

Halitose

Halitosis

Dóris Rocha Ruiz¹; Fabiana A. Cunha²; Sandra Kalil Bussadori³

1 Especialista em Odontopediatria; Professora do Curso de Atualização em Odontopediatria – Fundect/USP. São Paulo – SP [Brasil] dorisrr@gmail.com

2 Especialista em Odontopediatria; Professora do Curso de Atualização em Odontopediatria – Fundect/USP. São Paulo – SP [Brasil] biedv@terra.com.br

3 Professora do Programa de Mestrado – Uninove. São Paulo – SP [Brasil] skb@osite.com.br

Editorial

Ponto de vista

Artigos

Instruções
para os autores

A halitose se apresenta como uma alteração do odor oral, podendo indicar desequilíbrio local ou sistêmico. Seu diagnóstico é de grande importância para a saúde física e psíquica do indivíduo. Este estudo descreve a classificação e um protocolo de atendimento para halitose.

Palavra-chave: Halitose.

Halitosis may be defined as unpleasant or offensive breath that indicates a local or system disorder. Is very important for the individual physical and psychological health the exact diagnoses of this disorder. This study relates an attendance protocol for halitosis.

Key word: Halitosis.

1 Introdução

A halitose não é considerada uma doença, mas uma alteração do odor bucal, indicando um desequilíbrio local ou sistêmico, cuja etiologia precisa ser diagnosticada e tratada (ULIANA e colaboradores, 2002). Os odores bucais estão relacionados ao dinamismo do próprio corpo humano, às suas reações químicas e físicas (FREITAS NETO, 1999).

2 Revisão da literatura

Hine (1957) relata que a olfação não é uma ciência exata, não há uma definição aceitável para o odor. O hálito humano normalmente é livre de mau odor; quando passa a ter esse efeito, existe uma desordem funcional. O hálito varia naturalmente, de acordo com a idade. Lu (1982) descreve que no recém-nascido ele é adocicado; no jovem e adulto, neutro, e no idoso, forte e, freqüentemente, desagradável. O problema é essencialmente etiológico. Com a comprovação científica somada a uma observação cuidadosa, poderemos avaliar e tratar esse mal que tanto deprime e isola o indivíduo (GREIN e colaboradores, 1982). A etiologia da halitose está associada a diversas áreas: odontologia, medicina, nutrição e psicologia. A distinção dos odores possui caráter individual; o mesmo odor pode ou não agradar (TONZETICH, 1977; COSTA, 1987; NEIDERS, 1999; RAWSON, 1999; BRUNETTE, 2002). Em geral, as pessoas são incapazes de distinguir seus próprios odores; essa incapacidade é chamada de paradoxo do mau hálito. Existem pessoas que realmente têm halitose e outras que acreditam possuí-la (ELI e colaboradores, 2001; ROSENBERG e colaboradores, 1999; MURATA e colaboradores, 2002). Esse distúrbio torna-se desagradável para o portador e pessoas com as quais se relaciona, acarretando limitações sociais e problemas com a qualidade de vida do indivíduo (QUIRYNEN e colaboradores, 1998; SGRINHELLI, 1998; NILES e colaboradores,

1999; DELANGHE e colaboradores, 1999). A halitose atinge milhões de pessoas no mundo inteiro, sem distinção cultural ou de nível social (TANGERMAN, 2002). Tarzia (2002) relata que no Brasil, em diferentes faixas etárias, 30% da população tem problemas de hálito.

Amir e colaboradores (1999) descrevem que, na faixa etária de 5 a 14 anos, a halitose é decorrente da saburra lingual e da secreção nasal posterior. Miyazaki e colaboradores (1995) relatam que, na faixa etária de 15 a 24 anos, a saburra lingual é a causa mais comum de halitose.

Os microorganismos do ecossistema oral são resistentes e possuem diferentes estratégias nutricionais que permitem sua sobrevivência nesse populoso e competitivo ambiente. (LOESCHE, 2002).

O mau odor bucal é causado principalmente pelos compostos sulfurados voláteis, como sulfidreto, metilmercaptana e dimetilsulfeto, produzidos no processo de metabolização de proteínas por microorganismos, na sua maioria gram negativos. Essas proteínas podem provir de várias fontes, como dieta, secreções do hospedeiro (saliva e fluidos gengivais), descamação de células epiteliais e células sangüíneas remanescentes (LOESCHE, 1999; TANGERMAN, 2002). Podem também estar envolvidos os compostos orgânicos voláteis (COV) resultantes da decomposição de matéria orgânica com potencial de excitação olfativa, como cadaverina, escatol, fenol, indol, hidrocarboneto, metano e putrescina. Constan relacionados, também, os compostos metabólicos sistêmicos, que são substâncias provenientes da circulação sangüínea, expelidas na respiração, tais como amônia, uréia, compostos nitrogenados, cetonas, cetoácidos, ácidos graxos, derivados do metabolismo de proteínas, lipídios e certos medicamentos e alimentos (TARZIA, 1996).

A Sociedade Internacional para Pesquisa dos Odores da Boca preconiza a classificação da halitose em três categorias: genuína, pseudo-halitose e halitofobia, de acordo com o tratamento necessário (MURATA e colaboradores, 2002).

3 Halitose genuína

O indivíduo portador da halitose genuína possui mau odor bucal, facilmente detectável (MURATA e colaboradores, 2002; COIL e colaboradores, 2002) e subdivide-se em dois grupos: fisiológico e patológico.

3.1 Halitose fisiológica

Na halitose fisiológica, o mau odor é causado pelos processos de putrefação na cavidade oral, não estando associado a nenhuma patologia. A fonte primária de putrefação microbiana da boca é o dorso superior da língua (Mc NAMARA e colaboradores, 1972; BOEVER; LOESCHE, 1995; LOESCHE, 2002).

3.2 Halitose patológica

A halitose patológica é dividida em bucal e extrabucal.

3.2.1 Halitose patológica bucal

É causada por doenças, condições patológicas ou má função dos tecidos bucais. As causas mais freqüentes são má higiene oral, saburra lingual (modificada por alterações patológicas), cárie dentária, doença periodontal, estomatite (com ulceração), gengivite ulcerática necrosante aguda, ferida cirúrgica, restos radiculares, pericoronarite, xerostomia e carcinoma.

3.2.2 Halitose patológica extrabucal

O diagnóstico da halitose patológica extrabucal depende da avaliação multiprofissional. Existem vários fatores extrabucais causadores de halitose: vias respiratórias, trato digestivo, alterações hepáticas, alterações renais, regimes alimentares, desidratação, estresse, menstruação, diabetes, trimetilaminúria (síndrome de odor de peixe), pele, mucosas, medicamentos e hábitos (fumo, drogas e álcool).

3.3 Pseudo-halitose

O indivíduo portador da pseudo-halitose teme ser portador do mau odor bucal, embora isso não seja uma realidade. (MURATA e colaboradores, 2002; COIL e colaboradores, 2002). Nesse tipo de halitose, o indivíduo aceita o diagnóstico do profissional desde que fique provado que o mau odor bucal não está realmente ocorrendo.

4 Halitofobia

Na halitofobia, não há evidência física ou social de halitose. Após o tratamento da halitose genuína e pseudo-halitose, o indivíduo continua acreditando que seja portador do mau odor bucal (MURATA e colaboradores, 2002; COIL e colaboradores, 2002; YAEGAKI; COIL, 1999). Nessa forma de halitose, os indivíduos ficam preocupados com alguns defeitos imaginários no corpo (NEIDERS; RAMOS, 1999; ELI e colaboradores, 2001). Outros fenômenos psicológicos, tais como escovação dentária compulsiva e abandono de atividades sociais, são observados nos casos de halitofobia. Os indivíduos que têm sentimentos mais positivos a respeito de seu corpo tendem a se avaliar como não portadores de mau hálito. Nesse contexto, cada indivíduo tem uma imagem do mau odor bucal que afeta a autopercepção do hálito.

4.1 Diagnóstico

Durante o exame clínico de qualquer paciente em tratamento, a possibilidade de ser portador de halitose não deve ser descartada, mesmo que sua queixa principal não seja essa. Deveremos seguir um protocolo de atendimento, que vise ao correto diagnóstico.

4.2 Protocolo de atendimento

É importante identificar os fatores que desencadeiam a halitose, para orientar o con-

trole de suas causas fisiológicas e, ao mesmo tempo, tratar as patológicas. As causas sistêmicas deverão ser detectadas para o encaminhamento ao profissional competente. Para um correto diagnóstico das alterações que levam à halitose, devemos seguir um protocolo de atendimento para o paciente portador desse distúrbio (halitofobia) (YAEGAKI; COIL, 1999; COIL e colaboradores, 2002; MURATA e colaboradores, 2002).

5 Anamnese

Na anamnese, obtém-se o histórico completo: físico, social e emocional. A vida social do indivíduo nos fornece dados a respeito de seu relacionamento com o próprio corpo. É um momento delicado e pessoal, mas não deve ser constrangedor para o paciente e para o profissional. As perguntas podem ser variadas, mas todas devem conduzir ao diagnóstico específico de halitose. O importante na anamnese é a verificação de certos fatores, como queixa principal, história médica, história dental, social, hábitos, alterações psicológicas e histórico de halitose.

6 Exame físico

6.1 Exame físico extrabucal

É fundamental o exame extrabucal detalhado, com ênfase em fatores causadores de halitose, tais como doenças, tumores, respiração bucal, caseos (criptas amidalianas) e sinusite.

6.2 Exame intrabucal

Deve ser realizado o exame de rotina, avaliando a saúde bucal e verificando possíveis alterações patológicas e condições de higiene.

6.3 Exames complementares

- Organoléptico
- Cromatografia gasosa (CG)
- Monitor de sulfidretos (Halimeter)
- Análise salivar
- Testes microbiológicos
- Exames por imagens
- Exames laboratoriais

7 Condutas para o diagnóstico de halitose

Não pode ser realizado exame em jejum. A refeição deverá ser feita duas horas antes do exame, seguida da higiene bucal habitual.

O paciente não pode estar sob antibioticoterapia, pelo menos por três semanas.

No período de 24 horas antes do exame, o paciente não deve consumir alimentos condimentados ou que provoquem a halitose, utilizar perfumes, desodorantes, cremes, batons, soluções para bochechos nem consumir bebidas alcoólicas ou fumar.

7.1 Condutas para resultados de exames nos casos de pseudo-halitose e halitofobia

O dentista deve assumir atitude de aceitação e simpatia, assegurando ao paciente estabilidade emocional durante o exame.

O profissional não deve discutir se o mau odor existe ou não.

Esclarecer os comportamentos negativos ou de afastamento das pessoas do seu convívio não estão associados à halitose.

7.2 Tratamento

A halitose tem caráter multifatorial; por isso, requer avaliações e tratamentos multidisciplinares envolvendo odontologia, medi-

na, psicologia e nutrição. Em todos os casos, o acompanhamento profissional odontológico é imprescindível. Devemos conscientizar o paciente de sua condição oral e motivá-lo a mudar hábitos para melhorar sua saúde bucal.

Esclarecer que o tratamento para halitose tem base científica, e não cosmética, mostrar a necessidade da cooperação nas consultas marcadas e no prosseguimento do tratamento e de programa preventivo. As orientações sobre higiene bucal devem ser realizadas para todos os pacientes portadores ou não de halitose genuína.

8 Considerações finais

Com base nesta revisão de literatura, fica clara a necessidade do protocolo de atendimento, que permita investigar a etiologia da halitose, proveniente do desequilíbrio local ou sistêmico, e identificar o tratamento adequado e eficaz.

Tabela 1: Tratamento da halitose

TN1	Instruções ao paciente	Higiene bucal (uso de fio dental, escova dental, creme dental, higiene da língua, enxaguatório), controle profissional periódico etc.
TN2	Tratamento odontológico necessário	Periodontia; endodontia; dentística; prótese; cirurgia e farmacologia.
TN3	Indicação para especialista	Medicina
TN4	Explicação sobre resultados dos exames realizados	Conscientização do paciente e esclarecimento sobre sua condição de não ser portador de halitose genuína
TN5	Indicação para psicólogo ou psiquiatra	Psicologia ou Medicina

Fonte: Os autores.

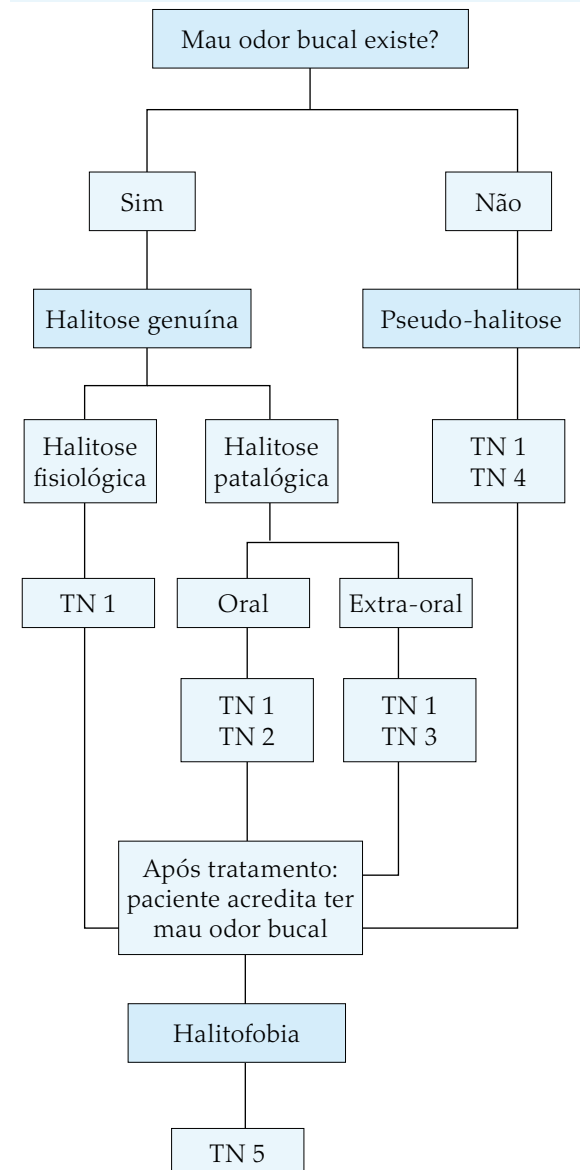


Figura 1: Classificação da halitose

Fonte: Os autores.

Referências

- AMIR, E.; SHIMONOW, R.; ROSENBERG, M. Halitosis in children. *J. Pediatr.* v. 134, p. 338-343, 1999.
- BOEVER, E. H.; LOESCHE, W. J. Assessing the contribution of anaerobic microflora of the tongue to oral malodor. *J. Am. Dent. Assoc.* v. 126, n. 10, p. 1384-1393, 1995.
- BRUNETTE, D. M. Introduction to the proceedings of the Fifth International Confederation on Breath Odour Research. *Int. Dent. J.* v. 52, 3 Suppl, 177-180, 2002.

- COIL, J. M. et al. Treatment needs (TN) and practical remedies for halitosis. *Int Dent J* 52(3 Suppl):187-191, 2002.
- COSTA, I. M. Patogenia das halitoses. *Odontol Mod* 14(6):7-16, 1987.
- DELANGHE, G. et al. Vandekerckhove BNA, Feenstra L. An inventory of patients' response to treatment at a multidisciplinary breath odor clinic. *Quintessence Int* 30(5 Suppl):307-10, 1999.
- ELI, I. et al. Autopercepção do hálito. *J Am Dent Assoc* 4(4):218-23, 2001.
- FREITAS NETO, S. S. *Semiologia do hálito* [Monografia]. New York: New York University College of Dentistry – Center of Continuing Dental Education, 1999.
- GREIN, N. J. et al. Estomatologia para o clínico: halitose – diagnóstico e tratamento. *Odontol Mod* 9(6):40-5, 1982.
- HINE, M. K. Halitosis. *J Am Dent Assoc* 55(7):37-46, 1957.
- LOESCHE, W. J.; KAZOR, C. Microbiology and treatment of halitosis. *Periodontol* 2000 28:256-279, 2002.
- LOESCHE, W. J. The effects of antimicrobial mouthrinses on oral malodor and their status relative to US Food and Drug Administration regulations. *Quintessence Int* 30(5 Suppl):311-18, 1999.
- LU, D. P. Halitosis: an etiologic classification, a treatment approach, and prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 54(5):521-6, 1982.
- McNAMARA, T. F. et al. The role of microorganisms in the production of oral malodor. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 34(1):41-48, 1972.
- MIYAZAKI, H. et al. Correlation between volatile sulphur compounds and certain oral health measurements in the general population. *J Periodontol* 66(8):679-84, 1995.
- MURATA, T. et al. Classification and examination of halitosis. *Int Dent J* 52(3 Suppl):181-6, 2002.
- NEIDERS, M; RAMOS, B. Operation of bad breath clinics. *Quintessence Int* 30(5 Suppl):295-301, 1999.
- NILES, H. P. et al. The clinical effectiveness of a dentifrice containing triclosan and a copolymer for providing long-term control of breath odor measured chromatographically. *J Clin Dent* 10(4):135-8, 1999.
- QUIRYNEN, M.; MONGARDINI, C.; STEENBERGHE, D.V. The effect of a 1-stage full-mouth disinfection on oral malodor and microbial colonization of the tongue in periodontitis patients: a pilot study. *J Periodontol* 69(3):374-82, 1998.
- RAWSON, N. E. Cell and molecular biology of olfaction. *Quintessence Int* 30(5 Suppl):335-42, 1999.
- ROSENBERG, M. et al. Self-assessment of oral malodor 1 year following initial consultation. *Quintessence Int* 30(5 Suppl):324-7, 1999.
- SGRINHELLI, M. R. F.; COELHO, H. *Odontologia do 3º milênio: trilogia*. São Paulo: Próton, 1998. cap. 7, p. 53-61.
- TANGERMAN, A. Halitosis in medicine: a review. *Int Dent J* 52(3 Suppl):201-206, 2002.
- TARZIA, O. *Halitose*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 1996.
- _____. Tratamento odontológico da halitose. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. *Odontopediatria: prevenção*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. cap. 20, p. 317-328.
- TONZETICH, J. Production and origin of oral malodor: a review of mechanisms and methods of analysis. *J Periodontol* 48(1):13-9, 1977.
- ULIANA, R. M. B.; BRIQUES, W.; CONTI, R. Microbiota oral e suas repercussões no hálito. In: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. *Odontopediatria: prevenção*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. cap. 17, p. 297-308.
- YAEGAKI, K.; COIL, J. M. Clinical application of a questionnaire for diagnosis and treatment fo halitosis. *Quintessence Int* 30(5 Suppl):302-6, 1999.
- _____. Clinical dilemmas posed by patients with psychosomatic halitosis. *Quintessence Int* 30(5 Suppl):328-34, 1999.

Recebido em 15 mar. 2006 / aprovado em 10 jul. 2007

Para referenciar este texto

RUIZ, D. R.; CUNHA, F. A.; BUSSADORI, S. K. Halitose. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 249-254, 2007.