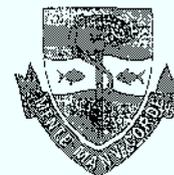




UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Matheus Henrique de Souza

Orientador(a): Prof. Dr. Sérgio de Toledo

Ano de Conclusão do Curso: 2007

TCC 374





UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



Matheus Henrique de Sousa

Halitose

(Revisão da literatura)

**Monografia apresentada ao Curso de
Odontologia da Faculdade de Odontologia de
Piracicaba - UNICAMP, para obtenção
do Diploma de Cirurgião-Dentista.**

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

Piracicaba-2007

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

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

So89h Souza, Matheus Henrique de.
Halitose: revisão da literatura. / Matheus Henrique de
Souza. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2007.
20f.

Orientador: Sérgio de Toledo.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Patologia bucal. I. Toledo, Sérgio de. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de
Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

AGRADECIMENTOS:

Agradeço à Deus, e à minha família em especial à minha mãe Maria Zilda Silva de Souza por todo o apoio durante o curso.

Agradeço também ao Professor Dr. Sérgio de Toledo pela atenção e orientação na realização deste trabalho.

Agradeço as assistentes sociais Sandra Regina da Silva Fernandes, Elza Antonia Dressano e Mara Sundfeld pela solidariedade, assistência e auxílio prestados no decorrer do curso. E aos meus amigos Regiane Amaral, Michele Santana Liberti, Maurício Medina, Luciana Soutto Mofato e Marília Okamoto, pela amizade sincera e pelos bons momentos proporcionados.

Agradeço ao Ricardo Alvarez pelo companheirismo, dedicação e auxílio técnico.

A todos vocês os meus sinceros agradecimentos, e que Deus os abençoe.

SUMÁRIO

Resumo	1
Introdução	2
Revisão da Literatura	3
Desenvolvimento	5
Definições: Halitose Primária halitose secundária	5
Causas da Halitose	6
Causas mais comuns de alteração do hálito	7
Conhecendo o mau hálito	9
Compostos sulfurados voláteis	11
Saburra lingual	12
Gengivite e doença periodontal	13
Tratamento da halitose	14
Conclusão	19
Referências Bibliográficas	20

RESUMO

HALITOSE

A halitose é considerada por muitos como doença, hoje sabe-se que é o sinal de alguma alteração patológica, variação fisiológica ou processo adaptativo do organismo.

De origem multifatorial, a halitose frequentemente está associada a fatores sistêmicos, psicogênicos e bucais. Com isso, a interpretação clínica da mesma pode contribuir para o diagnóstico e tratamento de doenças subjacentes, como problemas renais, hepáticos e Diabetes.

A halitose pode ser classificada em real e imaginária. Na real, ocorre a emissão de odoríferos (partículas de baixo peso molecular capazes de sensibilizar as células do epitélio olfativo humano) no fluxo expiratório, enquanto que na halitose imaginária, não há emissão destes odoríferos, entretanto, existe uma alteração senso-perceptiva gustativa e/ou olfativa que leva o indivíduo a acreditar que possui halitose.

Existe uma grande dificuldade do paciente em eleger o profissional responsável para o tratamento da halitose e esta busca por tratamento, que, em muitas vezes, se arrasta por anos seguidos, promove um desgaste emocional muito grande acabando por refletir em seu ambiente de trabalho, familiar e social.

Hoje se sabe que 87% das causas da halitose são de ordem bucal e apenas 1% provenientes de disfunções gástricas.

O número de pacientes que reclamam deste sintoma vem aumentando, e de acordo com a American Dental Association (ADA), 41% dos dentistas americanos recebem por semana, seis ou mais pacientes portadores de halitose crônica.

A halitose altera drasticamente a vida de quem a possui, implicando severas restrições sociais e emocionais. Surge, então, a necessidade do profissional da área odontológica, responsável pelo tratamento do portador da halitose, não apenas eliminá-la, como também, promover a reintegração social deste indivíduo.

INTRODUÇÃO:

A halitose ou mau hálito é uma condição anormal do hálito que se altera de forma desagradável.

A palavra halitose se origina do latim. "Halitu" significa ar expirado e "osi" alteração. É, portanto, o odor expirado pelos pulmões, boca e narinas.

No Brasil, pesquisas realizadas revelam que aproximadamente 30% da população sofre com este problema, cerca de 50 milhões de pessoas.

A halitose não é uma doença, mas pode denunciar a ocorrência de alguma patologia ou problema de saúde. Entretanto, pode também sinalizar alguma alteração fisiológica. Sendo assim, é um sinal de que algo no organismo está em **desequilíbrio**, devendo ser identificado através de um correto diagnóstico e tratado adequadamente quando o problema torna-se **crônico**.

Historicamente: "Palavras fétidas são apenas vento fétido, e vento fétido é apenas hálito fétido, e hálito fétido é nauseante, portanto eu vou partir sem ser beijado" (Shakespeare, "muito Barulho por nada", ato 5, cena 2). Podemos dizer que o problema da halitose é tão antigo quanto o próprio homem e tão trágico quanto algumas peças de Shakespeare.

A halitose afeta aproximadamente 40% da população mundial, sendo estranho que um número tão grande de pessoas atingidas, até hoje seu tratamento seja, de certa forma, um **tabu**.

Halitose é um problema com conseqüências sociais e físicas tão sérias e trágicas que só quem a possui sabe avaliar as dificuldades que enfrenta. Através dos séculos, vários esforços têm sido realizados para resolver ou tentar lidar com a halitose, porém com resultados práticos não muito efetivos.

Halitose é um problema que atravessa a história, a cultura, a raça e o sexo.

Escritos sobre halitose datam dos tempos dos gregos e romanos (Prinz, 1930; Geist, 1957; Spouge, 1964; Mandel, 1988).

Ensinamentos litúrgicos judeus, datando de quase dois milênios, afirmam que um homem que se casa com uma mulher e, **subseqüentemente**, descobre que ela tem halitose pode sumariamente se divorciar, sem cumprir as condições do contrato de matrimônio (**ketuba**).

REVISÃO DA LITERATURA:

A halitose, mais conhecida por “mau hálito” é uma desordem funcional que pode ocorrer em qualquer período da vida do indivíduo, sendo que este sintoma costuma ser mais proeminente, segundo HOWE (1874), no home do que na mulher.

O hálito costuma variar conforme a idade do indivíduo, qual seja: quando recém nascido (e até cinco anos), o hálito se apresenta adocicado (oriundo das criptas amigdalianas por retenção de restos alimentares e bactérias); no jovem e no adulto se apresenta neutro e nos anciões é forte e frequentemente desagradável (CROHN e DROSD, 1942; HAWXHURST, 1973).

O ar expirado por indivíduos de meia-idade e anciões costuma se tornar relativamente desagradável mesmo nos casos de excessivo zelo pela higiene bucal. O hálito das pessoas idosas tende a ser pesado, pungente, algo azedo e de uma intensidade tal que se torna desagradável mesmo com higiene bucal meticulosa. As causas exatas dessas mudanças não são totalmente bem conhecidas, mas podem estar relacionadas tanto com fatores locais como sistêmicos (BOGDASARIAN, 1986; SULSER, 1939). Homens e mulheres de meia-idade tendem a apresentar odor fétido no hálito pela manhã (HOROWITZ e FOLKE, 1972; SWENSON, 1979). Além disso ha maior ocorrência de periodontopatias nesse grupo etário. Na velhice, muitas vezes a halitose se deve à falta de limpeza das dentaduras e à putrefação por estagnação da saliva (SWENSON, 1979).

O hálito pode se tornar diferente nas mulheres durante o período menstrual, bem como na gravidez e na amamentação (BOGDASARIAN, 1986; GREIN, 1982; MASSLER, 1981). Estas características se acham presentes mesmo em animais domésticos como gatos e cachorros, que, de alguma forma, convivem com crianças e adultos (BOGDASARIAN, 1986).

O odor do ar que sai da boca do paciente pode se originar no pulmão, na traquéia, na nasofaringe, na cavidade bucal ou pela combinação destas regiões (HINE, 1957; JENKINS, 1978). Este ar expirado costuma se apresentar levemente

desagradável em adultos, numa porcentagem relativamente elevada que pode atingir 65% dos pacientes examinados (MORRIS, e READ, 1949).

O odor desagradável na boca poderia vir do canal alimentar (estômago, esôfago, intestinos), dos pulmões e das vias aéreas superiores ou da atividade bacteriana na própria boca. A maior parte das evidências sugere que se os pacientes com doença mais aparente forem excluídos, o mau hálito se origina inteiramente da boca. Por exemplo, quando foram realizadas medidas da halitose em 200 pacientes normais, o odor do hálito coletado a partir do ar expirado foi de valor quase idêntico àquele obtido pelo ar circulante através da boca, de modo que nesses casos ele representa o odor somente da boca. (JENKINS, 1978).

DESENVOLVIMENTO:

DEFINIÇÕES:

Halitose primária

As halitoses primárias, ou seja, aquelas em que o ar expirado já traz dos pulmões o mau cheiro normalmente resultam da eliminação de substâncias ingeridas ou inspiradas que produzem odores desagradáveis ao olfato. Alimentos aromáticos ou gordurosos, o álcool, o tabaco e alguns medicamentos são capazes de produzir este efeito. Outras causas deste tipo de mau hálito são a baixa glicemia, determinada por regimes de emagrecimento ou jejum prolongado, e exercícios físicos bruscos, devido ao intenso metabolismo das gorduras do corpo, e, raramente, a alterações das funções hepáticas, renais e o diabetes. Os odores causadores de halitose primária são mais fracos, transitórios e de geralmente respondem bem aos cuidados de higiene oral e às mudanças de hábito.

Halitose secundária

Quando o mau cheiro é somado ao ar expirado no seu trajeto do pulmão ao meio externo trata-se de halitose secundária. Estas são mais comuns que as primárias. Uma halitose do tipo secundária que ocorre em praticamente toda a população adulta é a halitose da manhã. Ela resulta da diminuição da movimentação da língua, dos lábios e das bochechas, o que permite o acúmulo de células descamadas e a proliferação de microorganismos. A decomposição dos tecidos descamados e de restos alimentares, forma substâncias de odor desagradável.

Outras halitoses do tipo secundário possuem mecanismos semelhantes ao da halitose da manhã: diminuição do fluxo salivar, acúmulo de restos alimentares, precipitação de secreção na língua, dentes e nos sulcos da

boca, elevação do pH normal, que favorecem a proliferação de bactérias e a decomposição destes produtos.

Processos patológicos também são causas freqüentes de halitose. Na maioria das vezes refere-se a processos inflamatórios e/ou tumores malignos de origem bucal. São decorrentes de doenças periondontais, estomatites, cistos odontogênico e os carcinomas da boca com necrose e infecção tumorais. Cáries só causam mau hálito se houver necrose da polpa dentária, reter restos alimentares e células descamadas. As causas não-bucais referem-se normalmente a processos inflamatórios e neoplásicos de naso, oro e hipofaringe, dos seios paranasais, das fossas nasais e de corpos estranhos nessas regiões, em especial nas fossas nasais, mais comuns em crianças.

No entanto o mau hálito pode ocorrer sem nenhuma causa aparente sendo nestes casos denominada de halitose essencial ou verdadeira.

CAUSAS DA HALITOSE

Origem do mau odor da boca

Cavidade bucal

- 1- Estagnação de restos de alimentos, células descamadas e bactérias no dorso da língua
- 2- Destruição de tecidos bucais através de cáries ou doenças de gengiva
- 3- Estagnação da saliva após conversação prolongada, em caso de respiração bucal
4. Cheiro de substâncias ingeridas

Pulmões ou vias aéreas

Substâncias carregadas em odor, presentes na circulação sanguínea, são eliminadas através da expiração. Podem ser provenientes de certos medicamentos, tabaco, álcool ou alimentos como alho e cebola. Se colocarmos emplastos de alho sobre a pele, seu cheiro será exalado pela boca, mesmo não havendo a ingestão. A via de eliminação é o ar proveniente dos pulmões.

Canal alimentar

Em situações normais, ao contrário do que se pensa, não há a eliminação constante de odores do estômago através da cavidade bucal, o que pode ocorrer no caso de alteração dos movimentos peristálticos.

Causas mais comuns de alteração do hálito

Halitose da manhã: ocorre devido à falta de limpeza mecânica da língua e à diminuição do fluxo de saliva e dos níveis de açúcar no sangue; some após a primeira refeição e higienização da boca.

Língua saburrosa: é a mais freqüente causa bucal de halitose; decorre da decomposição, entre as papilas da língua, de células epiteliais descamadas, microrganismos e resíduos alimentares.

Halitose por doenças de gengiva e cáries: causada pelo aumento do sangramento gengival e pela destruição de tecidos bucais.

Halitose da fome (jejum prolongado): tem origem na eliminação, através da expiração, dos produtos resultantes das quebras metabólicas induzidas pela diminuição dos níveis de açúcar no sangue; causada também pela decomposição de suco pancreático e pela diminuição do fluxo salivar.

Halitose da desidratação (secura da boca): deve-se, em grande parte, à diminuição do fluxo salivar e ao aumento de depósitos sobre a língua.

Halitose do estresse: ocorre devido à diminuição do fluxo de saliva e dos níveis de açúcar no sangue, ou mesmo por alterações dos movimentos peristálticos.

Halitose por doenças sistêmicas: diabetes (hálito de acetona), amigdalite, sinusite, disfunção hepática, disfunção renal, etc.

* Depois das causas bucais, que são as mais freqüentes, outras origens da halitose são as vias respiratórias superiores, como as sinusites, as rinites e também as doenças pulmonares. "Há as causas metabólicas como o diabetes e as doenças do fígado, como a cirrose hepática.

As questões hepáticas estão dentro das doenças do aparelho digestório.

Mas a pessoa com diabetes somente terá halitose se estiver com a doença sem controle e tratamento. "Se a pessoa começa a ter mau hálito mesmo com a doença aparentemente sob controle pode ser até um sinal de pré-coma diabético, o que serve como indicador de que o paciente pode estar descompensado e necessita procurar um médico".

As causas gástricas são as menos freqüentes no desenvolvimento da halitose. "Somente podemos imputar os problemas gástricos à halitose se excluirmos as outras causas mais freqüentes: bucais, vias respiratórias superiores, pulmonares, problemas otorrinolaringológicos".

Com relação ao estômago, a halitose pode ter origem na gastrite causada pela bactéria chamada *Helicobacter pilory*. Outras causas gástricas de halitose são o câncer no estômago e as diarréias com desidratação, porque há diminuição de saliva que induz a proliferação de bactérias na boca. O hálito com o odor desagradável ocorre porque são exalados gases odoríferos de vários tipos, como o gás sulfídrico que tem enxofre na composição. "Outras origens digestórias da halitose são as obliterações intestinais de qualquer causa, como a úlcera, por exemplo, porque cria uma situação de estase (parada) que causa problemas bacterianos e produção de gases".

Uma condição pouco freqüente, mas que deve ser investigada, é a constipação intestinal porque no intestino grosso já existem bactérias que produzem gases. Dependendo das condições de proliferação das bactérias, os gases odoríferos podem ser absorvidos e exalados pelo pulmão.

A explicação é que todo gás absorvido pelo organismo é diluído no sangue e eliminado pelo pulmão. Por isso pessoas com prisão de ventre intensa podem ter hálito fecal, assim como pacientes com deficiências renais sérias têm hálito urêmico (com cheiro de urina).

CONHECENDO O MAU HÁLITO

- Implicações sociais, profissionais e de relacionamentos.
- Uma das principais causas de isolamento social.
- 90% SÃO CAUSAS BUCAIS (SABURRA LINGUAL). Pesquisa Nacional ABPO (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISAS DE ODORES DA BOCA) "O Mau Hálito e o Profissional da Área de Saúde" A pesquisa abrangeu 200 (duzentos) questionários, em 08 cidades de todo o Brasil, sendo 131 (65,5%) cirurgiões-dentistas e 69 (34,5%) médicos. 14% dos entrevistados ainda acreditam que o estômago é o causador principal da

halitose

59,5% profissionais pesquisados recebem pacientes com halitose:

- Destes 25% encaminham para outros profissionais

- dentistas 45,5%

- gastroenterologistas 40,5%

- otorrinolaringologistas 32,5%.

* COMENTARIO: Cerca de 14% dos profissionais da saúde entrevistados ainda acreditam que o mau hálito é causado pelo estômago. Mostrando que ainda há muita desinformação sobre o assunto. Mesmo para profissionais que tratam o problema.

A saliva tem um papel fundamental no mecanismo de formação do mau hálito:

- é fonte de oxigênio = evita o mau hálito
- possui substâncias, ex. peptídeos e proteínas favorecem o mau hálito caso a saliva esteja bioquimicamente alterada então ela pode favorecer o mau hálito. Pois pode contribuir para o substrato da formação da saburra

UNICAMP / FOP
BIBLIOTECA

COMPOSTOS SULFURADOS VOLÁTEIS

- No tratamento da halitose por saburra lingual, a meta é a eliminação de compostos sulfurados voláteis (CSV) eliminando o substrato que os desenvolve e/ou as bactérias anaeróbias que os produzem.
- Os compostos sulfurados voláteis mais prevalentes são muito conhecidos do nariz humano: "cheiro de ovo podre" do sulfidreto e "cheiro de estábulo" da metilmercaptana. A maioria das pessoas já os produziu (e produz) em algum grau, pelo menos durante o sono, daí o hálito desagradável ao acordar (devido à estagnação da saliva em virtude de um fluxo virtualmente zero durante o sono).
- Os atuais estudos sugerem que a methylmercaptana (CH_3SH) um dos componentes dos compostos sulfurados voláteis (CSV), pode ser um fator de contribuição para eventos enzimáticos e imunológicos que conduzem à degeneração tecidual na doença periodontal.
- No contexto da patogênese da doença periodontal, inicia-se uma cascata de eventos que resultam num aumento degenerativo da doença periodontal.

SABURRA LINGUAL

- É a maior causa de halitose.
- Não recebe a atenção que merece dos profissionais da área.
- O stress é a maior causa da saburra
- Acontece o depósito de material orgânico entre as papilas filiformes da língua dando à língua uma coloração esbranquiçada.

Na grande maioria dos casos, o mau hálito, ou halitose, tem origem na própria língua, um órgão muscular revestido por papilas. Essas papilas possuem terminações nervosas que, estimuladas por moléculas, conduzem informação ao cérebro a fim de reconhecer o gosto das coisas. Como se pode observar na imagem abaixo, na parte posterior da língua, sobram espaços entre as papilas e se formam pequenas criptas. Neles se acumulam alimentos e restos de células que descamam do epitélio lingual. Esses resíduos funcionam como meio de cultura para as bactérias que, quando fermentam, liberam substâncias ricas em enxofre, que provocam o mau hálito.

GENGIVITE E DOENÇA PERIODONTAL

- Causa de halitose
- Nas bolsas periodontais há produção dos compostos sulfurados voláteis (csv) – responsável pelo odor desagradável do hálito.

Cáseos

- Pequenos buraquinhos nas amídalas; aonde se instala massa de odor forte devido a decomposição de restos alimentares.

TRATAMENTO DA HALITOSE

No tratamento dos problemas das vias aéreas digestivas superiores, os profissionais envolvidos são os odontólogos, os estomatologistas, os cirurgiões de cabeça e pescoço e os clínicos gerais. É muito importante que as pessoas sejam instruídas sobre os cuidados gerais de higiene oral, a mudança de hábitos alimentares, o uso moderado de alimentos de condimentos de odor forte, além do álcool e do tabaco. E não se esquecer dos cuidados com as próteses dentárias.

A diminuição da deposição de células descamadas por medidas mecânicas ou químicas é muito importante. A escovação do dorso da língua e o bochecho com solução de água oxigenada são exemplos de medidas que auxiliam na resolução das halitoses. Balas e outros produtos de mentol ou eucaliptol podem mascarar o odor, pois possuem um maior potencial de estimulação do olfato do que algumas substâncias que causam o mau hálito. No entanto, nos dias de hoje, a maneira mais efetiva e barata de se tratar ao mau hálito é a higiene oral com escova de dente, creme e fio dental.

Às vezes, atingir a cura demanda um pouco mais de tempo, mas sempre existe a possibilidade de controle. A maior parte das pessoas crê que qualquer dentista está amplamente informado a respeito de mau hálito, o que nem sempre é verdade. O mesmo pode-se dizer em relação aos médicos. O atendimento nessa área é diferente do atendimento Odontológico de rotina. Atualmente, muitos estão bastante interessados e estão investindo em conhecimentos sobre o assunto. Assim, se o dentista não se achar em condições de oferecer um excelente atendimento, deverá encaminhar o paciente para um colega que tenha feito esse tipo de tratamento.

Eliminação da saburra lingual

Existem pelo menos 3 abordagens:

1. Remoção mecânica da saburra por meio de limpadores linguais. Existem vários modelos de limpadores linguais disponíveis no mercado americano; no Brasil, encontramos um limpador lingual muito eficiente (modelo em forma de V).
2. Manutenção da superfície lingual o mais oxigenada possível, com o uso de oxidantes. Existem vários oxidantes no mercado que podem ser úteis para esse fim; desde a água oxigenada (usada diluída), o Amosan, até os de última geração (geralmente formulações com um componente antimicrobiano e um oxidante potente). Provavelmente, em pouco tempo, encontraremos no mercado, à disposição apenas dos profissionais, um desses produtos, com o nome de "SaudBucal".
3. Identificação da causa da redução do fluxo salivar para que se possa estabelecer o tratamento adequado.

As duas primeiras abordagens garantem um hálito agradável; porém, exigem a manutenção desses cuidados. A terceira abordagem, uma vez realizada com sucesso, garante resultados mais duradouros, sem a necessidade de manutenção do uso de produtos para o controle de saburra, porque esse procedimento corresponde à eliminação da causa primária.

Tratamento do mau hálito esporádico

Quando o mau hálito não é crônico, mas apenas esporádico, devemos observar uma higiene bucal e lingual adequadas, estimular a salivação de maneira fisiológica (isto é, sem o uso de medicamentos) com balas sem açúcar, gomas de mascar, gotas de suco de limão com um pouco de sal, ou, mais eficientemente, com uma ameixa japonesa condimentada, conhecida como "umebochi". Devemos ainda cuidar da alimentação (evitar o excesso de proteína, gordura, condimentos e alimentos de cheiro carregado) e manter uma frequência de ingestão de água e de alimento (que contenha algum carboidrato) a cada 3 ou 4 horas.

Uso de gomas de mascar

Sim. Em primeiro lugar, age como um mascarador do hálito e, em segundo, o que é mais importante, aumenta a salivação.

ENXAGUANTES

Dióxido de cloro estabilizado

Em enxaguantes onde o dióxido de cloro vem associado ao cloreto de cetilpiridínio, a interação do clorito de sódio (de natureza aniônica e fortemente oxidante) com o cloreto de cetilpiridínio (que é catiônico) resulta em liberação do oxigênio. O cloreto de cetilpiridínio possui a capacidade de desnaturar proteínas e destruir microrganismos.

Depois que o oxigênio foi liberado devido à interação entre o clorito de sódio e o cloreto de cetilpiridínio, tem lugar a oxidação dos microrganismos anaeróbios, preservando, no entanto, os sistemas aeróbios dos tecidos bucais.

A liberação altamente eficiente do oxigênio na combinação do cloreto de cetilpiridínio/clorito de sódio é também responsável pela oxidorredução dos CSV, mantendo-os em níveis extremamente baixos.

É importante salientar que grande parte dos enxagüatórios bucais não funciona contra a halitose e também podem agravar o problema, pois contém álcool em sua formulação, o que desidrata a mucosa da boca aumentando o mau hálito.

A maior parte do mundo está usando ou soluções de bochecho com álcool na sua composição ou produtos muito perfumados para controlar ou mascarar os odores bucais.

A maioria dos produtos enxagüatórios utilizados trazem consigo dois grandes inconvenientes:

1E) Reduzem a microbiota bucal, e pelo fato de destruírem também os microrganismos saprófitas. Essa interferência pode favorecer a implantação de microrganismos patogênicos.

2E) Pelo seu conteúdo alcoólico ressecam a mucosa bucal (por desidratação) acelerando o processo natural e fisiológico de descamação da mesma, o que gera aumento de substâncias geradoras do mal hálito (substâncias voláteis e de cheiro forte).

Conseqüentemente, o hálito aumenta quando se faz uso prolongado desses produtos.

- Outros pontos negativos associados às formulações alcoólicas: podem causar milhares de envenenamentos infantis por ano e também questões nebulosas concernentes às alterações pré-cancerosas em delicados tecidos bucais, especialmente em fumantes.

- Na etiopatogenia do câncer bucal, os fatores locais mais envolvidos são o fumo, o álcool e as radiações solares.

- A possibilidade do uso de anti-sépticos bucais implicar em maior risco do desenvolvimento de câncer bucal.
- O Enxaguante Bucal Halitfree não contém álcool em sua fórmula.

CONCLUSÃO:

O mau hálito é um problema que atinge uma boa parte da população, pode ser um sintoma de doenças importantes e acarreta prejuízo social. Suas causas são muitas, no entanto a maioria delas são decorrentes de hábitos sociais, alimentares e de higiene. Portanto, medidas simples como boa higiene oral, escova, fio dental e soluções para bochecho, são efetivas para a grande maioria dos casos. Caso o problema seja persistente ou se acompanhar de outros sintomas um profissional deve ser consultado para a possível identificação da origem da halitose em questão, para que assim possa ser definida a conduta correta de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Wilson TG, Kornman S. Fundamentos de periodontia. São Paulo: Quintessence; 2001. 564p.

Tarzia O. Halitose: um desafio que tem cura. Rio de Janeiro: EPUB; 2003. 226p.

De Micheli G, Aun CE. Higiene bucal. São Paulo: Ática; 1986. 62p.

Marcos B. Periodontia: um conceito clínico-preventivo. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1980. 450p.

Lindhe J, Karring T, Lang NP, editores. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. 720p.

Lima LL, Peruzzo DC, Ribeiro EP, Bittencourt S, Nogueira-Filho GR, Nociti Jr FH et al. Avaliação do efeito da terapia periodontal não cirúrgica na formação de compostos sulfurados voláteis (CSV). Revista Periodontia. 2006; 16(4): 52-57.

Yaegaki K. Mau hálito e doença periodontal. In: Rosenberg M, editor. Halitose: perspectivas em pesquisa. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. cap.6, p.54-67.

Preti G, Lawley HJ, Hormann CA, Cowart BJ, Feldman RS, Lowry LD et al. Aspectos bucais e não bucais do mau hálito. In: Rosenberg M, editor. Halitose: perspectivas em pesquisa. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. cap.10, p.94-109.

Finkelstein Y. O otorrinolaringologista e o paciente com halitose. In: Rosenberg M, editor. Halitose: perspectivas em pesquisa. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. cap.11, p.110-118.

Nadanovsky P. Evidência científica sobre prevalência, diagnóstico e causas da halitose. In: Rosenberg M, editor. Halitose: perspectivas em pesquisa. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. cap.14, p.135-156.

Rosenberg M. Relatório de conferência: Primeiro Workshop Internacional sobre halitose. In: Rosenberg M, editor. Halitose: perspectivas em pesquisa. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Apêndice 1, p.157-168.

Rosenberg M, editor. Halitose: perspectivas em pesquisa. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. Apêndice 4, p.169-170.