose.

2 — VARIAÇÕES NO HALITO

O hálito, em indivíduos normais, apresenta variações condicionadas à idade, hora do dia, estado fisiológico, fome e menstruação.

a — idade — A medida que se avança em idade, o hálito sofre alterações no que diz respeito à intensidade e características. Assim, as crianças apresentam um hálito doce e agradável, tipo que permanece até a adolescência, quando se torna mais grave e intenso, e mais pronunciado na idade madura, tornando-se, algumas vezes, ofensivo. Na idade provectora se agrava, tendo características desagradáveis e intoleráveis.

As alterações no hálito, são mais precoces nas mulheres do que nos homens. Ainda não teve completa elucidação as causas da influência da idade sobre o hálito, supondo-se tratar de origem sistêmica, condicionada por uns à alterações metabólicas, e por outros autores à fatores locais.

b — hora do dia: é notória a existência de maus odores no hálito

ao acordar, independente de idade, sexo e condições de saúde. No entanto, esta falsa halitose, desaparece após a primeira refeição, sendo diminuída pela escovação dos dentes.

Em indivíduos que se abstêm da primeira refeição, mesmo efetuando uma rigorosa higiene bucal, a falsa halitose, após certo tempo, volta a se manifestar. Ao contrário, e em condições normais, após a ingestão da primeira refeição, e, sem qualquer cuidado de higiene, seu desaparecimento é total.

Relativamente à etiologia desta falsa halitose, a maioria dos autores é concorde com o predomínio de causas locais, como putrefação da saliva, estagnação e putrefação de restos alimentares, e células epiteliais descamadas na bôca. Durante a noite, por ocasião do sono, existe uma diminuição das funções na cavidade bucal, propiciando, aos microorganismos, tempo e condições necessárias para provocar a putrefação referida.

Outros autores, atribuem a esta halitose, origem sistêmica, baseados em seu desaparecimento, após a ingestão da primeira refeição, sem qualquer outro cuidado. É possível refutar este grupo pelo conhecimento de que, por ocasião da primeira refeição, há o restabelecimento das funções da cavidade bucal, ao qual se alia, indiscutivelmente, o poder detergente de certos alimentos, resultando uma limpeza mecânica dos elementos responsáveis pela falsa halitose.

c — fome — é universalmente

aceito que a fome determina uma alteração bastante marcada no hálito, tornando-o desagradável e ofensivo. O hálito permanece agradável uma a duas horas após a refeição e, ao passar o tempo, com o aparecimento da fome e da fadiga, reaparece, tornando-se intenso e, às vezes, intolerável.

Este hálito pode ser mascarado por dentifrícios e pastilhas aromáticas, verificando-se, porém, uma coexistência dos odores aromáticos e o hálito da fome. No entanto, seu desaparecimento total, se verifica após a ingestão de substâncias não aromáticas, uma fatia de pão ou uma maçã, por exemplo. O hálito é intenso e desagradável nos indivíduos que se abstém da primeira refeição, e, torna-se cada vez mais marcado e ofensivo, à medida que se aproxima a hora do almoço, mesmo que sejam usadas substâncias aromáticas.

Quanto à origem deste hálito, é geralmente atribuído à putrefação do suco pancreático que, durante o jejum, invadiria o estômago.

O hálito da fome tem importância para os profissionais que se mantém atarefados por longas horas, e sem qualquer alimentação, sendo infalível seu aparecimento. Para se evitar a situação daí decorrente, basta a ingestão de qualquer alimento e, no caso de ser absolutamente impossível, é conveniente recorrer à bochechos com substâncias aromáticas que, apesar de não fazer desaparecer o hálito da fome, mascara-o.

3. — HALITOSE.

Salientando o exposto, é indispensável que se refira relativamente à halitose que se manifesta de modo permanente, com intensidade e características marcadas, embora ambas as alterações possam ocorrer simultaneamente. Assim, um indivíduo portador de halitose, terá seu hálito matinal mais grave e intenso do que o de um indivíduo normal.

a — conceito — halitose é a constatação de maus odores da cavidade bucal, sem levar em conta sua origem. É conhecida, também, como *Fetor ex ore* e *Fetor oris*. Alguns autores preferem referir-se à halitose, quando existe uma causa sistêmica, reservando os termos *Fetor ex ore* e *Fetor oris* para as que tenham origem local. A maioria dos autores, no entanto, considera as três denominações como sinônimas.

b — avaliação clínica dos odores da boca — Apesar de ser amplamente citada na literatura o uso do osmoscópio, para a determinação da intensidade dos odores em laboratórios e institutos de pesquisa, seu emprego em clínica de consultório é impraticável, devendo, então, o profissional recorrer à apreciação pessoal, para avaliar a existência ou não de halitose. Para esta apreciação, é recomendado o seguinte método; com o paciente, em posição, na cadeira operatória, o profissional se coloca a seu lado, em um local tal em que as cabeças estejam na mesma altura. Isto pôs-

to, solicita-se ao paciente que, olhando para diante, com os lábios semi-cerrados, emita um leve e contínuo sôpro. O profissional, de posse de um pequeno cartão, e, por meio de abanos sucessivos e contínuos, dirige parte do sôpro para suas narinas.

Identificado o tipo de hálito, poderá ser catalogado:

I — quanto à qualidade: doce, azêdo, ácido, alho, etc.

II — quanto à intensidade: 0 — ausência; 1 — leve; 2 — moderado; 3 — pungente; 4 — repreensível.

A intensidade do hálito é possível ser avaliada por meio de aparelhos. A qualidade, no entanto, é de caráter puramente subjetivo e, assim permanecerá, enquanto os odores não forem cientificamente catalogados.

E' fato provado a incapacidade de auto-determinação do tipo de hálito, pois foi verificado experimentalmente a capacidade dos indivíduos se acostumarem aos mais variados odores. Assim, um indivíduo em contato contínuo e prolongado com um tipo de odor, com o tempo se torna incapaz de percebê-lo. Daí a circunstância do fumante não perceber o odor de fumo, apresentado por outro fumante.

A técnica referida, para a avaliação clínica do hálito, pode ser empregada para a pesquisa das diferentes origens da halitose. Assim, o sôpro emitido pela bôca é

verificado; no entanto, a halitose, se existente, poder ter origem local ou geral. Da mesma forma, solicitando-se que o paciente emita um sôpro pelas narinas, com a cavidade bucal cerrada, pode-se constatar a existência ou não de odor, indicativo ou não de halitose proveniente do pulmão ou de cavidades sinusais.

E' conveniente lembrar não ser tarefa fácil a localização exata da origem de uma halitose, tornando-se, muitas vêzes, necessária a co-operação conjunta e indissolúvel do cirurgião-dentista, do otorrinolaringologista e de um médico clínico.

4. — HALITOSE DE ORIGEM SISTÊMICA.

Após muita controvérsia a respeito do mecanismo das halitoses de origem sistêmica, chegou-se à conclusão que seu mecanismo íntimo, reside nas substâncias aromáticas, que, depois de serem absorvidas, passam à corrente circulatória, para serem, finalmente, eliminadas pelo pulmão. Quanto à origem destas substâncias, existem as que são ingeridas com os alimentos, as de produtos intermediários ou finais do processo digestivo e as de produtos residuais do metabolismo. Assim, têm essas origens, os hálitos de álcool, alho, cebola, acetona (diabete), urêmico, sangue, etc. Interessantes são as experimentações levadas a efeito com o alho; uma delas, consiste em friccionar a sola do pé com alho, por um período de cinco minutos, cons-

tatando-se que, após certo tempo, notamos sua presença no hálito do indivíduo. Observou-se, também, sua passagem ao feto e sua presença no leite materno, verificando-se ainda, o cheiro de alho no sangue de indivíduo que o tenha ingerido. Vejamos algumas alterações que podem ser responsáveis pela halitose de origem sistêmica:

a — **nariz** — a rinite atrófica costuma se apresentar acompanhada de uma halitose fétida.

b — **seios maxilares** — as sinusites se acompanham de halitose. No entanto, convém acentuar que um grande número de sinusites, têm dependência alérgica, e, se não se infectarem secundariamente, apresentam pouca ou nenhuma influência no hálito. De outra parte, porém, seriam as sinusites infecciosas, em sua maioria odontogênicas, as que apresentariam maior alteração no hálito.

c — **amígdalas** — as amígdalas, quando comprometidas, quer no estado agudo ou crônico, têm uma influência decisiva nas alterações do hálito. A halitose, nestas condições, está na dependência direta da extensão do processo e da flora microbiana predominante. Assim, nas amigdalites em que predomina a flora fuso-espirilar, e que se acompanham de focos necróticos, o hálito se torna repugnante. Além disso, está constatado que as amígdalas, mesmo não comprometidas, auxiliando a retenção de restos alimentares nas fossas amigdalinas, favorecem a halitose.

d — **brônquios e pulmão** — abscessos, gangrenas pulmonares e bronquites crônicas, são acompanhadas de halitose.

e — **intestinos** — a constipação intestinal é apontada, por alguns autores, como responsável por halitose, afirmando que, nos distúrbios intestinais, haveria putrefação, cujos produtos seriam absorvidos pela corrente sanguínea e eliminados, posteriormente, pelo pulmão. Outros autores, no entanto, negam a participação das alterações intestinais na produção de halitose.

f — **diabete** — a moléstia se acompanha de hálito característico, conhecido como hálito de maçã e hálito cetônico; apresenta-se mais intenso nos diabéticos não controlados, isto é, nos que desconhecem a existência da doença ou que cumprem com deficiência o tratamento instituído.

g — **rins** — as alterações renais costumam se acompanhar de hálito de odor semelhante a amoníaco ou uréia.

h — **fígado** — os portadores de cirrose hepática podem apresentar hálito de odor idêntico à sangue.

i — **menstruação** — o início da menstruação é acompanhado de halitose.

j — **crises emocionais** — aceita-se que, geralmente, as crises emocionais violentas, se acompanham de halitose.

5. — HALITOSE DE ORIGEM LOCAL.

Nas halitoses de origem sistêmica, o papel do cirurgião-dentista é o diagnóstico diferencial e o envio do paciente ao especialista que o caso requeira. No caso, porém, de halitoses cuja origem seja local, lhe cumpre o diagnóstico e o tratamento adequado.

Relativamente ao fator responsável, com mais intensidade, pela presença de halitose proveniente da cavidade bucal, não há concordância entre os autores. Alguns conferem importância a todos os fatores, quer associados ou isolados, para quem se obteria sucesso no tratamento, tomando-os todos em consideração. Trabalhos de pesquisa com o osmoscópico, evidenciam estes fatores, tornando possível individualizá-los, e, cujo exame, permitiu chegar-se à conclusões interessantes, especialmente no que diz respeito a:

a — estagnação e putrefação de restos de alimentos e de tecidos epiteliais, em redor do colo dos dentes — a retenção e putrefação dos alimentos, em determinadas áreas da cavidade bucal, é considerada, por muitos, como o maior responsável pela halitose de origem bucal. Estas áreas são: cervicais, espaços interdentários e áreas protéticas.

b — putrefação da saliva — a saliva incubada, após um período de uma a duas horas, apresenta um cheiro forte e repugnante. Mes-

mo nos indivíduos normais, é este o comportamento da saliva. Em alguns casos, após três horas, a intensidade do odôr é de tal ordem que, para se usar o osmoscópico, é indispensável que a saliva tenha diluição prévia. A capacidade relativamente rápida de putrefação da saliva, unida à putrefação dos restos alimentares, é que se atribui o hálito matinal. A velocidade de putrefação é atenuada com o uso de bochechos antissépticos.

A saliva de pessoas portadoras de alterações parodontais mostram sinais de putrefação após uma hora, mesmo sem ser incubada.

c — cárie — a cárie isoladamente, não é causa de halitose, o que se pode constatar facilmente, pelo fato de que a remoção de dentina cariada é isenta de qualquer odôr característico, a menos que haja concomitância de gangrena pulpar. Seu papel é, portanto, passivo, pelo oferecimento de áreas de retenção de restos alimentares.

d — alterações gengivais — verifica-se as maiores alterações de hálito em portadores de gengivites, especialmente nas de caráter hiperplásicas. A halitose, nesta circunstância, tem como responsável a profusão de pequenas hemorragias; o sangue se deposita nas falsas bolsas periodonticas e nos espaços interdentários, onde entra em putrefação, advindo hálito fétido e repugnante. Ao fator hemorragia é, também, associada a menor higiene da cavidade bucal, aumentando, com isso, a quantidade

de restos alimentares e sua consequente putrefação.

As gengivites, favorecendo ao aparecimento de maiores áreas de retenção alimentar, principalmente as hiperplásicas, cria um círculo vicioso de condições, que têm, como resultado, o agravamento progressivo da halitose.

e — **alterações parodontais** — estas agravam os fatores já referidos nas gengivites; na maioria dos casos, no entanto, existe associação das alterações parodontais e gengivites. O agravo das condições é representado pelo pús, proveniente das bolsas, e dos focos hemorrágicos.

f — **infecção de Vincent** — tem, dentre as gengivites agudas e crônicas, a caracterizá-la a fetidez violenta do hálito, cuja intensidade é considerada, por autores, como patognomônica para a gengivite fuso-espirilar de Vincent.

g — **língua saburrosa** — é de constatação fluente que, 90% dos indivíduos portadores de halitose, possuem língua saburrosa, sendo responsáveis os 2/3 posteriores da língua. A afirmação é de fácil comprovação, considerando que a limpeza daquela porção da língua, com um pedaço de gaze, permite perceber, incontestavelmente, o mau odor que aí se impregna. O fato se deve ao depósito, na região, de restos alimentares, e sua consequente putrefação. A limpeza mecânica ou escovação dos 2/3 posteriores da língua, livra inúmeros portadores de

halitose, como ficou comprovado experimentalmente.

h — **respiradores bucais** — é de fácil verificação que os respiradores bucais apresentam, geralmente, halitose. Admite-se que a respiração bucal propicie alteração da flora microbiana bucal, com consequente aumento dos estreptococos alfa, que agem, de preferência, sobre as gorduras, e de um modo incompleto, sendo o produto final ácidos graxos voláteis, que têm a responsabilidade da halitose. Este fato se confirma em indivíduos que abusam de gorduras em sua alimentação, principalmente nas dietas lácteas, onde, além da gordura, a baixa detergência favorece a saburra da língua. Em face dessa circunstância, diminuindo as gorduras na dieta, se consegue uma redução significativa na halitose.

Como agravante, nos respiradores bucais, se adiciona a existência, quase que constante, de gengivites.

i — **desidratação** — toda alteração sistêmica acompanhada de desidratação, acarreta diminuição do fluxo salivar. Como a saliva tem papel importante na fisiologia da cavidade bucal, é freqüente, nêstes estados, o aparecimento de halitose.

j — **portadores de dentaduras e próteses móveis** — dentaduras de vulcanite, devido a sua porosidade, após certo tempo de uso, determinavam a emanação de odor característico. A prótese atual, utilizando materiais mais eficientes e

menos porosos, determinou a supuração daqueles inconvenientes, muito embora se torna indispensável uma perfeita higiene, após cada refeição, para evitar impregnações, possíveis de ocasionar halitose.

k — hemorragias — quando ocorrem a expensas de processos patológicos locais, como gengivites e alterações paradontais, já foi relatada sua influência na determinação de halitose. Independente dessas causas, é sabido que causas sistêmicas se acompanham, frequentemente, de hálito característicos. A halitose aparece em indivíduos normais, que se submetem a intervenções cruentas na cavidade bucal. Assim, após extração de tártaro ou exodontias, o sangue acompanhante se aloja nos espaços interdentários e cervicais, entrando em putrefação. Pode agravar-se a halitose com o aparecimento de alveolite, pela infecção e decomposição do sangue no alvéolo, ao que, na maioria das vezes, se alia deficiente higiene bucal.

l — fumantes — o hálito do fumante é característico e encontra uma concordância, na maioria dos autores, em seus adjetivos: picante, intenso e desagradável. Chama a atenção ao fato de que um fuman-

te ser tolerante ao hálito de outro; no entanto, êle é muito notado pelos não fumantes. Além disso, é sabido que um fumante tem sua capacidade olfativa muito diminuída e imperfeita, não lhe permitindo ser muito capaz na avaliação da halitose.

6. — TRATAMENTO.

A halitose só admite o tratamento causal, e porisso, uma vez determinada, deverá ser removida.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Cheraskin, E., Langley, L. L. Dynamics of Oral Diagnosis The Year Book Publishers, Inc. Chicago USA — 1956.
- 2 Burket, L. W. Medicina Bucal 2.a ed., México, Editorial Interamericana S. A., 1954
- 3 Massler, M., Emslie, R. D., Bolden, T.E., Tradução de Hernan Velez, Z. F. de O Temas Odontológicos, 53: 146-163, julho, 1957.
- 4 Hine, M. K. Halitosis J.A.D.A. 55:37-46, july, 1957