

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

LORENA ALVES COUTINHO

Cirurgiã Dentista

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS NO TRATAMENTO

ENDODÔNTICO DE PACIENTES IDOSOS

Clinical considerations on endodontic treatment in elderly patients

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção ao título de Especialista em Odontogeriatría.

PIRACICABA

- 2006 -



TCE/UNICAMP
C837c
FOP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

LORENA ALVES COUTINHO

Cirurgiã Dentista

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS NO TRATAMENTO
ENDODÔNTICO DE PACIENTES IDOSOS

Clinical considerations on endodontic treatment in elderly patients

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção ao título de Especialista em Odontogeriatría.

Orientador: Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING**
386

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA
PIRACICABA

- 2006 -

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

C837c Coutinho, Lorena Alves .
Considerações clínicas no tratamento endodôntico de pacientes idosos. /
Lorena Alves Coutinho. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2006.

Orientador: Eduardo Hebling
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Endodontia. 2. Idoso. 3. Saúde bucal. 4. Odontogeriatrics. I. Hebling,
Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico esse trabalho aos meus pais,
AMILTON E IZABEL COUTINHO por
serem meu grande incentivo na vida
acadêmica, pela força, por todo amor
e exemplo de luta e caráter.

Agradecimentos

Agradeço a **DEUS**, pelo dom da vida e por ser minha força maior.

Aos meus pais, **AMILTON E IZABEL**, pela minha existência, exemplo de caráter, luta, perseverança, por todo amor e alegria que representam.

As minhas irmãs, **JULIANA, MARCELA E HEVELIN** pelo apoio e amizade.

As minhas primas, **ARACILDA E JÉSSICA**, pela carinhosa amizade e apoio incondicional nos momentos difíceis dessa jornada.

Ao meu namorado, **DIOGO**, por seu companheirismo, amizade, amor e força.

Ao meu sobrinho, **GUILHERME**, por significar esperança, luz, amor e alegria na minha vida.

Aos meus **AMIGOS, FAMILIARES E FUNCIONÁRIOS DA FOP/UNICAMP**, que contribuíram direta ou indiretamente para concretização deste projeto.

Ao Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING**, por ter sido incentivo na renovação dos conhecimentos.

Aos colegas do curso de especialização em Odontogeriatría, **MARINA, LIZA, JOÃO, VANESSA E DANIELLE**, pelo convívio, troca de saberes na prática da Odontologia e a amizade durante o longo desse caminho.

Aos **PACIENTES E FUNCIONÁRIOS DAS INSTITUIÇÕES** que participaram da Clínica de Odontogeriatría pela gentil colaboração em nossa formação profissional.

**“NÃO É POR TERMOS VIVIDO UM
CERTO NÚMERO DE ANOS QUE
ENVELHECEMOS; ENVELHECEMOS
PORQUE ABANDONAMOS O
NOSSO IDEAL”**

(GENERAL MAC ARTHUR)

SUMÁRIO

	P.
RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. PROPOSIÇÃO.....	5
3. DESENVOLVIMENTO.....	6
Capítulo 1: Considerações clínicas no tratamento endodôntico de pacientes idosos.....	6
4. CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

RESUMO

O envelhecimento populacional e o desenvolvimento de uma filosofia preventiva no atendimento odontológico fazem com que um número maior de pessoas alcance idade avançada, mantendo a sua dentição. O processo de envelhecimento humano proporciona uma série de alterações anatômicas, fisiológicas e sociais nos pacientes que devem ser consideradas no atendimento odontológico de idosos. A história passada de ocorrência de cárie dentária, traumas e reabilitação protética exigem a realização de tratamento endodôntico nessa população idosa. O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de revisão da literatura, as considerações clínicas no tratamento endodôntico de pacientes idosos. Foram apresentados os aspectos anatômicos, histológicos, fisiológicos normais do envelhecimento dos dentes, bem como suas possíveis implicações da terapia endodôntica em pacientes idosos. A terapia endodôntica em pacientes idosos é viável e permite a manutenção dos dentes e a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: idosos; Odontogeriatrics; saúde bucal; terapia endodôntica.

ABSTRACT

The populational aging and the development of the preventive philosophy in dental treatment allowed that the highest number of advanced aged people, maintaining their dentition. Human ageing process due to a some anatomic, physiologic, and social alterations on the patients, which must be considered on the oral care in the elderly. The past history of dental carie, socks, and prosthetic rehabilitation need some endodontic treatment in this elderly population. The aim of this paper was to show, by mean of literature review, the clinical considerations on endodontic treatment in the elderly. The anatomic, histologic, and physiologic aspects from normal ageing teeth were showed, as well as their possible implications on endodontic therapy in elderly patients. The endodontic therapy in elderly patients is viable and permits the dentition and quality of life maintenance of these patients.

Keywords: elderly; Geriatric Dentistry; oral health; endodontic treatment.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno mundial característico tanto dos países desenvolvidos como em desenvolvimento. No Brasil, projeções populacionais indicam um aumento do número de idosos de quinze vezes entre 1950 e 2020. No ano de 2025, o país representará a sexta população mundial de idosos, com 33 milhões de pessoas na faixa etária acima de 60 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1995; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES, 2000). Portanto, dentro de cerca de 20 anos, dois terços das atividades odontológicas estarão direcionadas para os idosos, havendo, assim uma tendência atual nítida de que o cirurgião-dentista adquira conhecimentos gerais sobre esta população, desde o manejo até os aspectos clínicos (SALIBA ET AL., 1999).

O avanço da idade proporciona ao paciente idoso o desenvolvimento de alterações e doenças sistêmicas que podem interferir nos tratamentos odontológicos, tais como depressão, insanidade, cardiopatias, diabetes, hipertensão e osteoporose, dentre outras co-morbidades, que fazem com que essas pessoas utilizem vários tipos de medicamentos aumentando o risco de interações medicamentosas (SLOSS, 2000).

O processo de envelhecimento gera alterações anatômicas e funcionais na cavidade bucal que podem interferir na terapia endodôntica de pacientes idosos. Além disso, essa terapia nos idosos requer cuidados peculiares, pois os dentes são mais quebradiços, os canais radiculares em geral estão atrésicos e

o tempo de tratamento deve ser mais curto, para que possa proporcionar atendimentos criteriosos, calmos e tranquilos (FELLER, 2002).

Acredita-se que a perda dos dentes influi não somente na mastigação, mas também na digestão, degustação, fala e estética, sendo que, associada à diminuição do paladar, pode levar a um menor prazer em alimentar-se, contribuindo para um quadro depressivo (MORIGUSHI, 1992).

A Odontologia deve estar preparada, pois haverá não somente o aumento da expectativa de vida, mas também o aumento da demanda da terapia endodôntica (GLICKMAN, 2000). O desenvolvimento de uma filosofia preventiva no atendimento odontológico permitirá que as pessoas possam alcançar idades avançadas mantendo um número cada vez maior de dentes na cavidade bucal (HEBLING, 2003).

A história passada de ocorrência de cárie dentária, traumas e reabilitação protética exigem a realização de tratamento endodôntico nessa população idosa, o que poderá aumentar a demanda desse tipo de terapia, exigindo dos profissionais conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e as considerações clínicas no atendimento de pacientes idosos (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002; COMARCK, 2003).

2. PROPOSIÇÃO

O objetivo desse estudo foi apresentar as considerações clínicas no tratamento endodôntico de pacientes idosos.

Este trabalho foi realizado no formato alternativo, conforme a deliberação da Comissão Central de Pós-graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) nº 001/98. O trabalho apresentado no Capítulo 1 foi realizado para alcançar o objetivo proposto.

3. DESENVOLVIMENTO

Capítulo 1:

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS NO TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE PACIENTES IDOSOS¹

Clinical considerations on endodontic treatment in elderly patients

Lorena Alves Coutinho*

Eduardo Hebling**

Caio Cezar Randi Ferraz***

* Especialista em Odontogeriatrics pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba
- UNICAMP

** Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da Faculdade
de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

** Professor Associado do Departamento de Odontologia Restauradora da
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Eduardo Hebling

Avenida Limeira, 901

13414-903, Piracicaba, SP, Brasil.

Telefone: (19) 2106 5280 Fax: (19) 2106 5218

E-mail: hebling@fop.unicamp.br

¹ Trabalho enviado para publicação na Revista Excelência em Saúde Bucal e formatado de acordo com as normas estabelecidas por esse periódico.

CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS NO TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE PACIENTES IDOSOS

Clinical considerations on endodontic treatment in elderly patients

Resumo: O envelhecimento populacional e o desenvolvimento de uma filosofia preventiva no atendimento odontológico fazem com que um número maior de pessoas alcance idade avançada, mantendo a sua dentição. O processo de envelhecimento humano proporciona uma série de alterações anatômicas, fisiológicas e sociais nos pacientes que devem ser consideradas no atendimento odontológico de idosos. A história passada de ocorrência de cárie dentária, traumas e reabilitação protética exigem a realização de tratamento endodôntico nessa população idosa. O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de revisão da literatura, as considerações clínicas no tratamento endodôntico de pacientes idosos. Foram apresentados os aspectos anatômicos, histológicos, fisiológicos normais do envelhecimento dos dentes, bem como suas possíveis implicações da terapia endodôntica em pacientes idosos. A terapia endodôntica em pacientes idosos é viável e permite a manutenção dos dentes e a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: idosos; Odontogeriatrics; saúde bucal; terapia endodôntica.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno mundial característico tanto dos países desenvolvidos como em desenvolvimento. No Brasil, projeções populacionais indicam um aumento do número de idosos de quinze vezes entre 1950 e 2020. No ano de 2025, o país representará a sexta

população mundial de idosos, com 33 milhões de pessoas na faixa etária acima de 60 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1995; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2000). Portanto, dentro de cerca de 20 anos, dois terços das atividades odontológicas estarão direcionadas para os idosos, havendo, assim uma tendência atual nítida de que o cirurgião-dentista adquira conhecimentos gerais sobre esta população, desde o manejo até os aspectos clínicos (SALIBA ET AL., 1999).

O avanço da idade proporciona ao paciente idoso o desenvolvimento de alterações e doenças sistêmicas que podem interferir nos tratamentos odontológicos, tais como depressão, insanidade, cardiopatias, diabetes, hipertensão e osteoporose, dentre outras co-morbidades, que fazem com que essas pessoas utilizem vários tipos de medicamentos aumentando o risco de interações medicamentosas (SLOSS, 2000).

O processo de envelhecimento gera alterações anatômicas e funcionais na cavidade bucal que podem interferir na terapia endodôntica de pacientes idosos. Além disso, essa terapia nos idosos requer cuidados peculiares, pois os dentes são mais quebradiços, os canais radiculares em geral estão atrésicos e o tempo de tratamento deve ser mais curto, para que possa proporcionar atendimentos criteriosos, calmos e tranqüilos (FELLER, 2002).

Acredita-se que a perda dos dentes influi não somente na mastigação, mas também na digestão, degustação, fala e estética, sendo que, associada à diminuição do paladar, pode levar a um menor prazer em alimentar-se, contribuindo para um quadro depressivo (MORIGUSHI, 1992).

A Odontologia deve estar preparada, pois haverá não somente o aumento da expectativa de vida, mas também o aumento da demanda da terapia endodôntica (GLICKMAN, 2000). O desenvolvimento de uma filosofia preventiva no atendimento odontológico permitirá que as pessoas possam alcançar idades avançadas mantendo um número cada vez maior de dentes na cavidade bucal (HEBLING, 2003).

A história passada de ocorrência de cárie dentária, traumas e reabilitação protética exigem a realização de tratamento endodôntico nessa população idosa, o que poderá aumentar a demanda desse tipo de terapia, exigindo dos profissionais conhecimentos sobre o processo de envelhecimento e as considerações clínicas no atendimento de pacientes idosos (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002; COMARCK, 2003).

O objetivo desse trabalho foi apresentar, por meio de revisão da literatura, as considerações clínicas no tratamento endodôntico de pacientes idosos.

REVISÃO DA LITERATURA

1) Alterações anatômicas e histológicas dos dentes de idosos

Com o avanço da idade podem ocorrer alterações na polpa sem haver definição de causa, provocando modificações no tecido pulpar normal. Entre várias formas de degeneração podem ser citadas: distróficas, cálcicas, absorções externas e internas. Sabe-se que, com o passar do tempo, a polpa

se torna um tecido conjuntivo fibroso, com menos células e com o grau de mineralização da polpa mais freqüente, que pode ser causado por atrições, cáries ou restaurações. Essas calcificações podem ser nódulos ou formações de um processo inflamatório (FELLER, 2002). Alguns autores afirmam que alterações ateroscleróticas nos vasos pulpare, com a diminuição do canal, criam calcificações em suas paredes (FELLER, 2002). Algumas pesquisas demonstram que pacientes com aterosclerose são mais propensos a cálculos pulpare (MOURA, 1980).

As alterações ocorridas nos dentes naturais durante o processo de envelhecimento tais como formação de dentina secundária, fibrose, calcificação pulpar e aposição de cimento radicular são bastantes conhecidas dos profissionais da área odontológica. Nos idosos as calcificações generalizadas dificultam a localização e acesso de entrada dos canais radiculares, que são também atresiados pela deposição de dentina reacional secundária (MARCHINI, 1999).

No indivíduo idoso, histologicamente, há uma estreita relação entre os dois componentes do endodonto, a polpa e a dentina. Isto ocorre porque com o avanço da idade, existe um aumento da obliteração de túbulos dentinários por tecido mineralizado, semelhante ao da dentina peritubular, que consiste em uma matriz não colágena e de pequenos cristais de hidroxapatita. Essa dentina peritubular se desenvolve, concomitantemente com o resto da dentina, e se localiza no lúmen dos túbulos como uma bainha orgânica, chamada de lâmina limitante, mas cujo nome mais apropriado seria dentina intertubular. Do ponto de vista clínico, é importante saber que a formação da dentina

intratubular se inicia no ápice e continua em direção coronária com o aumento da idade (FELLER, 2002).

Os profissionais e especialistas que atuam na área da endodontia devem possuir conhecimentos dos aspectos do envelhecimento de um dente, pois tais conhecimentos tem relação direta com a terapia endodôntica. O primeiro aspecto necessário para entender as peculiaridades do tratamento no idoso na Endodontia é relembrar as características da evolução de um dente que envelhece (TERRA,2004).

Algumas características anatômicas e histológicas nos dentes dos idosos podem ser destacadas:

- **Alterações regressivas da polpa dental:** As alterações regressivas da polpa dental, incluem-se algumas que não são, necessariamente, correlacionadas patologicamente. Surgem como resultado de lesões nos tecidos ou estão associadas com o processo de maturidade e envelhecimento do indivíduo. Entre as alterações regressivas da polpa dental estão incluídas: atrofia reticular, calcificações ou degenerações cálcicas e fibrose (DE DEUS, 1992). A utilização de ácidos e adesivos diretamente sobre a polpa modifica a substância amorfa pulpar, levando o dente, a médio prazo, a sofrer alterações regressivas que ocupam todo o órgão pulpar (CONSOLARO, 1996). Dentre os fatores que podem levar a ocorrência de alterações regressivas da polpa destaca-se o processo de envelhecimento. Estas alterações não possuem sintomas

característicos, sendo ocasionalmente diagnosticadas no exame clínico ou radiográfico (RAMOS & BRAMANTE, 2001).

- **Alterações degenerativas da polpa dental:** As alterações degenerativas são de causas desconhecidas e implicam determinadas transformações regressivas de modo a modificar as características de normalidade do tecido pulpar. Pode-se considerar, entre as múltiplas formas de degeneração, a distrófica, a cálcica e, finalmente as reabsorções interna e externa do dente.
- **Degeneração distrófica:** Constituem distúrbios de metabolismo, caracterizando desenvolvimento incompleto e anormal, modificando, com isso, o aspecto estrutural costumeiro da polpa. As degenerações distróficas estão comumente ligadas com o avançar da idade; todavia, a idade cronológica, não indica, embora necessariamente, a condição estrutural da polpa, pois pacientes jovens podem exibir este tipo de degeneração (SELTER & BENDER, 1965). Certas condições, como a cárie e os procedimentos operatórios, podem levar ao aparecimento de distrofias, principalmente as degenerações fibrosas (PAIVA & ANTONIAZZI, 1984). A distrofia é questão aberta a dúvidas, sendo medida inteligente questionar seu diagnóstico histopatológico, em virtude da possibilidade de confusão com artefatos ocorridos na fixação e descalcificação dos espécimes estudados (LANGELAND, 1981).

- **Dentina esclerótica:** Também descrita como dentina transparente. A esclerose da dentina primária é caracterizada pela mineralização dos canalículos desta dentina. Ocorre com o processo normal de envelhecimento e em resposta à cárie dental aos estímulos externos de baixa intensidade. Pode ser observada em dentes de pessoas idosas, especialmente em porções radiculares, inclusive apicais (DE DEUS, 1992). Em relação à dentina esclerosada pode-se dizer também, que esta se forma com a mineralização e fechamento da luz dos canalículos dentinários, resultado da retração dos prolongamentos odontoblásticos, seja isso decorrente de injúrias externas de baixa intensidade ou do processo de envelhecimento normal (RAMOS & BRAMANTE, 2001).
- **Dentina secundária:** A dentina secundária é formada após a completa deposição de dentina primária. É lentamente depositada sobre toda a superfície da cavidade pulpar, como parte da resposta do dente aos estímulos associados com o processo do envelhecimento. A sua marcha de formação, lenta, não é igual em todas as áreas. Geralmente, esta dentina é depositada em quantidade relativamente maior no teto e no assoalho da câmara pulpar do que nas paredes laterais. A sensibilidade secundária é um pouco menor do que a da primária, quando sua formação é excessiva (DE DEUS, 1992). Considera-se o início de sua formação logo após o irrompimento do dente. Forma-se em direção centrípeta, depositando-se ao longo do tempo, uniformemente, por toda a câmara pulpar, como parte do processo de envelhecimento, levando a diminuição desta cavidade. (RAMOS & BRAMANTE, 2001).

- **Fibrose pulpar:** Tem sido descrito que fibrose ou degeneração fibrosa pode ser observada na polpa dental com o avanço da idade. Os elementos celulares da polpa diminuem em número, enquanto aumentam os componentes fibrosos, com o processo de envelhecimento (DE DEUS, 1992). Na fibrose pulpar ocorre o aumento do número de fibras colágenas da polpa, devido à redução do número de células e do suprimento vascular, seja causado por resposta inflamatória a estímulos de baixa intensidade ou pelo envelhecimento pulpar. (RAMOS & BRAMANTE, 2001).
- **Calcificações pulpares:** As calcificações pulpares são também catalogadas na literatura como degenerações cálcicas, calcificações, agulhas cálcicas, pulposis cálcica e calcificações distróficas. As calcificações são alterações regressivas observadas na polpa dental com muita frequência. Alguns autores ainda indagam se estas condições representam um estado patológico ou uma variação biológica normal. São geralmente assintomáticas e, a não ser as de grande volume, não são identificadas nas radiografias. Tem sido estimado que apenas 10% delas podem ser visto na observação radiográfica (DE DEUS, 1992). Em um estudo realizado sobre a polpa dental na maturidade, observaram quanto às calcificações, que “aproximadamente 80% dos dentes de pessoas acima de 46 anos de idade possuíam nódulos na polpa dental”. Estes nódulos variavam de tamanho desde uma pequeníssima calcificação até outras maiores. Muitas destas têm tamanho suficiente para causar diminuição na circulação sanguínea de uma determinada

área da polpa dental. Em áreas de fibras colágenas grandes, foram observados, muitas vezes, locais de calcificação em pacientes idosos (AVERY, TABATABAI, DE DEUS, 1969). DE DEUS, 1992, citou estudos de HILL, no qual afirma, que calcificações pulpares foram alterações prevalentes em 90% dos indivíduos avaliados acima de 50 anos de idade. Corpos calcificados bem delineados são encontrados freqüentemente na porção coronária da polpa de indivíduos idosos (BHASKAR & SILVEIRA, 1985). As calcificações pulpares são mais freqüentes em pacientes idosos; já sua ocorrência na juventude sugere doença degenerativa da polpa (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).

2) Considerações pertinentes ao paciente idoso

A rigor, a idade não constitui contra-indicação para o tratamento dos canais radiculares; é na realidade uma terapêutica menos traumática, para ambos os extremos da idade, do que a extração dentária. Os problemas geralmente encontrados para o tratamento de canais radiculares de pessoas idosas são: a constrição da cavidade pulpar, devido ao processo de envelhecimento, que muitas vezes dificulta a penetração inicial do instrumental intracanal. Uma vez sanada esta dificuldade, o tratamento e a obturação do canal radicular se faz normalmente. Outra implicação seria o tempo de espera do processo de defesa ou cura, espera-se que este seja relativamente mais demorado nos idosos do que nos jovens, estando ambos em bom estado geral de saúde (DE DEUS, 1992).

Com o passar dos anos, a polpa dental sofre redução de seu volume em função da deposição continuada de dentina secundária. Os vasos sanguíneos, nervos e componentes celulares também diminuem em número e qualidade. A substância amorfa tem diminuídas suas glicoproteínas extracelulares. Essas alterações diminuem em sobremaneira a capacidade da polpa em resistir às injúrias impostas pelo tratamento odontológico. Por outro lado, a deposição continuada de dentina torna mais distante o órgão pulpar da superfície externa, que, assim, estaria menos sujeito à exposição. As características do envelhecimento pulpar podem acelerar-se quando o dente é submetido a repetidos procedimentos operatórios (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).

A aposição de dentina e de cimento é um processo contínuo que perdura pelo correr da vida. Essa característica normal de envelhecimento do dente acentua-se sob a ação de diferentes estímulos. A idade da polpa dental pode ser observada do ponto de vista cronológico e fisiológico. Dependendo da exposição a estímulos, tais como cárie, trauma e doença periodontal, a idade fisiológica freqüentemente ultrapassa a idade cronológica. Conforme a polpa dental envelhece, a câmara pulpar diminui de tamanho, em conseqüência do tamanho da quantidade de dentina produzida (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).

3) Implicações do tratamento endodôntico para os idosos

Certas condições do indivíduo idoso podem acarretar em implicações, que de certa maneira acabam contra-indicando a terapia endodôntica. Algumas

precauções e medidas devem ser tomadas para que o profissional atuante na área endodôntica trabalhe de maneira segura durante o curso do tratamento:

- **Histórico de doenças sistêmicas:** No início de tratamentos endodônticos, deve ser realizada a anamnese e o preenchimento minucioso de uma ficha clínica que contenha informações gerais da história médica completa, pois na terceira idade geralmente, os pacientes fazem uso de vários medicamentos destinados a uma doença (multifarmácia) e/ou usam diversos fármacos para diferentes doenças (polifarmácia). O fato de que os cirurgiões dentistas estarem executando uma simples intervenção, pode resultar em interações medicamentosas, através do ato de prescrever ou fazer uso de outro fármaco, que possa vir a interagir com alguma medicação que este idoso venha a fazer uso, assim como também pode resultar em danos maiores à saúde geral do paciente. O tratamento endodôntico é preferível à extração nas seguintes situações: em presença de doenças articulares e cardíacas, como na história de febre reumática, cardiopatia reumática e outras enfermidades cardiovasculares; em presença de distúrbios sanguíneos, como: leucemia, hemofilia e púrpura trombocitopênica idiopática (PTI); em presença de neoplasias malignas e quando da possibilidade de instalação de radionecrose em pacientes que se submeteram à radioterapia profunda da face; e em casos de hiperparatireoidismo e outras desordens sistêmicas (DE DEUS, 1992). Estudos realizados sobre a incidência de bacteremia, incluindo três tipos de procedimentos dentários: exodônticos, periodônticos e endodônticos, chegaram a

conclusão de que o último procedimento é o que oferece menores possibilidades para produção de bacteremia, haja vista que quando os cuidados endodônticos são possíveis, deve ser considerado o tratamento de escolha. Isto porque a bacteremia, em pacientes com enfermidade reumática cardíaca, pode potencialmente produzir a endocardite bacteriana subaguda. (BENDER ET AL, 1963 & BENDER & MONTGOMERY, 1986). A maioria dos pacientes com complicações médicas, tais como disfunções coronárias, vasculares ou de coagulação, ou ainda doenças renais, hepáticas ou pulmonares, e pacientes que requerem pré-medicação podem ser tratados pelo clínico geral. Contudo a severidade do problema deve ser avaliada cuidadosamente. Em pacientes com situações médicas mais sérias, um endodontista deve ser solicitado para realizar o tratamento. O cuidado de um especialista é geralmente mais eficaz e oferece uma melhor prevenção e tratamento das complicações durante o tratamento. Uma consulta com o médico do paciente antes de decidir-se pelo encaminhamento, é aconselhável quando a história médica requer cuidados (WALTON & TORABINEJAD, 1997). BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002, destacaram como problemas sistêmicos mais freqüentes que o profissional se depara e que podem influir no tratamento endodôntico, as cardiopatias, artrites, diabetes mellitus e pacientes irradiados. Os pacientes com história de artrites devem ser interrogados sobre a natureza, extensão e duração da doença, pois os medicamentos utilizados em seu tratamento podem interferir no pós-operatório do planejamento instituído pelo cirurgião

dentista, pois existem alguns pacientes que fazem uso prolongado de drogas não-esteroidas e de aspirinas, que interferem nas atividades plaquetárias e prolongam o tempo de sangramento, e esse efeito perdura pelo tempo de vida das plaquetas exposta às drogas, cerca de sete dias. Podem ocorrer discrasias sanguíneas, tais como anemias, leucopenias, trombocitopenias, que afetam o tratamento dentário. As artrites de origem infecciosa necessitam geralmente, de uma profilaxia antibiótica, para evitar a disseminação de bacteremias, mesmo que transitórias (FELLER, 2002). Existem algumas situações que contra indicam a execução da terapia endodôntica nos pacientes idosos. Na fase inicial do tratamento o cirurgião dentista deve estabelecer critérios que favoreçam o curso do mesmo. O paciente deve sentar-se confortavelmente na cadeira do dentista e tolerar o tempo mínimo para a realização da terapia. Como exemplo pode-se citar problemas crônicos de coluna e a isquemia cerebral transitória. Pacientes submetidos à radioterapia na região da cabeça e pescoço e com estado de baixa conformidade, como nos casos de Doença de Parkinson, tremores e demência também contra indicam a endodontia (REUTHER, SCHLUSTER & MENDE ET AL., 2003). A endodontia deve ser realizada normalmente, apesar de haver retardo na reparação tecidual pós-tratamento. Nos casos de infecções, o tratamento deve ser rápido e com cobertura de antibiótica. Apenas deverá ser adiado, o tratamento, se o paciente for de alto risco, ou seja, tiver com a taxa de glicemia superior à 250 mg/dl, controle metabólico deficiente, múltiplas complicações do

- diabetes, dentre outras complicações, até que se estabilize esse estado metabólico (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002).
- **Pacientes cardiopatas:** O atendimento endodôntico a este grupo de pacientes deve ser executado levando-se em consideração as conseqüências danosas que ao paciente podem sobrevir decorrentes das manobras operatórias. O uso de anestésicos locais, o estresse produzido pela ansiedade, a tensão e o risco da infecção conseqüente a uma bacteremia, determinam a instituição de procedimentos rígidos de proteção ao organismo do paciente. Nos quadros emergenciais (fase aguda) nem sempre é possível buscar orientação médica, ficando então sob inteira responsabilidade do cirurgião-dentista as medidas preventivas, como a profilaxia antibiótica (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).
 - **Pacientes diabéticos:** O diabetes mellitus pode acarretar complicações vasculares, neurológicas e infecciosas. Estatisticamente, cerca de 7,3% dos pacientes adultos que freqüentam consultórios odontológicos são diabéticos, e uma parte destes não sabe ser portador da moléstia, a qual deve ser sempre objeto de investigação por parte do profissional. Na anamnese, quando o paciente não relatar antecedentes hereditários da doença, deve-se investigar alguns sintomas clássicos, como o aumento da eliminação de urina (poliúria), o aumento da ingestão de líquidos (polidipsia), perda de peso e o aumento da ingestão de alimentos (polifagia) (LOPES & JUNQUEIRA, 1999). Nos pacientes diabéticos não compensados ocorre um retardo na fase de biossíntese do colágeno, o

que provoca uma reparação tecidual mais lenta, favorecendo o desenvolvimento de infecções secundárias. Outros efeitos bucais do diabetes são: xerostomia, queilose, úlceras e irradiações de mucosa, aftas, hálito cetônico, língua fissurada, herpes labial, aumento de doença periodontal e de cáries. A resistência à infecção também pode ficar comprometida, dentro da cavidade bucal (MAY, 1990). Nos casos em que há infecção bucal, como abscessos ou fistulas, devem ser administrados antibióticos. Na maioria dos diabéticos, é necessário, primeiramente, tratar os problemas infecciosos ou inflamatórios locais, as necroses pulpares e pulpites que podem estar presentes devido a alterações patológicas. A inflamação das paredes dos vasos pulpares ocorre com a obliteração parcial ou total dos mesmos, levando à isquemia e conseqüentemente à necrose (MONTENEGRO & BRUNETTI, 2002). Nos pacientes diabéticos, sempre que possível o horário de atendimento deve respeitar o intervalo das refeições, evitando que o paciente fique longo período de tempo sem se alimentar, o que pode acarretar crises de hipoglicemia. Faz-se de preferência o atendimento após o café da manhã. O estresse deve ser evitado recorrendo-se à utilização de tranqüilizantes e ao atendimento em sessões curtas. Os anestésicos, nos casos dos pacientes não compensados, não devem conter adrenalina, pois esta aumenta o teor de açúcar no sangue, por interferir no metabolismo da glicose. Pode-se então utilizar a prilocaína e a mepivacaína a 3%, sem vasoconstritor. Há ainda a necessidade de instituição de antibiótico terapêutico no pré-

operatório (24 horas antes) e, se não existem condições para a sua administração prévia, estabelecê-la no pós-operatório imediato. Deve-se, também, evitar o emprego do ácido acetilsalicílico, por risco hemorrágico, bem como de corticosteróides, por estes serem diabetogênicos (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).

- **Pacientes com doença tireoidiana:** No hipertiroidismo teremos uma produção excessiva de tiroxina, podendo acarretar principalmente em perda de peso como polifagia, fraqueza, intolerância ao calor, aumento do débito cardíaco, aumento da frequência cardíaca, irritabilidade, agitação e nervosismo. Quando do tratamento endodôntico, o excesso de tiroxina, aliado ao estresse, pode causar arritmias, taquicardias, palpitações e tremores. Quando existe produção insuficiente de tiroxina, hipotiroidismo, podendo acarretar no aumento de peso, intolerância ao frio, anemia, redução do débito cardíaco, estado mental lento e memória deficiente. Já o paciente com hipotiroidismo apresenta resposta exagerada aos depressores do sistema nervoso central, correndo riscos de sofrer depressão respiratória e cardiovascular, estando, portanto, contra-indicado o uso de analgésicos narcóticos e tranqüilizantes (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).
- **Pacientes com limitações físicas:** As limitações físicas podem representar obstáculos nos casos que poderiam de outro modo ser considerados rotineiros. Se o paciente idoso não puder ser reclinado até a posição, onde o tratamento é realizado com a maior facilidade, ou se a abertura da boca é tal que o acesso está comprometido, o

encaminhamento deveria ser considerado. Até mesmo os endodontistas podem ser incapazes de lidar prontamente com estas limitações, mas eles podem ter já se deparado anteriormente e encontrado a solução (WALTON & TORABINEJAD, 1997). Outros fatores importantes incluem a capacidade de alguns idosos em abrir a boca, bem como o tamanho da cavidade bucal. A área a ser tratada deve ser inspecionada cuidadosamente. Se problemas forem detectados antes da colocação do lençol de borracha, o paciente deverá ser encaminhado para um especialista em tratamento endodôntico, evitando assim transtornos e gasto de tempo tanto para o paciente quanto para o profissional (WALTON & TORABINEJAD, 1997).

- **Pacientes com disfunção da ATM:** É crescente o número de indivíduos idosos que apresentam alguma disfunção na ATM, quer por problemas de oclusão, próteses defeituosas, ou associada ao estresse. Entre os sintomas clássicos, as dores articulares se fazem bastante presentes, ocasionando em alguns casos dificuldade ou limitações na abertura de boca. (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999). Fica então evidente que este tipo de paciente deve ser tratado em sessões curtas, sob risco de agravamento da lesão articular ou episódios de deslocamento do côndilo da cavidade glenóide (subluxação de ATM), que além da dor, causam desconforto e nem sempre são de fácil solução. (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).

4) Implicações nas etapas clínicas da terapia endodôntica

Podemos citar as seguintes implicações nas etapas clínicas da terapia endodôntica em idosos:

- **Problemas com anestesia:** Alguns pacientes relatam "alergia" aos anestésicos locais. Contudo, uma reação alérgica verdadeira aos anestésicos locais comumente utilizados, especialmente, os aminoderivados, é quase sempre inexistente (DIPRIO ET AL, 1989). Alguns pacientes relatam taquicardia após a injeção, confundindo-a com uma alergia, ou podem afirmar não poder tomar anestésico com adrenalina. De fato, a maioria desses pacientes encontra-se apreensivos e não verdadeiramente "alérgicos" (WALTON & TORABINEJAD, 1997). Sabe-se que os pacientes idosos fazem uso da multi e polifarmácias, e levando este fato em consideração, podem ocorrer interações medicamentosas com a medicação que o idoso faz uso, como por exemplo, um antiarrítmico, como a Digoxina, e o sal anestésico, prilocaína, podendo dessa maneira interagir com o efeito do antiarrítmico, cancelando o mesmo, e fazendo com que o paciente desenvolva sérios problemas.
- **Acesso à câmara pulpar e aos canais radiculares:** O desafio da cirurgia de acesso à câmara pulpar é a maior dificuldade no tratamento endodôntico de idosos. As calcificações que ocorrem devido à idade, quantidade de restaurações, cáries, podem dificultar sobremaneira o tratamento endodôntico. Muitas vezes o exame radiográfico não nos permite visualizar a câmara pulpar e nem o canal radicular (BRUNETTI

& MONTENEGRO, 2002). No caso dos pacientes idosos, a abertura coronária e a localização dos canais poderão apresentar certas dificuldades. Certas situações como, abrasões, restaurações ou proteções pulpares, ao longo do tempo podem ocasionar a formação de dentina reacional no interior da câmara pulpar, determinando o estreitamento da mesma, principalmente da entrada dos canais (BRAMANTE ET AL., 2004). Inicialmente, deve ser feita uma radiografia de qualidade para se ter informação disponível das alterações, bem como do local e nível. É importante lembrar que, geralmente o assoalho da câmara pulpar está no nível da linha cervical e, portanto o uso da broca não deve ultrapassar esse limite. O dente deverá ser aberto cuidadosamente com broca esférica de baixa rotação direcionada para o canal de maior calibre. Radiografia com a broca inserida na abertura até então realizada, para que possa ter uma orientação do nível em que se encontra a mesma, e se há necessidade de aprofundar, visto que existe o risco de uma perfuração. O uso da sonda endodôntica ou sonda preparada pressionada contra o fundo do preparo e em direção à algum canal, poderá romper a camada de dentina remanescente e dar acesso à câmara pulpar (BRAMANTE ET AL., 2004). O EDTA (ácido etilenodiamino-tetracético) ou outro quelante de escolha, em nenhuma situação deverá ser usado, pois determinará o amolecimento da dentina e o maior risco de perfuração do dente. Na presença de calcificações dentro do canal, uma alternativa seria o uso de ultra-som, para remoção do tecido mineralizado (BRAMANTE ET AL., 2004). Em situações mais

extremas, quando os demais recursos não surtirem efeitos desejado, pode-se tentar abrir a parte cervical do canal com brocas LN. Assim, vai se aprofundando na abertura coronária em direção apical, até que se encontre o canal. Essa manobra deve ser feita cuidadosamente sob controle radiográfico e ante qualquer informação de desvio, deve-se interromper o procedimento (BRAMANTE ET AL., 2004). Em dentes multirradiculares têm-se o inconveniente de muitas vezes não observar a diferenciação entre assoalho e câmara pulpar. Devido à idade, restaurações, cáries cervicais (bastante comuns em idosos), ocorre a calcificação do espaço antes ocupado pela polpa, tanto na câmara pulpar quanto no canal radicular. Geralmente esses casos causam mortificação pulpar, e portanto há esperança de que o canal radicular, mesmo que não visível exista. Sempre é importante lembrar que a cirurgia de acesso nesses casos deve ser muito cuidadosa e lenta. (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002).

- **Preparo químico-mecânico:** A aparência calcificada dos canais radiculares de dentes envelhecidos é diferente daquela provocada por trauma, pulpotomia ou procedimentos restauradores que tenham induzido calcificação prematura do canal. Uma vez encontrado os orifícios de entrada, usando-se limas de pequeno diâmetro conseguimos penetrar com o instrumento próximo à região apical. Na verdade, o fator complicador, nesta fase do tratamento de pessoas idosas, se refere aos limites apicais. Com a diminuição fisiológica da câmara pulpar e canal radicular e contínua aposição de cimento na região apical, a junção

cimento dentina se afasta do ápice radiográfico. O cimento apical do jovem tem espessura de 100 a 200 micrometros e com a idade aumenta de 2 a 3 vezes (KUTLER, 1955), o que na verdade dificulta a visualização do ápice radiográfico.

- **Medicação intracanal:** Nesta fase deve-se tomar algumas precauções para que evitem certos acidentes, como as fraturas do dente. Isto pode ocorrer caso o material selador seja colocado em excesso. Deve-se lembrar sempre que um dente submetido a tratamento endodôntico torna-se mais frável, sobretudo quando se trata de um paciente idoso. Afim de que se evite tais acidentes, o teste de oclusão deve ser realizado, pois o dente encontra-se anestesiado e muitas vezes o paciente não percebe o contato prematuro, o qual poderá ocasionar indesejável fratura do elemento dental, pelo efeito de cunha produzido pela resistência à compressão de certos materiais (BRAMANTE ET AL., 2004).
- **Obturação:** As obturações de canais radiculares de pacientes idosos devem seguir alguns padrões de técnica para evitar acidentes. É mais seguro não fazer grandes desgastes na entrada dos canais e no terço médio, pois a maior conicidade e depois pressão no momento da obturação podem causar fraturas radiculares ou trincas, nem sempre observáveis no momento do procedimento, o que poderá levar ao insucesso posterior do tratamento endodôntico (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002).

5) Diagnóstico endodôntico em idosos

O diagnóstico das condições patológicas é baseado sempre na história clínica, exame clínico e testes específicos. Enquanto que sintomas patológicos clássicos pulpares e periapicais são geralmente relatados por pacientes idosos (ALLEN & WHITWORTH, 2004).

Um tratamento eficaz começa com um diagnóstico correto. Previamente a qualquer procedimento clínico, deve-se analisar os dados disponíveis. Nunca devem ser feitos diagnósticos apressados ou baseados apenas em um exame.

- **Teste de vitalidade pulpar:** Os pacientes idosos têm características especiais, que devem ser levadas em consideração quando se faz um exame bucal criterioso, para avaliar a necessidade de tratamento endodôntico. A maioria dos pacientes idosos não se queixa com freqüência dos sintomas de doença pulpar ou periapical. Quando o motivo da consulta é dor, há que se ter cuidado especial, pois nem sempre os testes pulpares normais têm respostas definidas, como em um dente jovem. Deve-se ter em mente que a polpa se encontra muitas vezes fibrosada, com atresia da câmara pulpar e canal radicular, portanto as respostas não são as mesmas. É importante saber que os sintomas pulpares nos pacientes idosos são geralmente crônicos, parecendo haver uma redução da dor associada à polpa viva, geralmente estimulada por frio, doces ou dor localizada. Um dos únicos sintomas que permanecem é a sensibilidade ao calor. A polpa também tem uma capacidade de recuperação diante de um agente agressor, e

mais comumente se instala necrose pulpar após uma invasão bacteriana também com sintomas reduzidos. Após avaliação clínica, verificando outros fatores que podem causar a manifestação dolorosa, são feitas tomadas radiográficas para verificar as condições periapicais do dente em questão (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002). Os testes de vitalidade pulpar ficam, portanto, prejudicados pois, nem sempre uma resposta negativa ao teste frio ou calor estabelece mortificação pulpar. Nesses casos, mesmo testes complementares como o de cavidade, elétrico, não são decisivos na avaliação da vitalidade. Certamente o estado da polpa só é confirmado quando se faz a cirurgia de acesso à câmara pulpar. No caso de dor difusa, não localizada, muitas vezes é preciso fazer o teste de anestesia para obter a localização do dente algógeno e fechar o diagnóstico. A rotina de semiotécnica do diagnóstico deve ser sistemática. Todos os exames devem ser observados em ordem e minuciosamente avaliados. Muitas vezes, o diagnóstico das lesões pulpares e periapicais pode ser bastante difícil, pois algumas lesões apresentam características tão semelhantes que exigem atenção especial na observância dos detalhes diferenciais (SCHWART & COHEN, 1992). Os testes térmicos, elétrico e de cavidade, também conhecidos como testes de vitalidades, regra geral refletem as condições da polpa (SELTER ET AL., 1965). Quando grandes quantidades de dentina secundária são depositados na coroa dentária, como por exemplo em dentes de indivíduos idosos, a resposta aos testes elétricos ou térmicos podem falhar (BARBOSA, 1999). No caso dos

testes elétricos deve-se ter conhecimento através dos dados obtidos em anamnese que, pacientes portadores de marcapasso deve ser evitado o uso de pulpoteste (BARBOSA, 1999). Também deve-se considerar diversas variáveis, como a presença de pus no canal ou a existência de estruturas metálicas, podem fazer com que a confiança no teste elétrico não seja absoluta (PANTERA ET AL., 1993). O teste elétrico é realizado com um aparelho que gera corrente elétrica de baixa magnitude na superfície do dente a ser examinado; na resposta ao teste registram-se níveis de corrente elétrica, indicando a condição pulpar. É contraindicado o emprego deste teste em pacientes portadores de marcapasso cardíaco, da mesma forma que o emprego de qualquer tipo de unidade cirúrgico-elétrica, podendo pôr em risco a vida do paciente (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).

- **Tomada radiográfica:** A radiografia é um dos recursos mais utilizados e confiáveis para estabelecer o plano de tratamento e o diagnóstico endodôntico. Sendo esta um método de escolha rotineira na prática endodôntica, é de grande importância ressaltar que a radiografia periapical e o método do paralelismo são os mais indicados. Para um diagnóstico correto das condições periapicais, a radiografia é um recurso insubstituível. A correlação perfeita entre condições clínicas e radiográficas e os achados histológicos é praticamente impossível de ser feito (LINENBERG, 1964). Assim, o diagnóstico e tratamento devem ser instituídos com base nos dados clínicos e radiográficos. Deve-se considerar que mesmo sendo de ocorrência pequena, outras lesões

podem ser sediadas no periápice (TODD & LANGELAND, 1987). Os raios-x constituem peça fundamental no exercício da endodontia, sendo um recurso necessário em todas as fases do tratamento. O tratamento endodôntico exige o uso da sensibilidade tátil como “extensão dos olhos”, aliada à habilidade e conhecimentos que se completam quando se adquire a capacidade de se extrair das nuances radiográficas, limitadas pela bidimensionalidade, informações necessárias à complementação do diagnóstico e tratamento. Por conseguinte, é inquestionável a dependência das manobras endodônticas às tomadas radiográficas, para que se atinja o objetivo, ou seja, o sucesso endodôntico (FILHO, 1999). O exame radiográfico, quando devidamente associado ao exame clínico do paciente e aos testes clínicos ou laboratorial, é um notável recurso suplementar, o que auxiliará na localização e identificação do problema relatado pelo paciente, obtendo-se, assim, o diagnóstico e a orientação para o devido planejamento e tratamento (LOPES & SIQUEIRA JR, 1999).

6) Importância da terapia endodôntica na manutenção da dentição

Próteses sobre raízes tratadas endodonticamente, overdentures, tem merecido grande destaque na odontologia.

Pacientes que perderam vários elementos dentários, porém possuem alguns dentes naturais, a overdenture é o tratamento de escolha, em vez da extração adicional e prótese total usual, desde que as raízes sejam

recuperáveis e endodonticamente tratáveis. Este tipo de prótese, overdenture, constitui excelente alternativa e bem sucedido tratamento estético e funcional para pacientes idosos com perda óssea contínua devido a fatores sistêmicos ou outros (GOLDSTEIN, 1980).

Existem algumas indicações importantes da terapia endodôntica que intervem de maneira direta na melhoria significativa da saúde bucal dos pacientes: preservação do arco dental intacto, através da manutenção do elemento dental na cavidade bucal; manutenção da retenção das próteses removíveis, particularmente quando a perda dos dentes resulta em uma condição de extremidade livre; serve de retentor para fixação de próteses; mantém o contato oclusal; auxilia na preservação da estabilidade oclusal evitando a remoção completa da prótese parcial de extremidade livre; preserva o osso alveolar na etapa de planejamento de próteses tipo overdentures (ALLEN & WHITWORTH, 2004).

7) Epidemiologia das lesões endodônticas em idosos

Lesões endodônticas foram relatadas por ser uma doença prevalente na maioria da população adulta dos países da Europa, norte da América e Austrália (LUPI-PEGURIER ET AL., 2002; GEORGOPOULOU ET AL., 2005; JIMÉNEZ- PINZON ET AL., 2004; DE MOOR ET AL., 2000; KABAK ET AL., 2005; SEGURA-EGEA ET AL., 2004). Constatou-se através de diversos estudos que a prevalência dessas lesões aumenta com a idade.

Diversos levantamentos epidemiológicos realizados em diferentes populações têm mostrado elevada prevalência de lesões endodônticas, associadas a dentes com o canal tratado, sobretudo com tratamentos endodônticos insatisfatórios, pobres obturações e relacionando também este como o primeiro e o mais importante fator (KABAK ET AL., 2005; LUPI-PEGURIER ET AL., 2002; DE MOOR ET AL., 2000; SEGURA-EGEA ET AL., 2004).

DISCUSSÃO

Com o aumento da expectativa de vida, cresce a demanda de tratamento endodôntico por idosos, visando a conservação da dentição.

A terapia endodôntica atua dentro dos níveis de prevenção, sobretudo quando se trata de pacientes idosos. Podemos considerar de fundamental importância o conhecimento específico sobre as condições pertinentes às mudanças e alterações dentárias que ocorrem durante o processo natural do envelhecimento, tanto por parte dos cirurgiões dentista clínicos gerais quanto dos profissionais especialistas que atuam nesta área, haja vista que desta maneira estariam atuando na preservação e manutenção dos elementos dentários na cavidade bucal.

Além disso, o tratamento endodôntico no paciente idoso requer cuidados especiais, pois os dentes são mais quebradiços, os canais radiculares em geral atresiadados e o tempo de tratamento mais curto. Os recursos para transpor as dificuldades nos procedimentos devem ser analisados e avaliados

critérios, a fim de diagnosticar, planejar e executar a terapia endodôntica em padrões de excelência, com propósito de obter resultado final bem sucedido.

É importante destacar que é melhor tratar o canal radicular e reconstruir a estrutura dentária do que optar pela extração do dente, pois as ausências de dentes dificultam a mastigação. Sendo a mastigação a principal função dos dentes, pode-se presumir que a perda destes pode levar a deficiência alimentar e à redução da saúde dos idosos (JOSHIPURA ET AL., 1996). A manutenção da dentição na idade avançada influencia diretamente na qualidade de vida dessas pessoas. A capacidade de mastigação, além de ser uma necessidade fisiológica básica, reflete também um simples prazer na vida de uma pessoa e, com o avanço da idade, os prazeres mais simples podem se tornar até mais importantes para a manutenção da saúde sistêmica do indivíduo, garantindo a sua longevidade.

Os dentes também influenciam nas interações sociais e familiares dos idosos. A falta destes pode levar a pessoa à retração e reclusão social, impedindo ou dificultando, por vezes, a socialização com outros grupos de pessoas ou o convívio familiar. Atualmente, devido a maior participação do idoso na sociedade, sobretudo em interações sociais, como os grupos de terceira idade, festas, bailes, viagens, entre outros, as questões sociais podem ser o motivo da procura pelo tratamento endodôntico. As necessidades, expectativas, desejos e exigências dos indivíduos mais velhos podem exceder aos de qualquer outro grupo de idade.

O tratamento endodôntico pode permitir a longevidade de um dente comprometido. A idade avançada não implica que uma pessoa deva ser forçada a substituir seus dentes por elementos protéticos fixos ou removíveis. Em nossa sociedade, a cultura de que a pessoa idosa é sinônima de pessoa desdentada ainda é bastante presente. Os idosos atuais não foram contemplados com a filosofia e os métodos preventivos de atendimento odontológico usualmente utilizado. Os profissionais de Odontologia devem ajudar o idoso a aumentar o seu conhecimento limitado sobre o tratamento endodôntico, a manutenção dos dentes e a falta de valorização de um tratamento odontológico regular.

Atitudes sociais negativas por parte desses profissionais em relação ao idoso tendem a refletir no atendimento odontológico. Esses pacientes podem ser recusados pelo profissional pelas dificuldades geradas por condições sistêmicas debilitantes do paciente ou por considerar o benefício para o investimento (tratamento e custo) não favorável.

Não é incomum também que os profissionais de Odontologia considerem os idosos menos capazes de pagar pelos honorários de um tratamento que mantenha sua dentição em função de sua idade ou aparência. Contudo, a grande maioria dos idosos realiza atividades rotineiras e sociais normais e pode estar disposto a submeter a um bom serviço odontológico e a dispor de recursos financeiros para isso. Além disso, o suporte social ou familiar, gerado pelo serviço público ou pelos filhos e parentes do paciente, podem custear esse tratamento.

Devemos considerar que a maioria dos idosos são pessoas que passaram, ou que ainda estão passando, por uma vida produtiva e ativa, o que as fazem interessadas em manter a sua dignidade e não considerarem a si mesmas um mau investimento. Como com qualquer outro grupo de idade, os pacientes idosos devem ser considerados como indivíduos. Cada paciente idoso apresenta uma história de vida social e psicológica única, com um conjunto de valores, necessidades e recursos diferentes de qualquer outro paciente, devendo, assim, serem respeitados pelos profissionais e a sociedade.

Outros estudos devem ser realizados para verificar a prevalência das alterações e lesões pulpares e periapicais que afetam os idosos, bem como a perspectiva, o conhecimento e a importância da terapia endodôntica para os pacientes e profissionais de Odontologia, visando, dessa maneira, romper os mitos e esteriótipos que cercam o tratamento endodôntico destinados aos idosos.

CONCLUSÃO

Baseados na revisão da literatura e nas limitações desse trabalho podemos concluir que:

- A terapia endodôntica em pacientes idosos é viável e permite a manutenção dos dentes e a qualidade de vida desses pacientes.

ABSTRACT

The populational aging and the development of the preventive philosophy in dental treatment allowed that the highest number of advanced aged people,

maintaining their dentition. Human ageing process due to a some anatomic, physiologic, and social alterations on the patients, which must be considered on the oral care in the elderly. The past history of dental carie, socks, and prosthetic rehabilitation need some endodontic treatment in this elderly population. The aim of this paper was to show, by mean of literature review, the clinical considerations on endodontic treatment in the elderly. The anatomic, histologic, and physiologic aspects from normal ageing teeth were showed, as well as their possible implications on endodontic therapy in elderly patients. The endodontic therapy in elderly patients is viable and permits the dentition and quality of life maintenance of these patients.

KEYWORDS: elderly; Geriatric Dentistry; oral health; endodontic treatment.

REFERÊNCIAS

1. Allen PF, Whitworth JM. Endodontic considerations in the elderly: Review article. *Gerontology*, 2004. 21: 185-194.
2. Avery KK, Tabatabai A, De Deus QD. O órgão pulpar na maturidade. *Arq. Cent. Est. Fac. Odont.* 1969; UFMG. 6: 61-71.
3. Barbosa SV. *Terapêutica Endodôntica*. 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1999. p. 46-47.
4. Bender IB, Montgomery YS. Nonsurgical endodontic procedures for the patient at risk for infective endocarditis and others systemic disorders. *J.*

Endodon. 1986.12:400-7.

5. Bender IB, Seltzer, Freedland J. The relationship of systemic disease of endodontic failures and treatment procedures. Oral Surg. 1963.16:1102-15.

6. Bhaskar SN, *et al.* Orban's oral histology and embryology. Saint Louis: Mosby. 1985. p. 489.

7. Bramante CM, Berbet A, Bernardineli N, Moraes IG, Garcia RB. Acidentes e Complicações no Tratamento Endodôntico: Soluções Clínicas. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2004.

8. Consolaro A. A cárie dentária: Histopatologia e correlações clinicorradiográficas. Bauru: Consolaro; 1996. p. 48.

9. Cormarck EF. A saúde oral do idoso. Disponível em: <http://odontologia.com.br/artigos> [2003 Dez 01].

10. De Deus QD. Endodontia. 5. ed. Rio de Janeiro: Médica e científica. 1992; cap. 3. p. 125-38.

11. De Moor RJG, Hommenz GMG, De Boever JG, Delmé KIM, Martens GEI. Periapical health related to the quality of root canal treatment in a Belgian populations. International Endodontic Journal. 2000; 33:113-120.

12. DiPrio JT, Talbert RL, Yee GC, Posey LM (eds): Pharmacotherapy, A Pathophysiologic Approach. New York: Lovier. 1989. p. 642.

13. Feller C. Considerações Endodônticas na Terceira Idade. *In*: Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: Noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas. 2002; cap.14. p. 217-34.

14. Filho ASC. Endodontia – Biologia e Técnica. Rio de Janeiro: Médica e Científica Ltda. 1999; cap.8. p.151.

15. Georgopoulou MK, Spanaki-voreadi AP, Pantazis N, Kontakiotis EG. Frequency and distribution of root filled teeth and apical periodontitis in a Greek population. *International Endodontic Journal*. 2005; 38: 105-11.
16. Glickman GN, Koch KA. 21 st. century endodontics. *J Am Dent Assoc*. 2000. v. 131 (Suppl: pp.39).
17. Goldstein RE. *Estética em Odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1980. p. 479.
18. Hebling E. Prevenção em Odontogeriatrics. *In: Pereira AC et al. Odontologia em saúde coletiva*. São Paulo: Artmed. 2003; cap. 26. p. 426-37.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeções preliminares 1980-2020*. 1995
20. Jiménez-pinzon A, Segura-egea JJ, Poyato-ferrera M, Velasco-ortega E, Ríos-santos JV. Prevalence of apical periodontitis and frequency of root-filled teeth in an adults Spanish population. *International Endodontic Journal*. 2004; 37:167-73.
21. Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *J Am Dent Assoc*. 1996; 127:459.
21. Kabak Y, Abbott PV. Prevalence of apical periodontitis and the quality of endodontic treatment in an adult Belarusian population. *International Endodontic Journal*. 2005; 38: 238-45.
22. Kutler Y. Microscopic investigation of root apices. *J. Amer. Dent. Ass.*

1955; 50:544-52.

23. Langeland K. Management of the inflammed pulp associates with deep carious lesions. J. Endodon. 1981; 7: 169-81.

24. Linenberg WB. et al. A clinical, roentgenographic and histopathologic evaluations of periapical lesions. Oral Surg. 1964; 17: 467-72.

25. Lopes HP, Siqueira JR.JF. Endodontia - Biologia e Técnica. Rio de Janeiro: Médica e científica Ltda; 1999. p. 10-11.

26. Lupi-pegurier L, Bertrand MF, Muller-bolla M, Rocca JP, Bolla M. Periapical status prevalence and quality of endodontic treatment in an adult French population. International Endodontic Journal. 2002; 35: 690-97.

27. Marchini L, Cunha VPP, Giordano CE, Santos JFF. Odontologia geriátrica: um panorama geral. Foplac Rev. 1999; 1(2):16-20.

28. May OA. Management of diabetic dental patient. Quintessence Int. 1990; 21(6): 491-94.

29. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Ver. Odontol. Mod.* 1992;19(4):11-13.

30. ONU_ Organização das Nações Unidas. Population Fund. Report. 2000.

31. Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia- Bases para a prática clínica. São Paulo: Artes médicas.1984. cap.1.

32. Pantera EA, Anderson RW, Pantera CT. Reability of eletric pulp testing

- after pulpal testing with dichlorodifluoromethane. *J. Endod.* 1993;19(6): 312-14.
33. Ramos CAS, Bramante CM. *Endodontia – Fundamentos Biológicos e Clínicos*. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora. 2001. p. 94-95.
34. Saliba CA, et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1999; 53(4): 279-82.
35. Schwart S, Cohen S. The difficult differential diagnosis. *Dent. Clin. North Am.* 1992; 36(2): 279-92.
36. Segura-egea JJ, Jiménez-pinzón M, Velasco-ortega E, Ríos-santos JV. Periapical status and quality of root filings and coronal restorations in na adult Spanish population. *International Endodontic Journal.* 2004; 37. p. 525-30.
37. Selter S, Bender IB, Nazimow H. Differential diagnosis of pulp conditions. *Oral Surg.* 1965; 10(3): 383-91.
38. Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG, Young RT, Saliba D, Maclean CH *et al.* Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. *Journal Am Geriatr Soc.* 2000; 48(4): 363-69.
39. Terra VCR. *Endodontia Geriátrica*. Disponível em www.odontologia.com.br/artigos publicado em 1/12/2004.
40. Todd HW, Langeland K. Pulpal destruction of neoplastic etiology. *J. Endod.* 1987; 13(6): 299-301.
41. Walton RE, Torabinejad M. *Princípios e Prática em Endodontia*. 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora. 1997. p.78-79.

CONCLUSÃO

Baseados na revista da literatura e nas limitações desse trabalho, podemos concluir que a terapia endodôntica em pacientes idosos é viável e permite a manutenção dos dentes e a qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. Brunetti RF, Montenegro FRB. Odontogeriatrics: Noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas. 2002.
2. Cormarck EF. A saúde oral do idoso. Disponível em: <http://odontologia.com.br/artigos> [2003 Dez 01].
3. Glickman GN, Koch KA. 21 st. century endodontics. J Am Dent Assoc. 2000. v. 131 (Suppl: pp.39).
4. Feller C. Considerações Endodônticas na Terceira Idade. In: Brunetti RF, Montenegro FRB. Odontogeriatrics: Noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas. 2002.
4. Hebling E. Prevenção em Odontogeriatrics. In: Pereira AC *et al.* Odontologia em saúde coletiva. São Paulo: Artmed. 2003; cap. 26. p. 426-37.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções preliminares 1980-2020. 1995.
6. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. Ver. Odontol. Mod. 1992;19(4):11-13.
7. Organização das Nações Unidas. Population Fund. Report. 2000.
8. Saliba CA, *et al.* Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1999; 53(4): 279-82.
9. Sloss EM, Solomon DH, Shekelle PG, Young RT, Saliba D, Maclean CH *et al.* Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults. Journal Am Geriatr Soc. 2000; 48(4): 363-69.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. A abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.