

PREV NEWS

Colgate® THE ORAL CARE REPORT



Boletim Informativo sobre Avanços em Odontologia e Saúde Bucal

Líquen Plano Bucal: Um Guia para Tratamento Eficaz de Caso

A condição inflamatória crônica do líquen plano bucal (LPB) caracteriza-se por lesões mucosas de aspecto e gravidade variáveis.^{1,2} Essa condição acomete 0,5% a 2,2% da população e é duas vezes mais comum em mulheres do que em homens.^{1,3} Embora o LPB possa se manifestar em qualquer estágio da vida, o pico de incidência dá-se na fase tardia da meia idade.^{1,3} Uma vez que a população está envelhecendo, alguns profissionais vêm relatando a detecção do LPB com frequência cada vez maior.

Diagnóstico e Causas

Várias classes de LPB foram descritas,¹ incluindo o reticular (92% dos pacientes), o papular (11%), o bolhoso (1%), o tipo placa (36%), o atrófico (44%) e o ulcerativo (9%). Os pacientes podem apresentar características de mais de uma classe simultaneamente. O tipo mais comum, o LPB reticular, é caracterizado por um padrão de linhas brancas ou manchas circunscritas e, geralmente, é assintomático.¹ Formas mais severas envolvem descamação, atrofia ou ulceração tecidual e são geralmente dolorosas.^{1,3} Mais comumente, a mucosa bucal é acometida, mas o LPB também pode aparecer na língua e gengivas, e mais raramente no palato, no assoalho da boca ou nos lábios.^{1,3,4} Como existem

várias outras condições de aspecto similar, o diagnóstico diferencial do LPB pode representar um desafio.^{1,3} A presença de um infiltrado linfocítico na membrana basal é típica no LPB.⁵ Análises histológicas e imuno-histoquímicas geralmente podem confirmar o diagnóstico.^{1,3,5}

Acredita-se que o LPB seja um distúrbio primariamente auto-imune,^{3,4} embora outras possíveis causas incluam irritação devida ao contato com restaurações dentais e a ingestão de certos medicamentos, como drogas anti-inflamatórias não-esteróides e inibidores da enzima conversora da angiotensina.^{1,2} A higiene bucal deficiente pode contribuir para o desenvolvimento ou exacerbação da condição.¹

Acredita-se que o líquen plano bucal seja um distúrbio primariamente auto-imune; entretanto, outras possíveis causas incluem irritação causada pelo contato com restaurações dentais e a ingestão de determinados medicamentos.

Volume 13, número 4

Nesta edição

Líquen Plano Bucal: Um guia para o Tratamento Eficaz de Caso 1

Na Prática: Endodontia 4

Página de Higiene 8

Prática Clínica 10

Atualização Colgate 12

Editor-Chefe

Chester Douglass, DMD, PhD; E.U.A.
Professor de Política de Saúde Oral e Epidemiologia, Harvard School of Dental Medicine e School of Public Health

Editores Associados

John J. Clarkson, BDS, PhD; Irlanda
Saskia Estupiñan-Day, DDS, MPH
Organização Pan-Americana de Saúde;
Washington, D.C.
Joan I. Gluch, RDH; E.U.A.
Kevin Roach, BSc, DDS, FACD; Canadá
Zhen-Kang Zhang, DDS, Hon. FDS,
RCS (Edin.); China

Conselho Internacional

Per Axelsson, DDS, Odont. Dr.; Suécia
Irwin Mandel, DDS; E.U.A.
Roy Page, DDS, PhD; E.U.A.
Gregory Seymour, BDS, MDSc, PhD,
MRCPath; Austrália

EXPEDIENTE

Informativo publicado pelo departamento de Relações Profissionais da Colgate-Palmolive
R. Rio Grande, 752 - V. Mariana São Paulo/SP
CEP 04018-002.

Coordenação: Regina Antunes.
Jornalista responsável: Maristela Harada
Mtb. 28.082. Produção: Cadaris comunicação
e-mail: cadaris@cadaris.com.br
CTP e impressão: Typelaser.

Tiragem: 25 mil exemplares. Distribuição gratuita.
Proibida reprodução total ou parcial
sem prévia autorização.



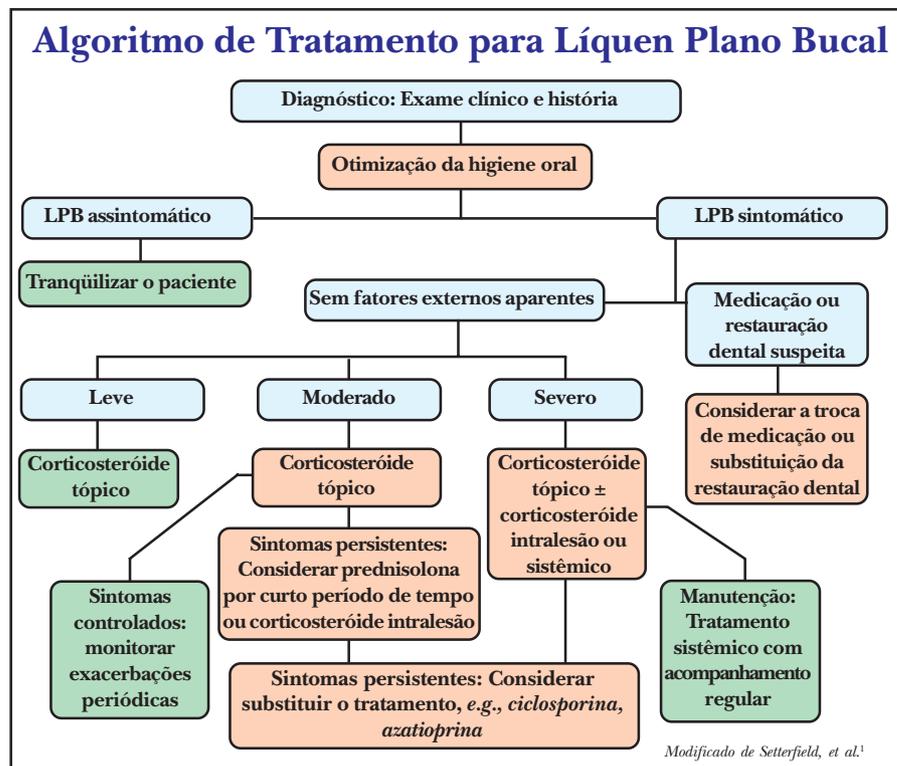
Diferentemente do líquen plano do cutâneo, o LPB raramente se resolve de maneira espontânea.¹⁻³ Registros mostram que o LPB pode evoluir para carcinoma escamoso em cerca de 1,5% dos pacientes,¹⁻³ um índice consideravelmente mais alto do que aquele observado na população geral. Não está claro se esses casos surgem do LPB propriamente ou da displasia liquenóide, uma condição de potencial maligno conhecido que se desenvolve coincidentemente nas lesões.^{2,3} O líquen plano cutâneo não evolui para malignidade.²

Tratamento

Não existe cura conhecida para o LPB, portanto o tratamento concentra-se no alívio dos sintomas.^{1-3,5} Nenhum tratamento é necessário para os pacientes assintomáticos.¹ Para os casos sintomáticos, existem várias opções de tratamento, embora nenhuma delas seja eficiente para todos os pacientes.² Na verdade, o grande número de terapias sugeridas é uma evidência das dificuldades algumas vezes encontradas para o tratamento do LPB (ver Figura).²

Não existe cura conhecida para o LPB, portanto o tratamento concentra-se no alívio dos sintomas

Corticosteróides tópicos são geralmente utilizados como tratamento de primeira linha para o LPB.^{1,2,4} Essas drogas normalmente são aplicadas na forma de pomadas, cremes, pastilhas, enxaguatórios bucais, curativos ou na forma de aerossóis.^{1,2} Para



muitos pacientes, a aplicação tópica de um corticosteróide de classe III, 5 a 10 vezes por dia, alivia os sintomas dentro de duas semanas.^{2,3} A frequência de aplicação necessária para obtenção dos resultados ideais, entretanto, é uma barreira para a adesão ao tratamento.² Os pacientes devem ser cuidadosamente orientados sobre as técnicas adequadas de aplicação para a eficácia máxima. Por exemplo, pode ser necessário secar as áreas acometidas antes da aplicação de pomadas ou cremes.⁵ A aplicação tópica prolongada de corticosteróides no tecido mucoso não parece apresentar efeitos colaterais prejudiciais.^{2,3,5}

Embora poucos experimentos clínicos tenham sido feitos, a eficácia de diversos compostos com base esteróide para tratamento do LPB foi demonstrada. Esses compostos

incluem a betametasona, a triancinolona, o clobetasol, a fluocinolona e a fluocinonida.^{1,2} Num estudo clínico duplo-cego controlado por placebo, a aplicação da fluocinonida na forma de pomada resultou em melhora de 80% dos pacientes, em comparação com 30% dos pacientes utilizando placebo.⁵ Essa diferença mostrou-se estatisticamente significativa, com um tamanho de amostra de 20 pacientes em cada grupo.

Corticosteróides sistêmicos, geralmente a prednisolona, também podem ser administrados para controle do LPB, embora o uso sistêmico seja recomendado somente em pacientes com sintomas severos ou exacerbações agudas, ou para aqueles que não respondem ao tratamento tópico.^{1,2,4} O uso sistêmico prolongado de



corticosteróides deve ser evitado devido à toxicidade. Regiões que não respondem aos agentes tópicos também podem ser tratadas com injeções de corticosteróides dentro das lesões.^{1,2,4}

O uso de terapia imunossupressora pode resultar em infecção secundária por *Candida*, portanto recomenda-se a cultura regular de amostras de saliva para identificar os pacientes que se beneficiariam com a terapia antifúngica concomitante.^{1,2,4}

Outras Opções Menos Eficazes

O **ácido retinóico** e seus derivados podem ser utilizados para tratar o LPB, embora possam causar irritação local e os pacientes freqüentemente recaem quando o tratamento é suspenso.^{1,2} Um estudo randomizado de agentes tópicos mostrou que o corticosteróide fluocinonida foi mais eficaz do que o ácido retinóico.⁶

Uma outra abordagem para tratamento do LPB é a remoção do tecido comprometido por meio de **criocirurgia** ou **lasers de CO₂**.^{1,2} Embora eficazes, esses métodos podem provocar aumento das erosões.² Além disso, o trauma operatório pode provocar o aparecimento de novas lesões.^{1,2} Por destruir o tecido, a criocirurgia ou lasers de CO₂ só devem ser usados em lesões que tenham sido previamente examinadas histologicamente. Como o LPB é uma condição crônica com propensão ao reaparecimento, a cirurgia não deve ser a principal opção de tratamento.²

Alguns pequenos experimentos mostraram que a aplicação tópica do agente imunossupressor **ciclosporina** é eficaz contra o LPB.^{1,2} Entretanto, outros estudos não evidenciaram

melhora, e sugeriu-se que as melhoras observadas em estudos iniciais deveriam-se à absorção sistêmica.^{1,2} Dúvidas sobre a eficácia, aliadas ao alto custo e à falta de uma formulação tópica comercialmente disponível, limitaram o uso da ciclosporina para tratamento do LPB.

A combinação de psoralens e tratamento com ultravioleta-A de ondas longas foi utilizada para tratar o LPB com algum sucesso.^{1,2} No entanto, o número relativamente grande de pacientes que relataram efeitos colaterais,¹ e a associação potencial do LPB com malignidade,^{1,2} minaram o entusiasmo pela terapia envolvendo radiação ultravioleta.

Outros agentes têm sido usados para tratar o LPB, incluindo **dapsona, fentoína, hidroxicloroquina, talidomida**, o fungicida **griseofulvina** e os imunomoduladores **azatioprina, levamisole e tacrolimos**.^{1,2} As evidências de eficácia desses agentes no tratamento do LPB são baseadas em observação pessoal e não sofreram avaliação científica sistemática.^{1,2}

Recomendações

Com base nas evidências disponíveis, foram feitas algumas recomendações para tratamento do LPB.^{1,2,4} Em casos assintomáticos, não é necessário nenhum tratamento além da monitoração.¹ Em casos sintomáticos, deve-se procurar uma causa subjacente, como irritação por restaurações dentais ou uso de medicamentos.^{1,2} Em caso de suspeita dessas causas, deve-se considerar a substituição dos materiais dentários ou o uso de medicação alternativa.

Quando não são encontradas causas externas, os corticosteróides tópicos são a primeira linha de

Em casos sintomáticos, deve-se procurar uma causa subjacente, como irritação por restaurações dentais ou LPB resultante de medicação

terapia.^{1,2,4} Conforme os sintomas melhoram, a força do corticosteróide pode ser diminuída.² Para lesões restritas, preferem-se cremes ou pomadas, enquanto para lesões disseminadas, um enxaguatório bucal pode ser mais prático.^{1,2} Se o tratamento tópico for eficaz, mas persistirem pequenas lesões refratárias, uma injeção intralesão de corticosteróide pode ser tentada.² Se o uso de corticosteróides tópicos resultar em melhora limitada, eles podem ser combinados com corticosteróides sistêmicos, com monitoração de efeitos adversos.^{1,4} Para LPB persistente que não pode ser controlado com corticosteróides, terapias alternativas como a ciclosporina ou azatioprina podem ser consideradas.¹

São necessárias pesquisas adicionais para estabelecer as verdadeiras causas do LPB. Esse conhecimento pode finalmente levar à cura, mas, no momento, o tratamento deve se concentrar no alívio dos sintomas. Existe a necessidade de estudos randomizados adequadamente controlados para estabelecer a terapia ideal para o LPB.¹ PN

Referências

1. Setterfield JF, Black MM, Challacombe SJ. *The management of oral lichen planus*. *Clin Exp Dermatol* 2000;25(3):176-182.

Continua na página 11



NA PRÁTICA

E N D O D O N T I A

Prevenção da Infiltração Coronária

Doenças pulpares e periradiculares desenvolvem-se com a contaminação dos tecidos dos canais radiculares. A infiltração coronária após o tratamento de canal permite que o espaço seja invadido por microorganismos e seus subprodutos, levando à contaminação e à inflamação dos tecidos circundantes. Como a inflamação pulpar e periradicular estão em estudo como possíveis contribuintes para doenças sistêmicas (ver Prática Clínica, nesta edição), a promoção de uma terapia endodôntica eficaz, que impeça a penetração bacteriana no espaço pulpar e no sistema do canal radicular, é uma meta principal do tratamento do canal radicular. A American Association of Endodontists publicou recentemente um artigo apresentando diretrizes clínicas para prevenção da infiltração coronária;¹ as diretrizes estão resumidas a seguir.

Metas Primárias do Tratamento do Canal Radicular

As metas primárias do tratamento de canal radicular são: 1) remover irritantes do sistema do canal radicular; 2) preencher ou obter o sistema limpo e modelado; e 3) evitar futura recontaminação dos canais radiculares obturados. Entretanto, a recontaminação de canais radiculares bem preenchidos pode ocorrer se: 1) a restauração do dente após o tratamento do canal demorar para ser feita; 2) o material de

A infiltração coronária após o tratamento de canal permite a invasão bacteriana no espaço do canal radicular, levando à contaminação e à inflamação dos tecidos adjacentes

preenchimento temporário colocado imediatamente após o tratamento do canal estiver comprometido; 3) o dente fraturar e o sistema do canal for exposto antes da restauração final; 4) a restauração final não apresentar integridade ideal da margem ou não puder suportar as forças da função oclusal e deteriorar; ou 5) se houver cárie recorrente nas margens da restauração.

Como se Pode Evitar a Infiltração Coronária?

A American Association of Endodontists recomenda as seguintes oportunidades-chave, permitindo aos clínicos evitar a infiltração coronária em dentes endodonticamente tratados, que estão listadas na tabela ao lado e detalhadas a seguir.¹

- 1) Preparação pré-endodôntica do dente.** É necessária a remoção completa das cáries e restaurações defeituosas, bem como o estabelecimento de margens dentárias sólidas acima dos tecidos gengivais para colocação do lençol de borracha e restauração final do dente, e o exame da estrutura dentária em busca de fissuras ou fraturas com uso de corantes ou fibra óptica.
- 2) Perfeição nas técnicas de**

limpeza, modelagem e obturação do canal radicular. Uma vez que esses processos estejam completos, a obtenção de uma obturação tridimensional de alta qualidade deve ser prontamente exequível, exceto em casos de obturação com um único cone, falta de agente de selamento ou uso inadequado, e obturações aquém do limite ou incompletas que promovem infiltração.

3) Selamento temporário do sistema do canal radicular, durante e após o tratamento. Falhas da restauração temporária podem se dever à espessura inadequada (< 4 mm) ou colocação inadequada do material, manutenção do selamento temporário por mais de três semanas e falha na avaliação da oclusão após a colocação.

4) Escolha e integridade da restauração dentária final. Nem todos os dentes tratados endodonticamente requerem reconstrução completa, *i.e.*, confecção de núcleo e coroa. Pesquisas mostram que dentes restaurados com compósitos adesivos nas aberturas de acesso lingual são mais resistentes do que aqueles com núcleos e coroas, e

As Seis Principais Oportunidades para Prevenção da Infiltração Coronária em Dentes Tratados Endodonticamente
--

- | |
|---|
| 1) Preparação pré-endodôntica do dente |
| 2) Perfeição nas técnicas de limpeza, modelagem e obturação do canal |
| 3) Selamento temporário do sistema do canal radicular, durante e após o tratamento |
| 4) Escolha e integridade da restauração final do dente |
| 5) Prontidão na restauração e estabelecimento de oclusão atraumática |
| 6) Acompanhamento de longo prazo para avaliação da integridade do tratamento definitivo |

* extraído da American Association of Endodontists¹



também apresentam infiltração coronária mínima em comparação com dentes anteriores onde foram utilizados ionômero de vidro ou compostos não adesivos. Dentes posteriores, entretanto, requerem um núcleo adesivo e a colocação de pino em caso de necessidade de aumento da retenção do núcleo. Ao utilizar um núcleo, a interface do seu material e a estrutura do dente devem estar pelo menos dois milímetros acima da margem gengival livre, e a margem da coroa não deve invadir o espaço biológico. A invasão desse espaço pode causar desconforto ao paciente, especialmente durante uso do fio dental ou escovação, resultando em limpeza inadequada e predisposição ao acúmulo bacteriano, formação de placa, formação de bolsa periodontal, reincidência de cárie e perda da integridade marginal com conseqüente infiltração. Critérios adicionais para prevenção da infiltração marginal relacionados à restauração final do dente estão listados a seguir.

- Conservar a estrutura dental sadia e proteger as cúspides em áreas de função significativa para minimizar possíveis fraturas.
- Estabilizar o núcleo dentro do dente usando a câmara pulpar e aspecto coronário dos canais para retenção do núcleo adesivo.
- Conservar um mínimo de 4-5 mm de guta-percha densa apicalmente ao colocar o pino.
- Evitar pinos que possam causar efeitos de cunha na raiz durante a função, e cujas larguras excedam um terço de toda seção transversal da raiz.
- Preparar o espaço para pino com isolamento absoluto, e colocar o pino imediatamente após a preparação do espaço para minimizar

contaminação. Usar calor para remover a guta-percha do espaço.

- Evitar colocar pinos em raízes que apresentam pouco ou nenhum suporte ósseo, e considerar os efeitos do modelo do núcleo na sua retenção e estabilidade dentro da raiz; os pinos de lados paralelos, serrilhados, cimentados são os melhores.

- Considerar o uso de um agente de adesão dentinária compatível com cimentos de polimerização dual para pinos reforçados de resina com carbono, polietileno ou vidro.

5) Prontidão na restauração e estabelecimento de oclusão atraumática.

A restauração de um dente tratado endodonticamente deve ser iniciada assim que possível após o tratamento de canal, e é preciso certificar-se de que o dente apresenta oclusão atraumática. Quaisquer forças aberrantes podem romper o selamento coronário ou do pino ou núcleo, potencialmente resultando em infiltração coronária.

6) Acompanhamento de longo prazo para avaliar a integridade do tratamento definitivo.

A avaliação de acompanhamento de todos os procedimentos restauradores é essencial por causa da infiltração coronária e seu impacto ao longo do tempo. Com a verificação rotineira de sinais, sintomas e indicadores radiográficos de patose, e a procura de evidências de infiltração coronária, como cárie recorrente e perda de integridade marginal, o sucesso de um canal radicular pode ser maximizado.

Seguindo-se as diretrizes recomendadas pela American Association of Endodontists, a ocorrência de infiltração coronária pode ser reduzida, e o risco de penetração bacteriana no sistema do canal

radicular pode ser minimizado. PN

Referência:

1. American Association of Endodontists. *Coronal leakage: Clinical and biological implications in endodontic success*, 2002.

*O programa de Educação
Continuada
da Harvard School of Dental
Medicine está
disponível no site
www.colgateprofessional.com,
somente no idioma inglês.
Essa mudança atende às
diretrizes globais da Colgate em
padronizar a elaboração dos
testes. Os profissionais de saúde
bucal poderão realizar o teste
online e acompanhar
seu desempenho
pela internet.
Os participantes aprovados
receberão um certificado de
educação continuada emitido por
Harvard, uma das
universidades mais
conceituadas no mundo.
Não perca essa
oportunidade de enriquecer
o seu currículo.*



PÁGINA

DE HIGIENE

Flúor em Forma de Gel: Uma Revisão Sistemática

Dentifrícios Fluoretados na Prevenção da Cárie em Crianças

A eficácia anticárie dos dentifrícios contendo flúor depende muito do conteúdo de flúor e da frequência de uso. Um estudo com crianças de 6 a 15 anos de idade, examinando dentifrícios com 1.000, 1.700, 2.200 e 2.800 ppm de flúor, encontrou uma relação linear entre redução das cáries após um ano de uso e a concentração de flúor.¹ Dentifrícios com monofluorofosfato e fluoreto de sódio contendo concentrações similares de flúor aparentaram ser igualmente eficazes na redução da evolução das cáries em crianças em idade escolar.²

Entretanto, o uso inadequado de creme dental com alto conteúdo de flúor durante o período de formação dos dentes da criança pode resultar

em fluorose dental.³ A idade de vulnerabilidade se estende do nascimento aos 4 a 6 anos,^{3,4} mas a ingestão de flúor entre as idades de 15 e 30 meses parece ser a mais crítica para a fluorose dos incisivos centrais superiores, de tão grande importância estética.³ Estudos bem projetados publicados na década de 90 estabeleceram um vínculo entre o uso precoce inadequado de dentifrícios fluoretados e a fluorose.⁵ Outros fatores de risco que contribuem incluíram o uso impróprio de suplementos com flúor, uso de dentifrícios com doses mais altas do que as quantidades recomendadas, fluoretação da água da comunidade e uso prolongado da fórmula para bebê.⁵

Recomendações para Uso Adequado

Recomendações para pais, responsáveis e profissionais da saúde odontológica concernentes ao uso adequado de dentifrícios fluoretados em crianças pequenas são listadas na Tabela.

Fluorose Dental

O quadro clínico da fluorose dental geralmente aparece como linhas brancas e opacidades isoladas no esmalte. Em raros casos severos, pode ocorrer perfuração do esmalte dental com manchas.^{3,7} Atualmente, quase toda fluorose dental é discreta, e os pacientes geralmente nem a percebem. Os raros casos severos encontrados, ironicamente, podem ser associados a um elevado risco à cárie devido à perfuração e à perda do esmalte externo.³

Estimativa da Ingestão de Flúor por Crianças Pequenas

A ingestão diária ideal de flúor provavelmente relaciona-se ao peso corporal, sendo 0,05 a 0,07 mg/ kg a faixa estimada.^{3,4} Entretanto, para a maioria das crianças, em países como a Inglaterra, Noruega, Holanda, Estados Unidos ou Canadá, a escovação com cremes dentais fluoretados é iniciada antes dos 3 anos de idade.⁸ Como as crianças de 2 a 3 anos aparentemente ingerem um pouco do dentifrício colocado na escova,⁸ recomenda-se usar apenas uma quantidade correspondente ao tamanho de uma ervilha (0,5g) de um dentifrício contendo 1.000 ppm de flúor. Dado o baixo peso de uma criança de 2 anos, 0,024mg/ kg de flúor pode ser ingerido numa sessão de escovação.⁶ Dependendo dos níveis de fluoretação da água, uma criança de 2 anos pode receber mais do que o valor de flúor diário máximo recomendado se não se observar a dosagem recomendada de creme dental fluoretado. Portanto, antes de recomendar o uso de flúor para crianças com menos de 2 anos, é preciso considerar a ingestão de flúor na dieta dessa criança e seus

Recomendações Concernentes ao Uso de Dentifrícios Fluoretados em Crianças com Menos de 6 Anos de Idade

Pais e Outros Responsáveis

- supervisionar crianças com menos de 6 anos de idade durante a escovação para evitar deglutição^{4,6}
- usar pequenas quantidades de dentifrício (equivalente a uma ervilha ou menos)⁶
- usar dentifrícios com baixa quantidade de flúor (1.000 ppm) para crianças que apresentam risco baixo ou médio de cárie, conforme determinado pelo dentista^{5,6}

Profissionais da Equipe Odontológica

- orientar pais e responsáveis sobre o uso adequado de cremes dentais fluoretados (*i.e.*, em áreas fluoretadas, não usar em crianças com menos de 2 anos de idade)³
- prescrever de maneira criteriosa suplementos com flúor³



fatores de risco à cárie.

Concentração de Flúor

A concentração de flúor na maioria dos cremes dentais é igual ou superior a 1.000 ppm.^{6,8} Dentifrícios com 500 ppm de flúor ou menos estão disponíveis na Europa,⁶ mas não na América do Norte.³ Estudos examinando a eficácia anticárie desses produtos em crianças com menos do que 6 anos de idade são escassos. Um estudo comparando um dentifrício com 1.055 ppm com outro com 550 ppm em crianças com 2 anos de idade não mostrou diferença significativa na eficácia anticárie após três anos de uso.⁵ Por outro lado, um estudo mais recente da eficácia de se fornecer creme dental para crianças a partir de 1 ano de idade mostrou que as que receberam creme dental com 440 ppm de flúor desenvolveram significativamente mais cáries do que aquelas que receberam creme com 1.450 ppm.⁹ Pesquisas clínicas recentes também mostraram que a eficácia anticárie dos cremes dentais

Em média, 0,024 mg/kg de flúor é ingerido numa sessão de escovação; dessa forma, algumas crianças pequenas, especialmente aquelas que moram em comunidades com água fluoretada, podem facilmente receber mais do que o valor máximo recomendado de 0,07 mg/kg de flúor por dia

fluoretados pode ser aumentada pela adição de agentes como xilitol¹⁰, constituindo uma alternativa para aumentar a concentração de flúor nos cremes dentais. Esse estudo isolado precisa ser reproduzido para confirmação da sua credibilidade.

Aconselhamento de Pais e Responsáveis

Talvez o melhor conselho, no momento, para pais e responsáveis, é que peçam à equipe de atendimento odontológico que indique qual concentração de flúor no dentifrício é apropriada para o risco à cárie específico da criança. Pais devem ser orientados para limitar a quantidade de flúor ingerido pelos filhos. Membros da equipe odontológica devem considerar a idade da criança e outras fontes de flúor às quais cada uma está submetida para evitar a exposição, se possível, em crianças com menos de 2 anos de idade. EN

Referências

1. Biesbrock AR, Gerlach RW, Bollmer BW, Faller RV, Jacobs SA, Bartizek RD. *Relative anticaries efficacy of 1100, 1700, 2200, and 2800 ppm fluoride ion in a sodium fluoride dentifrice over*

1 year. Community Dent Oral Epidemiol 2001;29(5):382-389.
2. Saporito RA, Boneta AR, Feldman CA, Cinotti W, Sintet JL, Stewart B, et al. *Comparative anticaries efficacy of sodium fluoride and sodium monofluorophosphate dentifrices. A two-year caries clinical trial on children in New Jersey and Puerto Rico. Am J Dent* 2000;13(4):221-226.
3. Levy SM. *An update on fluorides and fluorosis. J Can Dent Assoc.* 2003;69(5):286-291.
4. Ripa LW. *A critique of topical fluoride methods (dentifrices, mouthrinses, operator-, and self-applied gels) in an era of decreased caries and increased fluorosis prevalence. J Public Health Dent* 1991;51(1):23-41.
5. Warren JJ, Levy SM. *A review of fluoride dentifrice related to dental fluorosis. Pediatr Dent* 1999;21(4):265-271.
6. Rock WP. *Young children and fluoride toothpaste. Br Dent J* 1994;177(1):17-20.
7. Morgan L, Alhed E, Tavares M, Bellinger D, Needleman H. *Investigation of the possible associations between fluorosis, fluoride exposure, and childhood behavior problems. Pediatr Dent* 1998;20(4):244-252.
8. Levy SM. *A review of fluoride intake from fluoride dentifrice. ASDC J Dent Child* 1993;60(2):115-124.
9. Davies GM, Worthington HV, Elkwood RP, Bentley EM, Blinkhorn AS, Taylor GO, et al. *A randomised controlled trial of the effectiveness of providing free fluoride toothpaste from the age of 12 months on reducing caries in 5-6 year old children. Community Dent Health* 2002;19(3):131-136.
10. Sintet JL, Elias-Boneta A, Stewart R, Wolpe AR, Lovett J. *Anticaries efficacy of a sodium monofluorophosphate dentifrice containing xylitol in a dicalcium phosphate dihydrate base. A 30-month caries clinical study in Costa Rica. Am J Dent* 2002;15(4):215-219.

Edições anteriores do
Prev News estão disponíveis
na internet, acesse:
www.colgateprofissional.com.br



PRÁTICA

CLÍNICA

Existe uma Associação Entre Infecções Pulpares e Doença Cardiovascular?

Diversos estudos realizados na última década sugeriram que uma saúde bucal deficiente pudesse estar relacionada à doença cardiovascular (DCV).^{1,2} Infecções periodontais, em especial, foram objeto de intensa investigação como fatores de risco suspeitos para DCV. No entanto, outras infecções bucais (*e.g.*, cáries, infecções pulpares) também foram investigadas como fatores de risco para DCV.^{2,3} Vias potenciais para associações infecção pulpar-DCV estão resumidas na Figura ao lado.³

Inflamação Pulpar e Doença Cardíaca Coronária

Embora algumas poucas associações entre patologia pulpar e DCV tenham sido encontradas em alguns estudos, a literatura é limitada e inconsistente, e pesquisas estão em andamento. Diversos novos estudos avaliaram a relação entre parâmetros endodônticos e doença cardíaca coronária (DCC). Em um estudo com 6.393 sujeitos do experimento de Risco de Arteriosclerose em Comunidades (ARIC), pacientes com dois ou mais dentes com história de terapia pulpar apresentaram probabilidade significativamente mais alta (1,3; 95% CI=1,02-1,66, $p=0,035$) de DCC prevalente comparados a pacientes com dentes sem história de terapia pulpar durante controle de fatores de

perplexidade (*e.g.*, idade, sexo, raça, renda, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes).⁴ Esse achado foi confirmado por outro grande estudo no qual uma relação significativa entre terapia pulpar e DCC foi encontrada entre os homens.³ No entanto, não foi encontrada associação significativa entre uma história de patologia pulpar e DCC entre mulheres nesse estudo ou em outro que incluiu apenas participantes do sexo feminino.^{3,5}

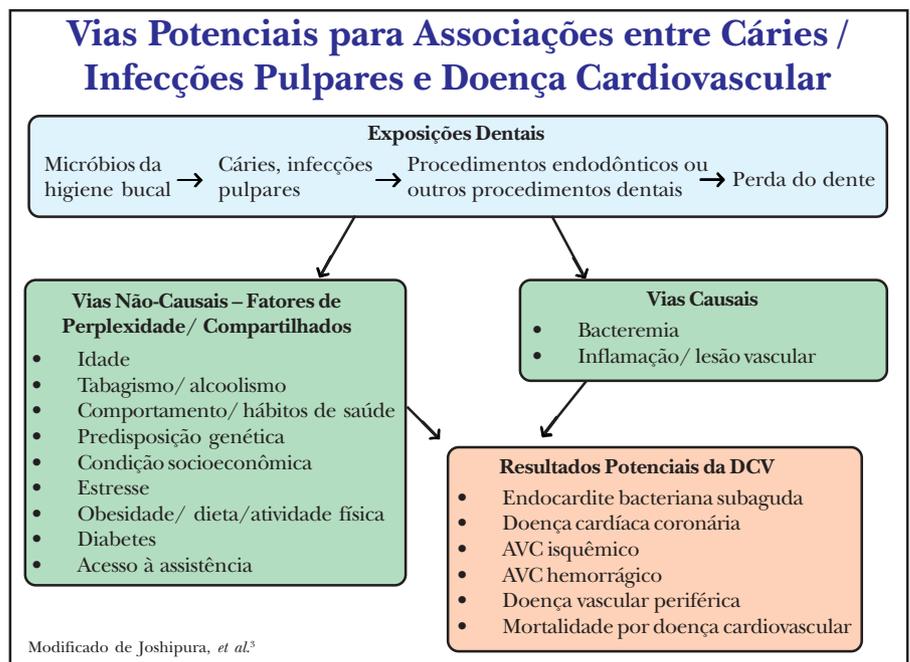
Embora pequenas associações entre infecções pulpares e DCV tenham sido encontradas em alguns estudos, a literatura é limitada e inconsistente.

Doença Dentária Crônica e Isquemia Cardiovascular

Embora infecções agudas sejam fatores de risco conhecidos para isquemia cerebrovascular, o papel potencial de infecções dentais crônicas como fatores de risco para isquemia cerebrovascular só foram avaliados num estudo de controle de caso.⁶ Nesse estudo, pacientes com isquemia cerebrovascular aguda apresentavam condição dentária pior (conforme determinado pelo índice dental total, $p<0,1$; não-significativo), periodontite ($p=0,047$) e lesões periapicais ($p=0,027$), comparados a controles de idade e sexo correspondentes.

Saúde Bucal Geral e Mortalidade por Doença Cardiovascular

A relação entre saúde bucal geral e DCV fatal também foi investigada.



Em 1970, num estudo incluindo 1.400 indivíduos, a saúde dental foi avaliada e o índice de mortalidade e causa de morte dos participantes foi registrado no acompanhamento no ano de 1997.¹ Resultados indicaram que o efeito combinado de placa, número de dentes ausentes, lesões apicais, lesões de cárie e perda de osso marginal estava significativamente correlacionado a eventos coronários fatais ($p=0,002$) quando ajustado para idade, sexo, tabagismo e DCV na linha base. Em contraste, num estudo incluindo mais de 6.500 participantes submetidos a exame odontológico (incluindo pesquisa de cárie, condição periodontal e presença de placa, presença de dentes remanescentes, vários tipos de próteses), que foram acompanhados por 12 anos, verificou-se que, ao se ajustarem para os fatores de risco estabelecidos para DCC, os indicadores de saúde bucal não se mostraram associados à morte por DCC.²

Conclusão

A despeito da publicação de alguns poucos estudos, por hora, não há evidências convincentes de uma relação entre cárie dental/ infecção pulpar e DCV. Os resultados inconsistentes encontrados entre os estudos podem ocorrer por várias razões, incluindo tipos diferentes de medidas usadas para classificar o estado de saúde bucal, variação nos fatores considerados, amostras de tamanho pequeno versus grande, populações masculinas versus femininas e uso de métodos estatísticos diferentes.

São necessários estudos adicionais para esclarecer se a doença dental crônica ou infecções pulpares são fatores de risco independentes para DCV. PN

Referências

1. Jansson L, Lavstedt S, Frithiof L, Theobald H. **Relationship between oral health and mortality in cardiovascular diseases.** *J Clin Periodontol* 2001;28(8):762-768.
2. Tuominen R, Reunanen A, Paunio M, Paunio I, Aromaa A. **Oral health indicators poorly predict coronary heart disease deaths.** *J Dent Res* 2003;82(9):713-718.
3. Joshipura K, Pitiiphat W, Hung H-C, Douglass C, Rimm E, Colditz G, et al. **Prior endodontic therapy and incidence of coronary heart disease.** *J Dent Res* 2002, A-1039.
4. Caplan DJ, Pankow J, Cai J, Offenbacher S, Beck J. **Endodontic infection and coronary heart disease in the ARIC study.** *J Dent Res* 2002, A-434.
5. Frisk F, Hakeberg M, Ahlqvist M, Bengtsson C. **Endodontic parameters and coronary heart disease.** *J Dent Res* 2002, A-264.
6. Grau AJ, Bugge F, Ziegler C, Schwarz W, Meuser J, Tasman AJ, et al. **Association between acute cerebrovascular ischemia and chronic and recurrent infection.** *Stroke* 1997;28(9):1724-1729.

Continuação de Capa (p. 3)

2. McCreary CE, McCartan BE. **Clinical management of oral lichen planus.** *Br J Oral Maxillofac. Surg* 1999;37(5):338-343.
3. Silverman S Jr, Gorsky M, Lozada-Nur F, Giannotti K. **A prospective study of findings and management in 214 patients with oral lichen planus.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72(6):665-670.
4. The American Academy of Oral Medicine. **Erosive Lichen Planus; Clinician's Guide to Treatment of Common Oral Conditions.** 1990. pp. 17-18.
5. Voute AB, Schulten EA, Langendijk PN, Kostense PJ, von DW, I. **Fluocinide in an adhesive base for treatment of oral lichen planus. A double-blind, placebo-controlled clinical study.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75(2):181-185.
6. Buajeeb W, Kraivaphan P, Pobruksa C. **Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetone in the treatment of oral lichen planus.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83(1):21-25.



Editor chefe Chester Douglass, DMD, PhD; E.U.A.

Professor de Política de Saúde Oral e Epidemiologia da Harvard School of Dental Medicine e School of Public Health

© 2004 Colgate-Palmolive Company. Todos os direitos reservados.

O Oral Care Report/Prev News tem o apoio da Colgate-Palmolive Company para os profissionais da área de saúde bucal.

Dirija seus comentários, perguntas e mudanças de endereço para:



Oral Care Report/Prev News
Centro de Atendimento de Profissionais
0800 703 9366
Departamento de Relações Profissionais
Rua Rio Grande, 752
São Paulo – SP- CEP 04018-002.

Para receber com antecedência as novas edições do PrevNews, increva-se no site www.colgateprofessional.com