

Aspectos epidemiológicos e etiológicos da halitose. Considerações recentes

Epidemiological and etiological aspects of halitosis. Recent considerations

Joaquina Araújo de Amorim

Professora Doutora da Disciplina de Odontologia Preventiva e Social da UEPB

Ruthinéia Diógenes Alves Uchôa Lins

Professora Doutora da Disciplina de Periodontia da UEPB

Alyne Dantas de Souza

Especialista em Endodontia

Rubiane Diógenes Alves

Especialista em Odontopediatria pela UFRN

Miliani do Amaral Souza Maciel

Renaly Nunes de Lucena
Bolsistas PIBIC/PROINCI da UEPB

Resumo

A halitose constitui um problema de saúde relevante, que acomete indivíduos de ambos os sexos e em todas as faixas etárias. Representa uma queixa comum, principalmente entre os adultos, de ocorrência mundial, que atinge, aproximadamente, 30% da população brasileira. Diversas são as etiologias atribuídas à halitose, sendo que, na maioria dos casos (90%), as alterações odoríferas apresentam origem estomatológica, ou seja, iniciam-se na boca, especialmente em virtude de uma higiene oral deficiente. O objetivo deste trabalho consiste em realizar uma ampla abordagem literária acerca da halitose, com ênfase em seus aspectos epidemiológicos e etiológicos. Com base na pesquisa realizada podemos concluir que é um problema de saúde bucal de alcance mundial.

Palavras-chave: halitose; etiologia; epidemiologia.

Abstract

The halitosis is an important health issue that affects individuals of both genders and all ages. Several causes are attributed to halitosis, with the majority (90%) of cases starting in the mouth, mainly because of poor hygiene. The bad breath is a common complaint particularly among adults, globally spread, and more recent studies show that this change affects 30% of the Brazilian population. The objective of this work is to take a broad literary approach on halitosis, with emphasis on epidemiological and etiological aspects. Based on the survey we can conclude that is a problem of oral health worldwide.

Keywords: halitosis; etiology; epidemiology.

Introdução

Hipócrates, o pai da Medicina, na Grécia Antiga, já fazia referência a uma disfunção, hoje popularmente conhecida por diversas denominações, dentre elas o “mau hálito”, e cientificamente abordada com o uso da terminologia halitose ou ainda ozostomia. Não se trata de uma doença, mas de uma alteração do odor oral, indicativo da existência de desordens de origem local ou sistêmica. A 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 e até os dias atuais apresenta ocorrência mundial (17).

No Brasil, o último estudo epidemiológico realizado pela Associação Brasileira de Pesquisas dos Odores Bucais (ABPO), no ano de 2005, observou que cerca de 30% da população é portadora de halitose.

O mau hálito ou halitose representa um odor ofensivo emanado pela boca, pelas cavidades nasais, ou ainda pelos seios da face e faringe. A etiologia da halitose é atribuída à boca, em torno de 90% dos casos, podendo estar associada à cárie dental, à doença periodontal, às infecções orais e, principalmente, à saburra lingual (6).

A presença da halitose não é normal, devendo, portanto, ser investigada a sua causa e, posteriormente, tratada. A vida moderna, por si só, constitui um fator desencadeante da halitose. A agitação e o estresse causam uma maior liberação de adrenalina no sangue, provocando inibição na produção de saliva, ressecamento da mucosa e o consequente aumento da descamação epitelial. Assim sendo, a halitose encontra meios para constituir um problema em crescimento contínuo, responsável por consequências bastante desagradáveis aos seus portadores.

Frente ao exposto, constitui proposição deste trabalho estudar aspectos recentes e relevantes sobre a etiologia e a epidemiologia da halitose, a fim de melhor compreender a referida alteração odorífera e, dessa forma, oferecer subsídios para o seu diagnóstico e tratamento.

Revisão de Literatura

A palavra halitose é originária do latim Halitus (ar expirado) e Ose (alteração patológica), porém não se trata de uma doença verdadeira, e sim um sinal ou manifestação de uma possível alteração patológica, variação fisiológica ou, mesmo, de um processo adaptativo do organismo (7).

O mau hálito é um assunto de considerável interesse públi-



co, uma vez que apresenta ocorrência universal, afeta grande parte da população adulta e, em geral, é considerado um problema de saúde, visto que, de acordo com dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), acomete, aproximadamente, 40% da população mundial, resultando em alterações nos aspectos sociais, econômicos, morais, psicoafetivos e, principalmente, em problemas de relacionamento conjugal.

De acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, as últimas pesquisas realizadas no Centro de Halitose da Universidade da Califórnia, em 2003, mostram que 60% da população americana é portadora de halitose crônica e quase 100% é portadora de halitose esporádica, como no caso da halitose matinal, ocasionada devido ao tempo em que o organismo permanece em jejum quando o indivíduo está dormindo.

Um levantamento epidemiológico recente realizado no Brasil, abrangendo cerca de 1600 pessoas em diferentes faixas etárias, mostrou que no mínimo 30% da população (em qualquer idade) têm problemas de mau hálito e esta alteração está progredindo, chegando a atingir quase metade da população brasileira (17).

Existem inúmeras causas possíveis da halitose, sendo estas divididas didaticamente em fatores etiológicos locais, oriundas da cavidade bucal, e fatores etiológicos de ordem geral ou sistêmica. As causas locais são responsáveis por 90% dos casos de halitose, tendo como exemplos: os processos cariosos, o biofilme dental, as próteses mal adaptadas, as periodontopatias, a língua saburrosa, a língua fissurada, as alterações na composição da saliva e outras doenças próprias da boca, ressaltando ainda as alterações do organismo

frente a inflamações ou ao uso de determinados medicamentos (1).

Uma equipe multidisciplinar composta por gastroenterologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas e periodontistas constatou que 90% das causas de halitose são de ordem bucal (5, 12). Segundo a Associação Dental Americana (ADA), 41% dos dentistas americanos recebem por semana seis ou mais pacientes portadores de halitose crônica (13).

De acordo com MARSH (14), o papel da microbiota da boca na origem da halitose é muito importante, visto que esta é constituída por cocos e bacilos Gram-positivos e Gram-negativos. A microbiota oral associada à halitose é predominantemente anaeróbia proteolítica Gram-negativa. Os produtos resultantes do metabolismo desses microrganismos são os compostos sulfurados voláteis produzidos e acumulados principalmente na saburra lingual (24).

As alterações da cavidade oral que podem causar halitose, além da saburra lingual, incluem a cárie dentária, a doença periodontal, os processos endodônticos, as feridas cirúrgicas, a impacção de alimentos nos espaços interproximais, as próteses porosas ou mal adaptadas, as restaurações também mal adaptadas, os cistos que apresentam fístulas drenando para a cavidade bucal, as ulcerações e, por fim, as áreas de necrose tecidual. A maioria desses fatores promove halitose devido à decomposição do tecido, à putrefação de aminoácidos e à diminuição do fluxo salivar, condições essas que resultam na liberação de compostos sulfurados voláteis (4, 25).

O uso de próteses é considerado um fator de retenção de biofilme e, conseqüentemente, causador do mau odor bucal. As peças protéticas porosas como causa de halitose já não tem tanta importância, devido ao surgimento de materiais protéticos de

alta qualidade. Tal ocorrência vem diminuindo, entretanto as próteses ainda são fatores considerados predisponentes da halitose (22).

Com relação à etiologia extra-oral ou geral da halitose, também podem ser consideradas as doenças da orofaringe, broncopulmonares, digestivas, bem como a sinusite, o disgonismo feminino, o diabetes *mellitus*, a uremia, a prisão de ventre, a alcalose, a hepatopatia grave, algumas doenças febris, a insuficiência renal, vários tipos de carcinomas, disfunções metabólicas, desordens bioquímicas, o tabagismo, o uso de determinados medicamentos, o etilismo e causas idiopáticas (8).

O tabagismo é um vício que atinge um número expressivo de indivíduos. Em geral, as pessoas fumam para mascarar o seu mau hálito, prática esta que, por si só, cria um odor desagradável. O odor do cigarro pode permanecer por mais de um dia após fumá-lo. Outra causa comum de halitose são os longos intervalos em jejum, devido à hipoglicemia (23).

Alguns medicamentos, como: antidepressivos, tranquilizantes, anti-histamínicos, descongestionantes, anti-hipertensivos e agentes cardíacos produzem xerostomia ou boca seca em consequência da redução do fluxo salivar, podendo assim, também, gerar halitose (12).

O consumo de bebidas alcoólicas é citado na literatura como um fator que altera o nível do hálito, uma vez que penetrando na corrente sanguínea, o aroma é diretamente transferido para os alvéolos pulmonares e liberados pelos pulmões, contribuindo para um mau cheiro no ar expirado. Além disso, as bebidas alcoólicas em excesso apresentam dois agravantes: ressecam a mucosa, aumentando a descamação epitelial e provocam alteração da microbiota intestinal, com fer-

mentação odorífera capaz de produzir halitose, a qual pode ser ainda mais acentuada quando associada à cirrose hepática (22).

A questão da halitose tem que ser compreendida como um transtorno multifatorial e multidisciplinar, cujo tratamento envolve além de vários especialistas da Odontologia, outros profissionais da área médica, como gastroenterologistas e otorrinolaringologistas, conforme mostram os trabalhos de VAN STEEMBERGUE (25), CLARCK *et al.* (2), SCULLY *et al.* (21), GOLDBERG *et al.* (9), IERARDI *et al.* (11). Uma vez sendo a halitose diagnosticada corretamente, o seu tratamento irá variar de acordo com o agente etiológico, visto que é preciso tratar a origem do problema e não apenas o seu efeito (9).

Discussão

Um dos pioneiros na pesquisa sobre a halitose foi Dr. José Tonzetch (1924-2000) a quem se atribuem os créditos pelos primeiros estudos científicos buscando as causas da halitose. Foi ele quem, *a priori*, descreveu os vários fatos clínicos relacionados com o mau odor oral e iniciou as pesquisas a respeito dos compostos sulfurados voláteis (CSV) (21). De fato, a halitose afeta a vida dos indivíduos há décadas. Entretanto, somente em 1991 ocorreu o primeiro simpósio internacional intitulado *Directions in Halitosis Research*. E logo, em seguida, no ano de 1993, foi criado um grupo de estudo e pesquisa em halitose - *International Society on Breath Odor Research* (ISBOR). A partir de então, a halitose passou a receber uma abordagem multidisciplinar integrada, favorecendo, assim, uma maior compreensão de sua etiologia e resultados mais

efetivos dos tratamentos realizados, de conformidade com os relatos de ROSENBERG (17).

O tema halitose desperta o interesse de muitas pessoas e dos profissionais da área de saúde em virtude de uma ocorrência bastante significativa, visto que 40% da população mundial são portadoras dessa alteração odorífera. Contudo, ainda são poucos os artigos científicos que abordam sobre o referido tema. De acordo com uma pesquisa da ABPO, realizada no ano de 2005 com 200 cirurgiões-dentistas em 15 cidades brasileiras, observou-se que 14% dos entrevistados acreditam ser a halitose oriunda de problemas estomacais, sendo evidenciado, portanto, que ainda há grande desinformação por parte dos médicos e também dos cirurgiões-dentistas. Em adição, ROSENBERG & MC CULLOCH (18) revelaram que somente em 1991, após a realização do simpósio internacional, alguns critérios para pesquisas nesta área foram, de fato, estabelecidos, incluindo a classificação de índices que indicam o nível de halitose.

Os estudos realizados no Brasil indicam que cerca de 30% dos indivíduos são portadores de halitose. Segundo a ABPO (2005), a incidência do mau hálito na população brasileira é de 17% na faixa etária de zero a 12 anos, 41% na faixa de 12 a 65 anos e de 71% em indivíduos acima de 65 anos, ocorrendo isso devido à redução da capacidade funcional das glândulas salivares. Tais achados podem ser comparados com aqueles encontrados nos países desenvolvidos, onde a halitose atinge entre 25 a 50% da população adulta, segundo COIL *et al.* (3) e VAN STEMBERG (25).

Segundo dados mais recentes da ABPO, em 2005, obtidos atra-

vés da sua campanha contra o mau hálito, hoje, aproximadamente, 50 milhões de brasileiros exibem a referida alteração no hálito, indicando que algo no organismo está em desequilíbrio. Em cerca de 90% dos casos, a sua origem está na boca e, raramente, a sua causa é estomacal. Por tal razão, acredita-se que os agentes causadores variam desde uma má higiene bucal até uma simples prisão de ventre. Na maioria das vezes, é exatamente após a ação de bactérias sitiadas em resíduos alimentares presos aos dentes, que ocorre a putrefação, a fermentação e, conseqüentemente, a produção dos gases responsáveis pelo mau hálito.

SANTOS & CASTRO (20) constataram que 75% dos pacientes portadores de halitose pertenciam à faixa etária de 21 a 50 anos, sendo, portanto, a fase adulta a mais acometida. Este achado corrobora com o perfil encontrado no estudo de CORTELLI, BARBOSA, WESTPHAL (4), os quais reportaram índices de halitose variáveis de 22 a 50% entre indivíduos de 20 a 40 anos de idade, considerando que 100% destes possuíam halitose matinal, o que está de acordo com os números encontrados na pesquisa da ABPO realizada em 2005, onde foi evidenciada que a faixa etária adulta e senil são as mais frequentemente atingidas por este mal, e também com os resultados do experimento de RENDEIRO *et al.* (15). Tal fato pode estar relacionado ao aumento das responsabilidades e, portanto, do estresse emocional apresentado pelos referidos indivíduos quando os mesmos estão cursando a universidade, tentando posicionar-se no mercado de trabalho ou até mesmo assumindo seus lares, cônjuges e filhos, poden-

do tudo isso levar a alterações alimentares como dietas e jejuns prolongados, bem como ao baixo consumo de água, além do consumo de bebidas alcoólicas e cigarros.

De acordo com os dados obtidos através de diversas pesquisas, sugere-se que tal problema está se agravando no mundo e também no Brasil. Estas informações surpreendem e mostram uma elevação significativa no número de portadores de halitose. Portanto, torna-se imprescindível ao cirurgião-dentista estar preparado para realizar o seu correto diagnóstico e, conseqüentemente, o seu tratamento.

Considerando que o paciente portador halitose usualmente representa um indivíduo que procura por ajuda e, geralmente, apresenta ansiedade e necessidade de qualquer tipo de tratamento imediato, em virtude de experiências constrangedoras

prévias e/ou terapias mal sucedidas, torna-se essencial uma avaliação de seus hábitos alimentares e uma adequada orientação de higiene bucal para o tratamento da referida alteração odorífera, além de um aconselhamento psicológico, quando necessário for. A halitose deve ser tratada com seriedade, sendo uma abordagem multifatorial e racional essencial para a obtenção de bons resultados, de conformidade com os relatos recentes de RIO, NICOLA, TEIXEIRA (16).

Conclusão

Com base na literatura consultada é possível concluir que:

- a halitose atinge cerca de 40% da população mundial e, aproximadamente, 30% da população brasileira é portadora de halitose, provocando mudanças, desconfortos e constran-

gimentos indesejáveis na vida do seu portador;

- em virtude das evidências de que tal problema está se agravando, torna-se necessário um diagnóstico preciso para que medidas terapêuticas possam ser realizadas efetivamente em resposta não apenas ao seu efeito, mas também e, principalmente, a sua etiologia;

- diversas são as etiologias atribuídas à halitose. Em sua grande maioria, aproximadamente 90% dos casos, a referida alteração odorífera apresenta origem estomatológica, ou seja, inicia-se na boca, principalmente em decorrência da saburra lingual, da gengivite e da periodontite, sendo necessário, portanto, o conhecimento acerca da prevenção da halitose, por parte de seu portador, a fim de evitar, com isso, limitações em sua qualidade de vida. 

Referências Bibliográficas

1. CERRI, A., MARTI, D. P. Halitose: esse problema tem tratamento? *Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço*, v. 24, n. 3, p. 91-6, 2000.
2. CLARK, G. T. et al. Detecting and treating oral and non-oral malodors. *J. Calif. Detn. Assoc.*, v. 25, n. 2, p. 133-44, Feb., 1997.
3. COIL, J. M., YAEGAKI, K., MATSUO, T. et al. Proceedings of Fifth International Conference on Breath Odor. *International Dental Journal*, n. 52, p. 187-91, 2002.
4. CORTELLI JR., BARBOSA, M. D. S., WES-TPHAL, M. A. Halitosis: a review of associated factors and therapeutic approach. *Braz. Oral Res.*, v. 22, n. 1, p. 44-54, 2008.
5. DELANGHE, G., GHYSELEN, J., BOLLEN, C. et al. An inventory of patients response to treatment at a multidisciplinary breath odor clinic. *Quintessence Int.*, v. 30, n. 50, p. 307-10, 1999.
6. ELIAS, F. S., FERRIANI, M. G. C. Aspectos históricos e sociais da halitose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 14, n. 5, set./out., 2006.
7. FALCÃO, D. P., VIEIRA, C. N. *Odontologia Arte e Conhecimento*. Artes Médicas: 361-73, 2003.
8. FREITAS, A. P. Saiba como evitar a halitose. *Rev. Prevenir On-line*, Disponível em: <<http://www.cdl.com.br>> Acesso em: 23/05/2001.
9. GOLDBERG, S. et al. Isolation of Enterobacteriaceae from the mouth and potential association with malodor. *J. Dent. Res.*, v. 76, n. 11, p. 1770-5, Nov., 1997.
10. GONÇALVES, E. A. N. *20º Arte, Ciência, Técnica. Odontopediatria – Prevenção*. São Paulo: Artes Médicas, 2002, p. 317-29.
11. IERARDI, E. et al. Halitosis and Helicobacter pylori: a possible relationship. *Dig. Dis. Sci.*, v. 43, n. 12, p. 2733-7, Dec., 1998.
12. KOLBE, A. C. et al. Pesquisa de percentagem da população brasileira portadora de halitose. 2001. Disponível em: <<http://www.svn.com.br/kolbe/>>. Acesso em: 28/06/2001.
13. LOESCHE, W. J. The effects of antimicrobial mouthrinses on oral malodor and their status relative to US Food and Drug Administration regulations. *Quint. Int.*, v. 30, n. 5, p. 311-8, 1999.
14. MARSH, P., MARTIN, N. V. *Oral Microbiology*. 4. ed., Oxford, 1999, p. 192.
15. RENDEIRO, M. M. P., BASTOS, L. F., SOUZA, R. A. et al. Percepção da halitose e sua relação com a qualidade de vida. *Rev. ABO Nac.*, v. 14, n. 6, dez./2006-jan./2007.
16. RIO, A. C. C. D., NICOLA, E. M. D., TEIXEIRA, E. R. F. Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. *Rev. Bras. Otorinolaringol.*, v. 73, n. 6, nov./dez., 2007.
17. ROSENBERG, M. *Halitose: perspectivas em pesquisa*. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
18. ROSENBERG, M., McCULLOCH, C. A. G. Measurement of oral malodor: current methods and future prospects. *J. Periodontology*, n. 63, p. 776-82, 1992.
19. SALGADO, J. Incidência de mau hálito atinge quase metade dos brasileiros. Vida Saudável: Dicas relacionadas à nutrição para a sua saúde. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/3920355/Jocelem-Mastrodi-Salgado-Estudo-Incidencia-de-mau-halito-atinge-quase-metade-dos-brasileiros>
20. SANTOS, C. M. M., CASTRO, L. V. A. *Levantamento epidemiológico dos pacientes portadores de halitose da clínica oris em Brasília – DF* Associação Brasileira de Odontologia – Seção Distrito Federal 2003.
21. SCULLY, Y. C. et al. Breath odor: etio-pathogenesis, assessment and management. *Eur. J. Oral Sci.*, v. 105, n. 4, p. 287-93, Aug., 1997.
22. TARZIA, O. Tratamento odontológico da halitose. In: CARDOSO, R. J. A., TÁRZIA, O. *Halitose por saburra lingual*. In: PAIVA, J. S., ALMEIDA, R. V. *Peridontia: a atualização baseada em evidências científicas*. São Paulo: Artes Médicas, 2005, p. 543-61.
23. TENÓRIO SOBRINHO, G., AZEVEDO, R. B. *Saúde da boca: Perguntas & Respostas*. Recife: Ed. do Autor, 1999.
24. ULIANA, R. B. M., BRIQUES, W., CONTI. In: CARDOSO, R. J. A., GONCALVES, E. A. N. *Pediatria: prevenção in microbiota oral e suas repercussões no hálito*. São Paulo: Ates Médicas, 2002.
25. VAN STEENBERGHE, D. *Breath Malodor a step-by-step approach*. Copenhagen: Quintessence Books, 2004, acessado em: 24/08/2008.

Recebido em: 25/11/2008
Aprovado em: 10/03/2009

Miliani Maciel
Rua Jiló Guedes, 17/303 - Santo Antônio
Campina Grande/PB, Brasil - CEP: 58103-355
E-mail: miliani_maciel@hotmail.com