



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



# **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Leonardo Mavros Filizzola

Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Célia Vieira de Siqueira

TCC 364

Ano de Conclusão do Curso: 2007

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above the text "Assinatura do(a) Orientador(a)".

**Assinatura do(a) Orientador(a)**

Leonardo Mavros Filizzola

## **EFEITO DAS DROGAS NA SAÚDE BUCAL**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção do diploma de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Célia Vieira de Siqueira

**UNICAMP / FOP  
BIBLIOTECA**

Piracicaba  
2007

Unidade FOP/UNICAMP
N. Chamada .....
F479e
.....
Vol. .... Ex. ....
Tombo BC/ .....

C.T. 786405

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

F479e	Filizzola, Leonardo Mavros. Efeito das drogas na saúde bucal. / Leonardo Mavros Filizzola. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2007. 25f..  Orientador: Vânia Célia Vieira de Siqueira. Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  1. Tabaco. 2. Álcool. 3. Saúde bucal. I. Siqueira, Vânia Célia Vieira de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.  (mg/fop)
-------	---

**Dedico este trabalho ao meu pai Leonardo, que além de me criar e educar, também me ensinou a amar a Odontologia.**

## **AGRADECIMENTOS**

À Profª Drª Vânia Célia Vieira de Siqueira, pela orientação e ajuda nesse trabalho.

À todos os professores, de todas as áreas, sem exceções, por todos os ensinamentos transmitidos nesse período de graduação.

À minha namorada Thais, por todo amor, carinho e paciência que tem comigo.

À minha mãe, pelo afeto e carinho que me recebia nos finais de semana.

Aos meus irmãos Guilherme e Georges, companheiros e amigos em todas as horas.

À minha avó Evelyn, por toda a ajuda e preocupação nesses anos que passei longe de casa.

Ao pessoal da minha ala clínica, sempre dispostos a ajudar, seja ensinando algo ou emprestando materiais.

Ao meus irmãos da República Tiembokofumo, por proporcionar que eu pudesse passar esse ano maravilhoso ao lado deles.

Aos meus outros irmãos da República Inferninho, que apesar de distantes, têm muita importância na minha vida e na minha carreira acadêmica.

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	5
RESUMO	6
INTRODUÇÃO	7
DESENVOLVIMENTO	9
Tabaco	10
Álcool	20
Cocaína e Crack	21
Efeito das drogas em conjunto	23
CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

## **LISTA DE SIGLAS**

CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados

CPOS – Superfícies cariadas, perdidas e obturadas

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso teve por objetivo analisar os efeitos de algumas drogas na saúde bucal dos seus usuários. Foram analisados artigos, livros e teses, buscando saber informações de manifestações bucais relacionadas ao uso de substância como álcool, tabaco, cocaína, crack e maconha. A doença periodontal está muito relacionada, principalmente, com o uso do tabaco e do álcool, assim como o câncer de boca. Já o uso de outras drogas ilícitas, como a cocaína e a maconha, apesar de não serem muito estudados, podem causar xerostomia, CPOD elevado, redução de fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, perdas dentárias, gengivite, halitose, quelite angular e estomatite.

A identificação dos sinais e sintomas destas drogas podem auxiliar o cirurgião dentista, para que o tratamento realizado nestes pacientes seja mais eficiente e seguro.

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas entre jovens e adultos, fenômeno conhecido como drogadicção, é fato de ocorrência freqüente nas sociedades ocidentais, e seu incremento em faixas etárias cada vez mais precoces vem sendo observado nas últimas décadas.

No Brasil, as drogas mais freqüentemente consumidas por usuários que buscam auxílio no processo de recuperação de dependência são a maconha, a cocaína, o "crack" e a heroína. O uso combinado do álcool com um ou mais tipos de drogas tem sido comum entre estes usuários.

Nos grandes centros, drogas de características alucinógenas, como o LSD ou o "ecstasy", já são consumidas em grande escala por grupos específicos. O baixo poder aquisitivo, no entanto, direciona o consumo do usuário médio para drogas como maconha ou "crack".

Antigamente negligenciada, as drogas hoje vem conseguindo derrubar tabus, sendo considerada uma doença tratável em todos os seus níveis, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais.

As contribuições trazidas pela odontologia neste campo têm possibilitado a atuação de um maior número de profissionais no tratamento especializado ao paciente usuário de drogas, que por suas características locais constitui uma nova categoria de paciente especial.

A literatura odontológica apresenta uma escassa produção sobre o assunto. Entretanto, observa-se uma preocupação em desmistificar o tratamento

odontológico a pacientes usuários de drogas, de apresentar seu perfil e os principais cuidados a serem tomados durante o tratamento.

Dentre os principais achados em pacientes que fazem uso de drogas estão: xerostomia, CPOD elevado, redução do fluxo salivar e capacidade tampão, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, gengivite, halitose, quelite angular e estomatite. Além disso, a perda da auto-estima e mudanças no padrão de comportamento influem no descuido quanto à higiene geral e bucal.

De maneira geral, autores como Smith (1989), Oberg (1989), Collins (1987) apontam como obrigação dos profissionais da área da saúde identificar e saber tratar um usuário de drogas, dentro de sua área de competência, minimizando as possibilidades de que o mesmo tenha uma recaída para as drogas.

A elaboração deste trabalho tem o propósito de citar e explicar, dentro das limitações relacionadas a escassez de produção, as manifestações bucais presentes em usuários de algumas drogas.

## DESENVOLVIMENTO

Sabe-se que a saúde bucal esta muito envolvida com a saúde geral da pessoa, por isso diversos cuidados devem ser tomados a fim de preservar essa saúde. Os indivíduos que tem uma saúde bucal adequada apresentam uma serie de características. Dentre as principais, estão ausência de carie e de doença periodontal.

Álcool, tabaco, crack, cocaína e maconha são incisivos no comprometimento da saúde bucal de um individuo. E de suma importância que o cirurgião-dentista esteja apto para identificar possíveis sinais de pacientes que são usuários destas drogas.

Os principais achados em pacientes que usam drogas são: xerostomia, CPOD elevado, diminuição da capacidade tampão da saliva, quelite angular, bruxismo, perdas dentais, doença periodontal, halitose e estomatites.

São 3 os fatores etiológicos principais: diminuição do pH e fluxo salivar, diminuição da concentração de fosfato inorgânico (dificulta a remineralização) e aumento do consumo de carboidratos refinados.

Também pode ser adicionado a isto a má higiene bucal relacionada a baixa auto-estima e falta de motivação. Além disso, algumas drogas têm efeito anestésico, minimizando ou eliminando a dor, que constitui um sinal de alerta para que se procure um CD.

Nos parágrafos seguintes, avaliaremos cada droga individualmente, citando e explicando os possíveis prejuízos causados por elas.

## **Tabaco**

O tabagismo causa efeito deletério sobre a saúde bucal, constituindo-se no maior fator de risco para as doenças periodontais conhecido na atualidade.

Existem diferentes formas de se utilizar o tabaco, a mais comum delas é o cigarro, mas também existem outras formas de utilização deste, como em charutos, cachimbos, tabaco mastigável e inalável.

## *Cigarro*

### Doença Periodontal

O cigarro é um significativo fator de risco para doença periodontal e afeta a cicatrização após cirurgia periodontal. Estudos longitudinais mostram que a doença periodontal pode progredir mais rapidamente em fumantes do que em não-fumantes.

Em um trabalho sobre o fumo e as doenças periodontais, a etiologia e o gerenciamento do controle de risco, Tonetti (1998) afirma que evidências experimentais acumuladas nas duas últimas décadas apontam o tabagismo como um fator de risco verdadeiro para o desenvolvimento e o agravamento dessas moléstias. A exposição ao fumo aumenta de duas a três vezes, a probabilidade de manifestação de periodontite clinicamente detectável. Os fumantes apresentam maior prevalência de doença periodontal e em grau mais severo; também apresentam taxas mais elevadas de perda de elementos dentários e edentulismo que os não-fumantes. Para o autor, o efeito nocivo do hábito de fumar é dose-dependente: os fumantes excessivos - mais de 10 cigarros por dia - apresentam maior progressão

da doença; em indivíduos mais jovens, até 51% do risco de periodontite está associado ao fumo.

A doença periodontal resulta de uma complexa interação entre o ambiente (ex. tabaco e bactéria) e fatores relacionados ao hospedeiro (ex. fatores genéticos, imunológicos, idade e diabetes).

Os principais efeitos nocivos do hábito de fumar sobre o periodonto são: diminuição da vascularização, alteração na resposta inflamatória e imunológica, bolsas periodontais mais profundas, maior perda de inserção periodontal e interferência na cicatrização pós-terapias. No que concerne ao peri-implante, o tabagismo provoca: vasoconstrição sistêmica, redução do fluxo sanguíneo, maior probabilidade de desenvolver peri-implantite e interferência na cicatrização pós-cirúrgica.

Resultados de um estudo realizado pela NHANES I (*United States National Health and Nutrition Examination Survey*) indicaram que, apesar dos fumantes apresentarem altos níveis de placa e cálculo, mesmo após instrução de higiene oral e outras variáveis, eles ainda possuíam maior incidência de doença periodontal do que os ex-fumantes ou não-fumantes.

Haber *et al.* (1994) estima que mais de 51% das periodontites em pacientes entre 19 e 30 anos está associada ao cigarro, e a prevalência de periodontite foi de quase quatro vezes maior em fumantes do que em não-fumantes neste grupo.

Outros estudos também demonstraram que, apesar dos níveis de placa serem similares, fumantes de 20 a 30 anos apresentam maior profundidade de sondagem e maior perda de inserção. A periodontite agressiva generalizada se associa mais ao fumo do que a periodontite agressiva localizada.

Tomar e Asma *et al.* (2000) demonstram que aproximadamente metade dos casos de periodontite, estava atribuído aos fumantes (cerca de 41,9%) ou ex-fumantes (cerca de 10,9%).

Investigando as características da doença periodontal e os padrões de perda de inserção em pessoas adultas com periodontite - fumantes, não-fumantes ou ex-fumantes - Haffajee & Socransky (2001) examinaram 289 adultos na faixa etária compreendida entre 20 e 86 anos, com pelo menos 20 dentes e 4 áreas com profundidade de bolsa e/ou nível de inserção >4mm. As informações sobre o histórico do hábito do tabagismo foram obtidas por meio de um questionário. As medidas de acúmulo de placa, gengivite evidente, sangramento à sondagem, supuração, profundidade de bolsa e nível de inserção foram tomadas em 6 áreas por dente, em todos os dentes, à exceção dos terceiros molares. Confirmando outros estudos, os fumantes apresentaram evidências de doença periodontal mais severas que os ex-fumantes ou os não-fumantes. De todos os parâmetros clínicos avaliados, a perda de inserção apresentou maior contraste. A diferença nos níveis médios de inserção entre fumantes e não-fumantes em áreas individuais não foi uniforme, mas perda significativamente maior foi observada nas áreas linguais da maxila e dos dentes inferiores anteriores, sugerindo a possibilidade de efeitos locais do fumo.

Daud *et al.* (2003) relatou que o tabagismo possui efeito deletério sobre a saúde bucal, constituindo-se no maior fator de risco para as doenças periodontais conhecido na atualidade.

De uma maneira geral, fumantes estão quatro vezes mais susceptíveis a terem periodontites severas se comparados às pessoas que nunca fumaram. Além

disso, os depósitos de cálculo são maiores em fumantes, apesar da quantidade de placa ser variável. Os efeitos do cigarro na inflamação gengival são equivocados, apesar dele possuir tendência de diminuir a inflamação.

Fumantes possuem prevalência mais alta de envolvimento de furca do dente, quando analisadas em evidências radiográficas de perda óssea, e clinicamente apresentam uma alta prevalência e alta severidade de perda de inserção de furca do dente. Além disso, fumantes passam por mais perdas de elementos dentários do que não-fumantes.

Por essas razões, cerca de 75% dos pacientes que procuram um periodontista, são fumantes ou ex-fumantes, enquanto os que procuram clínico geral são 54%.

#### Efeitos microbianos do tabaco

A concentração de oxigênio nas bolsas periodontais mostra-se mais baixas em fumantes, o que favorece espécies anaeróbias, porém as bactérias não variam significativamente em fumantes e não-fumantes.

Para avaliar a suficiência de oxigênio na gengiva de fumantes e de não-fumantes portadores de doença periodontal, Hanioka *et al.* (2000) examinaram tecido gengival papilar de incisivos, caninos e pré-molares da maxila em 110 áreas de 62 pacientes fumantes, e em 100 áreas de 60 pacientes não-fumantes, com índice de inflamação gengival similar. Os resultados indicaram que os fumantes exibem possivelmente menor função de suficiência de oxigenação em gengiva saudável, já que apresentam reduzida capacidade para adaptar a função em

gengiva inflamada quando comparados a não-fumantes. Esses achados sugerem que os fumantes têm incapacidade funcional de micro circulação gengival.

Estudos feitos em *Erie County, USA*, demonstram que fumantes são 3,1 vezes mais suscetíveis para apresentarem infecção de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e 2,3 vezes mais suscetíveis a serem infectados com *Bacteroides forsythus* do que ex ou não-fumantes.

#### Resposta à terapia periodontal em fumantes

Para relacionar a quantidade de cigarros consumidos e a resposta à terapia periodontal, Kaldahl *et al.* (1996) realizaram quatro diferentes modalidades de tratamento em 74 pacientes com periodontite moderada e avançada, continuando com terapia periodontal de suporte por um período de sete anos. Ao exame inicial esses indivíduos foram classificados quanto ao consumo de cigarros em: fumantes excessivos, aqueles que consumiam 20 cigarros ou mais por dia; fumantes leves, aqueles que consumiam 19 ou menos cigarros ao dia; ex-fumantes, aqueles que haviam fumado, mas no momento do exame inicial, não tinham mais esse hábito; e não-fumantes. Os fumantes responderam menos favoravelmente à terapia periodontal que os não-fumantes, e houve uma tendência dos fumantes excessivos responderem menos favoravelmente que os fumantes leves, o que indica que essa resposta é dose-dependente. Os ex-fumantes responderam ao tratamento periodontal de suporte de maneira similar aos não-fumantes, o que revela que um histórico passado de tabagismo não é deletério para a resposta ao tratamento.

A técnica de regeneração tecidual guiada para o tratamento das recessões gengivais foi o objeto de estudo de Trombelli *et al.* (1997). Para avaliar as respostas a essa terapia, os autores investigaram 9 pacientes fumantes - aqueles que consumiam 10 ou mais cigarros por dia - e 13 pacientes não-fumantes. O procedimento terapêutico foi realizado em duas etapas: a primeira, cirurgia para a colocação da membrana e a segunda, para a sua remoção, seis semanas depois da primeira. Ambos grupos foram submetidos à avaliação de parâmetros clínicos com registros dos índices de placa bacteriana, de sangramento à sondagem, de profundidade de bolsa, de recessão gengival, de nível de inserção periodontal e de largura do tecido queratinizado, nos períodos pré e pós-cirúrgico. Os resultados revelaram que os fumantes responderam menos favoravelmente ao tratamento, pois apresentaram menor nível de redução da recessão gengival e cobertura da raiz dental.

#### Efeitos do cessar do tabaco na condição periodontal

Cigarro causa danos irreversíveis ao periodonto, porém a deterioração não continua após a interrupção do uso. Ex-fumantes respondem a terapia periodontal de uma maneira similar a não-fumantes.

Pacientes que deixaram de fumar entre 1 semana antes e 8 semanas depois da colocação de implantes obtiveram taxas de sucesso similar a pacientes não-fumantes.

### Câncer bucal relacionado ao Tabaco:

Cigarros, charutos, cachimbos e tabaco mascável causam câncer de boca. Baseados em estudos de casos controlados na população, Winn *et al.* (2001) afirmou que fumantes de cigarros tem de 2 a 5 vezes mais risco de apresentarem câncer de boca do que não-fumantes.

O risco de câncer aumenta de acordo com a quantidade de cigarros fumados e anos fumando. Porém, o risco diminui com o numero de anos de abstinência.

O uso de álcool é também um enorme fator de risco para câncer de boca. Fumantes pesados que bebem muito álcool correm muito mais risco de apresentarem câncer de boca do que as pessoas que só fumam ou só bebem.

Fumantes de charuto são de 7 a 10 vezes mais predispostos a desenvolverem câncer de boca do que não-fumantes. O risco aumenta de acordo com a profundidade de inalação da fumaça e o numero de charutos fumados por dia.

Fumantes de cachimbo tem o risco de câncer aumentado de 2 a 3,5 vezes, quando comparados a pessoas que não fumam.

Usuários de tabaco não-fumável possuem risco de câncer de boca e faringe 4 a 6 vezes maior do que não-usuários.

As N-nitrosaminas específicas do tabaco, aminas aromáticas, e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos presentes na fumaça do tabaco são considerados muito carcinogênicos, contribuindo para o risco de câncer de boca em produtos de tabaco fumável.

Nos tabacos não-fumáveis, as nitrosaminas formadas durante a fermentação e o tratamento ocorrem em níveis relativamente maiores e são consideradas as mais importantes.

Também é evidente que alguns génotipos herdados podem predispor as doenças orais causadas pelo tabaco.

### Úlceras aftosas

Úlceras aftosas ocorrem menos frequentemente em fumantes do que em não-fumantes. Parar de fumar resulta numa piora da úlcera aftosa e voltar a fumar melhora a condição. Uma explicação pra isso é que fumantes desenvolvem hiperqueratinização da mucosa, o que a protege de ulcerações.

### *Outras formas de tabaco e condição periodontal*

Fumar charutos e cachimbos também relaciona-se com doença periodontal.

Para testar a hipótese de que fumar charuto e cachimbo guarda a mesma relação com o desenvolvimento da doença periodontal e com a perda de dentes que fumar cigarros, Albandar *et al.* (2000) também investigaram se o fato de abandonar o hábito de fumar altera os riscos de desenvolver doença periodontal e perda dentária. Setecentos e cinco indivíduos foram examinados clinicamente, e tiveram avaliadas a condição periodontal e a perda de dentes; também foram entrevistados quanto ao hábito de fumar. Os resultados demonstraram índices de 5,1, 3,9 e 2,8 de perda dentária para fumantes, ex-fumantes e não-fumantes de cigarros, respectivamente, e média de 4 dentes perdidos para fumantes de charuto e cachimbo. Essas taxas sugerem que, no que concerne à saúde

periodontal e à perda dentária, os efeitos adversos decorrentes do hábito de fumar cachimbo ou charuto são similares àqueles decorrentes do consumo de cigarros. Os fumantes de cigarro tiveram uma prevalência maior de periodontite severa e moderada (=25,7%) do que os ex-fumantes (=20,2%) e os não-fumantes (=13,1%). Esforços no sentido de largar o fumo devem ser considerados como formas de melhorar a saúde periodontal e reduzir a perda dental em fumantes excessivos de cigarro, charuto e cachimbo com doença periodontal.

Dados do *Veterans Administration Dental Longitudinal Study* afirma que comparado à não-fumantes, os riscos relativos de perda dentária em fumantes de cachimbo e cigarro era 1,6 quando comparado a 1,3 em fumantes de charuto.

Diferentemente dos fumantes de cigarro, que geralmente apresentam destruição periodontal espalhada, os efeitos bucais do tabaco não-fumável são localizados no sítio do posicionamento. A alteração periodontal primária em usuários de tabaco não-fumável é a retração gengival localizada. Em geral, retração gengival ocorre em 25-30% desses usuários, e lesões brancas em mucosa ocorrem em 50-60%, e essas lesões regredem quando o uso do tabaco é cessado.

### Cáries

A alta proporção de açúcar no tabaco mascável é uma causa preocupante. Usuários de tabaco mascável apresentam maiores níveis de cárie em coroa ou em superfície radicular, quando comparados a pessoas que usam outro tipo de tabaco.

O mecanismo sugerido é que os altos níveis de açúcares fermentáveis no tabaco mascável estimulam o crescimento das bactérias cariogênicas.

#### Outras lesões bucais de mucosa

Lesões de mucosa bucal são comuns em usuários de tabaco não-fumável e podem se desenvolver mesmo com uso relativamente limitado.

Um estudo em 17.027 adolescentes americanos, realizado entre 1986 e 1987, determinou que lesões de mucosa foram encontradas em 27% dos usuários que cheiram e mastigam tabaco, em contraste com 0,4% entre aqueles que nunca usaram tabaco não-fumável. Essas lesões eram descritas como uma enrugação superficial leve da mucosa até uma mucosa engrossada, estriada, branca ou cinza. A prevalência da lesão aumenta com o aumento da duração do uso.

Uma pesquisa entre jogadores de baseball verificou a prevalência de leucoplasia entre os usuários e não-usuários de tabaco inalável e verificou entre os não-usuários prevalência de 1,4% contra 84% entre aqueles que usam 4 ou mais latas de tabaco por semana. Vale lembrar que a leucoplasia é considerada uma doença pré-maligna.

O cigarro também associa-se com leucoplasia orla e com outras doenças na mucosa bucal, assim como estomatite nicotínica e língua negra e pilosa.

Portanto, para que o tratamento seja eficiente e seguro, o cirurgião-dentista precisa verificar se o paciente é fumante ou não, para esclarecê-lo e conscientizá-lo sobre os riscos que esse hábito traz à saúde e, conseqüentemente, aos tratamentos e trabalhos odontológicos reabilitadores, podendo levá-los ao insucesso, pois é o periodonto que os sustenta. Além disso, o paciente deve

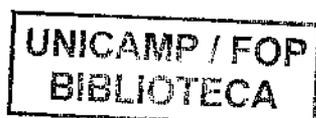
manifestar-se sobre a vontade de abandonar esse hábito ou não, e o profissional deve documentar os esclarecimentos que lhe forneceu e a decisão que deles resultou, arquivando esse documento no prontuário odontológico, a fim de se resguardar no caso de eventuais ações impetradas contra si.

## **Álcool**

Juntamente com o cigarro, o consumo excessivo de álcool é um dos fatores de risco mais envolvidos na etiologia do câncer bucal. Ziegler (1986), em estudo epidemiológico, demonstrou que indivíduos alcoólatras apresentavam risco de câncer 6,4 vezes maior que indivíduos abstêmios de álcool. Em geral, a ação carcinogênica do álcool ocorre em níveis de exposição superiores a 45 ml de etanol por dia.

Schottenfeld (1979) demonstrou uma alta ocorrência de lesões relacionadas ao etanol no assoalho de boca, orofaringe e esôfago. Nessas localizações, esses resultados foram interpretados por Kissin (1975) como uma ação carcinogênica local do etanol, maior do que sua atuação sistêmica.

A obtenção dos dados referentes ao consumo de álcool e de fumo mediante registro em questionário tem sido largamente utilizada em diversos estudos. Algumas dificuldades têm sido relatadas nos estudos referentes ao tipo de bebida e risco de câncer bucal. Os diferentes métodos utilizados de quantificação do etanol, a diversidade de bebidas alcoólicas nos vários países do mundo e informações pouco fidedignas dos indivíduos entrevistados figuram entre os problemas mais freqüentes.



Tem sido relatado na literatura que o álcool além de causar doenças gastrointestinais, distúrbios vasculares e desordens no sistema nervoso central, facilita a penetração de carcinógenos na mucosa bucal. Este fenômeno pode ser explicado através da solubilização de alguns agentes genotóxicos ou talvez pelo aumento da permeabilidade da mucosa na presença do álcool. Outro aspecto levantado é a maior permeabilidade de mucosas não queratinizadas como a do bordo lateral da língua e da mucosa jugal comparadas a tecidos queratinizados existentes nas mucosas de revestimento do palato e da gengiva.

O bordo lateral de língua, descrito na literatura como o local mais prevalente de câncer bucal, mostrou freqüência elevada de células micronucleadas e de micronúcleos quando comparados ao grupo controle. A mucosa jugal, um outro sítio analisado, apesar de também ser revestida por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado, mostrou resultados bem menos expressivos. Esses resultados confirmam relatos da literatura que indicam a mucosa jugal como um sítio menos exposto à ação de carcinógenos.

### **Cocaína e crack**

A cocaína é uma droga psicoativa que estimula e vicia, promovendo alterando cerebrais muito importantes. É extraída da folha da coca e se consumida por muito tempo ocasiona muitos problemas de saúde, como por exemplo: a aceleração do envelhecimento e danos cerebrais.

Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas (2002) os efeitos imediatos (agudos) dos usuários de cocaína são: euforia, falsa sensação de aumento das capacidades físicas, intelectuais e energia, diminuição do apetite e do sono,

aumento da ansiedade, suspeita de estar sendo observado ou perseguido, sensação de tato torna-se mais intensa, aumento da disposição para manter relações sexuais, ejaculação espontânea, depressão e irritabilidade, autoconfiança irreal e alucinações (auditivas e visuais), delírios de perseguição (esquizofrenia), aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, vasoconstrição, aumento da temperatura corpórea, liberação de açúcar no sangue e aumento da força de contração do músculo cardíaco.

Devido os efeitos de euforia e prazer que a cocaína proporciona, as pessoas são seduzidas a utilizá-la para vivenciar sensações de poder, entretanto esses efeitos duram pouco tempo, onde a pessoa entra em contato com a realidade e experimenta depressão e ansiedade por utilizá-la novamente.

Os pacientes que fazem uso crônico da cocaína apresentam depressão intensa com risco de suicídio, desmotivação e sonolência, irritabilidade crônica, ansiedade, psicose paranóide, separação conjugal, abandono de atividades ocupacionais, incapacidade do cumprimento de obrigações sociais, dependência financeira, atividades criminais, alteração do ritmo elétrico cardíaco (arritmia), hemorragias em diversas partes do corpo (aumento da pressão arterial), acidente vascular cerebral, hipertermia, parada respiratória e convulsões.

Medicamente, as complicações que podem surgir com o uso do crack e da cocaína são divididas em 4 grupos:

- Decorrentes do efeito da própria droga – ligeiro sangramento nasal, angina de peito, infarto agudo do miocárdio, aumento do volume cardíaco, diminuição da capacidade respiratória e de transporte de oxigênio, dor no peito, falta de ar e tosse sanguinolenta (crack), impotência sexual,

incapacidade de ejaculação ou de obter orgasmo, diminuição do desejo sexual e tentativa de suicídio (grandes doses).

- Decorrentes da via de consumo – infecções de pele (seringas contaminadas), infecções na válvula cardíaca, AIDS, hepatite e endocardite bacteriana.
- Decorrentes das substâncias adicionadas a cocaína – lesões no fígado somando-se aos efeitos do álcool consumido juntamente com a cocaína.
- Decorrentes do estilo de vida do usuário – dependência de outras drogas (potencialização dos efeitos), atividades ilícitas, acidentes e homicídios.

Cabe ao cirurgião- dentista, identificar em paciente usuários de cocaína características como as citadas acima, para promover ao paciente um tratamento mais efetivo e seguro.

### **Efeito das drogas em conjunto**

Pedreira *et al.*(1999) realizou um levantamento em uma instituição de recuperação em Bauru, avaliando 38 indivíduos do sexo masculino, entre 18 e 54 anos. O tempo de drogadicção variou de 1 a 38 anos, com predomínio do uso freqüente de drogas de categorias variadas.

Os pacientes foram divididos em 4 grupos: GI (n=6) álcool, GII (n=5) crack ou heroína e associados, GIII (n=7) maconha e álcool e GIV (n=20) cocaína e associados.

Foram estudadas variáveis como fluxo salivar, capacidade tampão e índices CPOD e CPOS.

Avaliando os resultados obtidos, observa-se que apenas o GIII (maconha e álcool) enquadra-se em fluxo salivar baixo. A maconha sendo um agente parassimpatomimético e parassimpatolítico, produz uma redução expressiva do fluxo salivar, o que pode ser confirmado pelos achados deste estudo. O álcool, por sua vez, também traz a sensação de ressecamento bucal, muita sede e gosto pastoso na boca. Este grupo apresenta a associação de duas drogas condicionantes de hipossalivação.

Porém, deve ser levado em consideração que na análise do fluxo salivar, deve-se considerar o tempo de abstinência da droga, uma vez que a eliminação do fator causal leva à normalidade a secreção do fluxo salivar. Os grupos I, II e IV estavam enquadrados em situações de fluxo salivar normal.

O CPOD dos internos aparece com valores elevados nos 4 grupos. Estes resultados validam a hipótese que a drogadicção está associada a fatores locais de risco de cárie.

Para Di Cugno *et al.* (1981) o alto CPOD verificado nos pacientes usuários de drogas é decorrente da diminuição do fluxo salivar e capacidade tampão, além da diminuição das concentrações de cálcio e fosfato, insuficientes para equilibrar a queda de pH e para a formação de cristais de hidroxiapatita e à dieta altamente cariogênica.

A porcentagem de dentes perdidos é alta nos 4 grupos, porém no GI e GIII os valores apresentam-se superiores ao GII e GIV. Uma possível explicação para tal dado reside no uso associado de álcool pelos indivíduos dos grupos I e III. Esta

droga tem atuação direta no periodonto de sustentação dos dentes, pois existe um efeito tóxico direto entre o álcool e o periodonto, resultando em doença eriodontal e produzindo uma média de perda dentária elevada.

Os valores para o componente “cariados” apresentam-se aumentados para o GIII, sugerindo que realmente o baixo fluxo salivar contribui para o aumento de cárie dentária e para o GIV em usuários de cocaína e associados.

Usuários de anfetaminas têm suas restaurações de amálgama deterioradas pela droga, favorecendo a recidiva de cárie, apresentando descalcificação da dentina, lesão de cárie que se inicia pelo colo do dente e paredes de esmalte adelgadas o que explicariam o aumento dos valores do componente “cariados” neste grupo.

Os menores valores para o componente “cariados” do GI e GII teria uma possível explicação nos maiores valores dos componentes “perdidos” para GI e “obturados” para GII> Estes dois últimos componentes expressam a história pregressa de cárie dentária, que resultou na perda ou na restauração do dente.

Friedlander *et al.* (1985) puderam observar que em usuários de drogas, há um massacramento da dor devido ao efeito analgésico dos narcóticos. Em conseqüência, estes conseguem conviver com sérios problemas dentais.

## CONCLUSÃO

Dessa forma, concluímos que a ação local das drogas na cavidade bucal apresenta efeitos deletérios, resultando em níveis aumentados de cárie dentária e perdas dentais e até cânceres.

Dentre os estudos realizados até o presente momento, não existem muitas pesquisas concretas, que estudem particularmente cada droga ilícita e sua relação com a odontologia, diferentemente do álcool e do tabaco, que possuem uma vasta lista de trabalhos relacionados à eles.

Portanto, primeiramente é importante realizar uma boa anamnese e também atentar aos sinais físicos, pois após a identificação de um paciente usuário, é necessário também definir medidas que contemplem esses grupos com o objetivo de reduzir o alto número de cáries e de dentes perdidos e, assim, melhorar a saúde bucal desses pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carter, E. F. Dental implications of narcotic addiction. **Aust Dent J**, v. 23, n. 4, p. 308-310, Aug 1978.
2. Di Cugno, F.; Pereg, C. J.; Tocci, A. A. Salivary secretion and dental caries experience in drug addicts. **Arch Oral Biol**, v. 26, n. 5, p. 363-367, May 1981.
3. Friedlander, A. H.; Mills, M. J. The dental management as the drug-dependent patient. **Oral Surg**, v. 60, n. 5, p. 489-492, May 1985.
4. Johnson, G. K.; Slach, N. A. Impact of Tobacco Use on Periodontal Status. **Journal of Dental Education**, v. 65, n. 4, p. 313-320, April 2001.
5. Pedreira, R. H. S.; Remencius, L.; Navarro, M. F. L.; Tomita, N. E. Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação. **Ver Odontol Univ São Paulo**, v. 13, n. 4, p. 395-399, out./dez. 1999.
6. Reis, S. R.; Sadigursky, M.; Andrade, M. G. S. Efeito genotóxico do etanol em células de mucosa bucal. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 3, p. 221-225, jul/set. 2002.
7. Secretaria Nacional Antidrogas (1999)  
[http://www.senad.gov.br/publicacoes/coca/coca\\_a2.htm](http://www.senad.gov.br/publicacoes/coca/coca_a2.htm)  
[http://www.senad.gov.br/publicacoes/coca/coca\\_a3.htm](http://www.senad.gov.br/publicacoes/coca/coca_a3.htm)  
[http://www.senad.gov.br/publicacoes/coca/coca\\_a4.htm](http://www.senad.gov.br/publicacoes/coca/coca_a4.htm)
8. Ribeiro, D. P. R.; Oliveira, J. A.; Zambolin, A. P.; Lauris, J. R. P.; Tomita, N. E. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em recuperação. **Pesqui Odontol Bras**, v. 16, n. 3, p. 239-245, 2002.
9. Winn, D. M. Tobacco Use and Oral Disease. **Journal of Dental Education**, v. 65, n. 4, p. 306-311, April 2001.

UNICAMP / FOP  
BIBLIOTECA