

Halitofobia x Alterações Quimiossensoriais

Profa. Dra. Caroline Morini Calil* e Prof. Dr. Giorgio de Michelli

Abstract

A Halitose é uma condição em que o ar emanado da cavidade bucal do paciente está alterado de maneira desagradável, o que pode afetar sua vida social, com possíveis impactos psicológicos. Pode ser classificada clinicamente como halitose verdadeira (ou genuína), pseudohalitose e halitofobia. A halitose verdadeira tem etiologia oral e extraoral e sua patologia envolve interações com microorganismos anaeróbios e proteínas presentes na cavidade bucal, resultando em produção de compostos sulfurados voláteis (CSV). A pseudohalitose é caracterizada pela queixa de mau hálito pelo paciente, porém, sem a sua detecção por meio dos sistemas de diagnóstico. E a halitofobia é o medo exacerbado de possuir halitose. Há ainda pacientes que relatam sentir um cheiro ruim que nenhuma pessoa próxima sente e nenhum teste de diagnóstico consegue detectar e que pode estar relacionado a disfunções quimiossensoriais (DQS). Portanto, essa revisão é sobre as várias etiologias de halitose e o diagnóstico diferencial das DQS. Seu conhecimento pode ajudar a melhorar as estratégias de tratamento.

Introdução

A halitose é uma queixa corriqueira entre adultos de ambos os sexos em todo o mundo, tendo etiologia multifatorial, sendo que os principais causadores são as bactérias anaeróbias proteolíticas da cavidade oral que decompõem matéria orgânica (Tonzetich and Ng, 1976). Os odores desagradáveis emanados da cavidade oral resultam da produção de *compostos sulfurados voláteis* (CSV) e *compostos orgânicos voláteis de origem putrefativa* (COVP), por ação das bactérias gram-negativas anaeróbias da microbiota bucal sobre aminoácidos que contêm enxofre. Os CSV são representados, em sua maioria, pelo sulfeto de hidrogênio (H_2S), metilmercaptana (CH_3SH) e dimetilsulfeto (CH_3SCH_3); os COVP, pelo fenol, indol, escatol, putrescina, cadaverina, aminas e metano (Springfield et al., 2001; Tarzia 2003).

Existem pelo menos três meios de se mensurar as concentrações de CSV. A avaliação organoléptica consiste em avaliar, por meio do olfato humano, o ar emanado da cavidade oral. A cromatografia gasosa, que embora possa ser considerada um método preciso por permitir a mensuração de concentrações extremamente baixas dos gases, tem entre suas desvantagens o alto custo de instalação, a necessidade de treinamento

de pessoal qualificado, a falta de um aparelho portátil e a necessidade de tempo prolongado para a realização das medidas. Há, ainda, os monitores de sulfeto, cujas pequenas dimensões e simplicidade de operação facilitaram o seu uso na rotina clínica e em pesquisas sobre halitose (Rosenberg and McCulloch 1992; Calil et al., 2006).

Apesar de 85% das causas de mau hálito estarem relacionadas à cavidade bucal, muitas vezes os cirurgiões dentistas se deparam com pacientes aparentemente saudáveis que se queixam de halitose, a qual ninguém percebe. Ao examiná-los clinicamente e realizarmos uma avaliação quantitativa dos CSV e uma avaliação organoléptica dos compostos orgânicos voláteis, nenhuma alteração do odor ou condição bucal / sistêmica é identificada. Ou seja, a halitose não é diagnosticada. Poderíamos considerar esses pacientes como portadores de halitofobia? Há relatos de pacientes que receberam esse diagnóstico e foram encaminhados ao médico psiquiatra ou ao psicólogo, porém, ao revisarmos a literatura (Falcão et al., 2012; Bollen and Beikler 2012), encontramos alguns achados que abrem novas perspectivas de diagnóstico e tratamento.

Nesse sentido, existem alguns fatores fortemente associados à halitose autorrelatada e à percepção de distúrbios do paladar, como secura oral, saburra lingual, prática inadequada de higiene bucal e desgaste parcial ou total da prótese (Nalcaci and Baran 2008). Geralmente, sabe-se que os tratamentos não são bem-sucedidos em pacientes com halitose não genuína, pois os médicos não conseguem encontrar outros sinais que possam explicar as razões de tais queixas (Yaegaki and Coil 1999). Ainda nesse contexto é importante enfatizar que os testes objetivos com monitores de sulfetos (Halímetro e OralChroma) são muito importantes para a avaliação dos CSV (presença ou não) e, principalmente, para a evolução dos tratamentos dos casos de pseudohalitose, halitofobias e/ou disfunções quimiossensoriais (DQS).

Quando, por exemplo, não há a presença de CSV em mensurações feitas em dois horários diferentes do dia e em dias diferentes da semana, é possível que as DQS, como o distúrbio do paladar ou do olfato, possam ser a explicação para a queixa do paciente. Sabe-se que pelo menos dois milhões de americanos sofrem de distúrbios do paladar e do olfato que podem afetar a saúde e a vida psicossocial (Suzuki et al., 2008). Entre os possíveis distúrbios, destacam-se dois: disgeusia, que é uma percepção alterada do gosto sob a presença (ou não) de um estímulo gustativo, e phantasmia, que é uma percepção de um odor sem estímulo do ambiente externo (Cullan and Leopold 1999). A primeira, também conhecida como paladar fantasma ou distorcido, é uma alteração na percepção do paladar que pode ser temporária ou permanente. A sua maior incidência ocorre nos casos em que a pessoa apresenta alteração sistêmica, faz uso de medicamento xerostômico, já tenha sido submetida à terapia de radiação em região de cabeça e pescoço ou, ainda, apresenta hipossalivação severa (<0.15ml/min) causada por estresse crônico ou síndrome de Sjogren.

Deve-se enfatizar que os pacientes podem ter dificuldade em diferenciar odores desagradáveis da disfunção do paladar e, freqüentemente, são incapazes de fazer uma distinção entre os conceitos de gosto e sabor (Bromley 2000). Gosto é a percepção de salgado, doce, azedo ou amargo pela língua, enquanto o sabor é a combinação complexa de paladar, olfato e sensação trigeminal (Cullen and Leopold 1999). Uma vez que essas sensações estejam ligadas, uma mudança em qualquer uma dessas percepções pode resultar em uma mudança de sabor percebida (Naik et al., 2010), levando a uma queixa ou sensação de mau hálito.

Outro fator comum a esses pacientes é a detecção de hipossalivação severa (fluxo salivar < 0.15 mL/min). Foi previamente verificado que as mucinas salivares e os componentes das células epiteliais são as fontes comuns de proteína para a produção de malodor oral (Henkin et al., 1999). No entanto, a saliva desempenha um papel muito importante na sensibilidade do paladar, pois age como solvente, transporta substâncias gustativas e protege os receptores gustativos. Apesar de sua importância, a saliva raramente é examinada durante o check-up clínico de um paciente com halitose.

No contexto do DQC deve-se enfatizar que a hipossalivação grave promove prejuízo da acuidade (Nagler and Hershkovich, 2004), pois implica uma diminuição da gustina, que é secretada pela glândula parótida e é necessária para a maturação das papilas gustativas. A ausência de gustina leva a uma vacuolização celular grave, a rupturas na região dos poros e a falta de densos materiais extra-gustativos nas papilas gustativas, causando prejuízo no paladar.

Pacientes com a queixa de halitose, mas não portadores de fato, merecem uma explicação para seu transtorno e um prognóstico, mas quase nunca recebem uma explicação consistente sobre sua queixa. No entanto, em tais casos, eles são geralmente encaminhados para tratamento de natureza psicossomática (Seemann et al., 2006) e recebem apenas o diagnóstico de halitofobia. Uma possível razão para isso é porque os pacientes tendem a demonstrar traços depressivos ou simplesmente porque não aceitam o que foi explicado. Como resultado, eles podem se sentir frustrados pelas características estereotipadas dadas pelos profissionais de saúde (Falcão et al., 2012).

Assim, pseudo-halitose, halitofobia e DQS são um grande desafio diagnóstico, uma vez que os pacientes apresentam queixas extremamente subjetivas. Os cirurgiões dentistas devem considerar alguém como tendo pseudo-halitose, halitofobia ou DQS nos casos em que não há queixas recentes de parentes ou de relações sociais e, também, quando a queixa de halitose está presente no momento da consulta, embora não confirmada por teste organoléptico de ar de respiração e odor de saliva ou por leituras do monitor de sulfeto.



Figura 1. Saburra lingual como sinal clínico de halitose real.

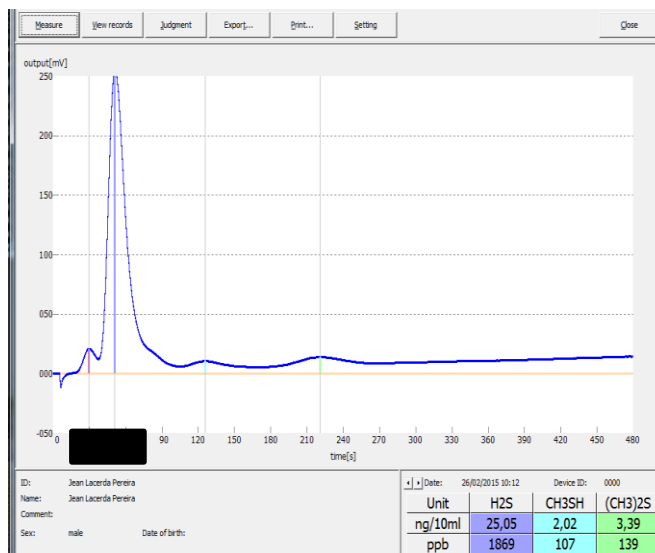


Figura 2. Resultado do exame de CSV medido por meio do monitor de sulfeto OralChroma, indicando a presença de halitose devido aos valores elevados de CSV.



Figura 3. Língua sem a presença de saburra.

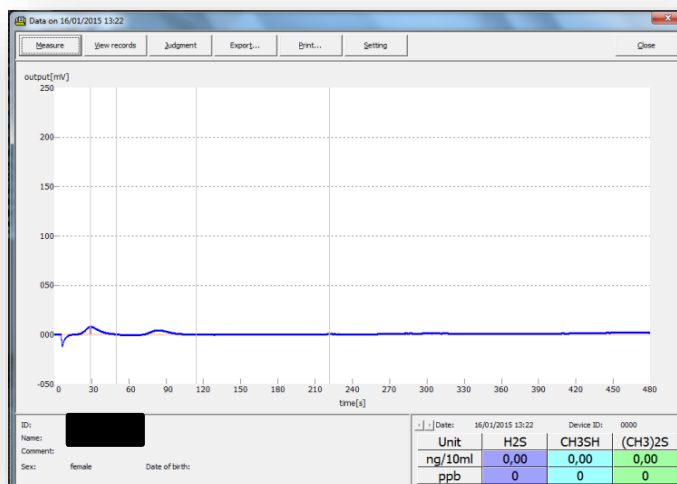


Figura 4. Resultado do exame de CSV medido por meio do monitor de sulfeto OralChroma, indicando ausência de halitose.

Referências

1. Calil CM, Tarzia O, Marcondes FK. What causes bad breath? Rev Odontol UNESP. 2006; 35 (3): 185-190.

2. Bollen CM¹, Beikler T. Halitosis: the multidisciplinary approach *Int J Oral Sci.* 2012 Jun;4(2):55-63.
3. Bromley S M 2000 Smell and taste disorders: a primary care approach *Am. Fam. Physician* 61 427–36, 438.
4. Cullen M M and Leopold D A 1999 Disorders of smell and taste *Med. Clin. North Am.* 83 57–74.
5. Falcão DP, Vieira CN, Batista de Amorim RF. Breaking paradigms: a new definition for halitosis in the context of pseudo-halitosis and halitophobia. *J Breath Res.* 2012 Mar;6(1):017105.
6. Henkin R I, Martin B M and Agarwal R P 1999 Decreased parotid saliva gustin/carbonic anhydrase VI secretion: an enzyme disorder manifested by gustatory and olfactory dysfunction *Am.J.Med.Sci.* 318 380–91
7. Nalcaci R and Baran I 2008 Factors associated with self-reported halitosis (SRH) and perceived taste disturbance (PTD) in elderly *Arch. Gerontol. Geriatr.* 46 307–16.
8. Naik B S, Shetty N and Maben E V S 2010 Drug-induced taste disorders *Eur. J. Intern. Med.* 21 240–3.
9. Nagler R M and Hershkovich O 2004 Sialochemical and gustatory analysis in patients with oral sensory complaints *J. Pain* 5 56–63.
10. Rosenberg M, McCulloch CA. Measurement of oral malodor: current methods and future prospects. *J Periodontol.* 1992; 63 (9): 776-782.
11. Seemann R, Bizhang M, Djamchidi C, Kage A and Nachnani S 2006 The proportion of pseudo-halitosis patients in a multidisciplinary breath malodour consultation *Int. Dent. J.* 56 77–81.
12. Springfield J, Suarez FL, Majerus GJ, Lenton PA, Furne JK, Levitt MD. Spontaneous Fluctuations in the Concentrations of Oral Sulfur-containing Gases. *J Dental Res.* 2001; 80(5): 1441-1444.
13. Suzuki N, Yoneda M, Naito T, Iwamoto T and Hirofuji T 2008 Relationship between halitosis and psychologic status *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* 106 542–7.
14. Tarzia O. Halitose: Um desafio que tem cura. São Paulo: Editora de publicações biomédicas; 2003.
15. Tonzetich J, Ng SK. Reduction of malodor by oral cleansing procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976; 42 (2): 172-81.
16. Yaegaki K and Coil J M 1999 Clinical dilemmas posed by patients with psychosomatic halitosis *Quintessence Int.* 30 328–33.

* Professora do curso de Halitose e professora convidada do curso de Especialização em Periodontia na Fundação Faculdade de Odontologia (FFO) conveniada à FOUSP.

**** Professor Livre Docente da disciplina de Periodontia da FOUSP e coordenador do curso de Especialização em Periodontia na Fundação Faculdade de Odontologia (FFO) conveniada à FOUSP.**