REVISÃO ISSN 0871-3413 • ©*ArquiMed*, 2008

A Saúde Oral na Doença de Alzheimer

Eduardo Santiago, Ricardo Jorge Pires Simões, José António Lobo Pereira
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

A população vive cada vez mais anos, pelo que a degradação da saúde associada à velhice, por exemplo, com a presença da Doença de Alzheimer (DA) tornaram-se mais frequentes. À medida que a doença evolui, o paciente mostra a perda progressiva da prática de higiene oral devido a apresentar capacidade motora e funções cognitivas diminuídas. Um plano de tratamento para o cuidado da saúde oral deve ser instituído pelo profissional de saúde oral, com a colaboração do prestador de cuidados do paciente com DA. O dentista deve educar os cuidadores para supervisionarem a higiene pessoal e oral e para assegurarem o auxílio profissional apropriado desde cedo até estágios mais avançados. Consequentemente os dentistas têm um papel muito específico para manter a qualidade de vida do paciente com doença de Alzheimer.
Palavras-chave: doença de Alzheimer; saúde oral; medicina dentária.

ARQUIVOS DE MEDICINA, 22(6):189-93

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população, as condições associadas aos idosos tais como a Doença de Alzheimer (DA) tornam-se mais frequentes. A DA é uma alteração neurodegenerativa progressiva e fatal, com perda da função intelectual, tal como a memória, a linguagem, a percepção do espaço e do tempo, a habilidade para resolver problemas e de pensar de forma abstracta e com comportamento anormal (1). A doença aparece mais frequentemente após os 60 anos, englobando uma população com declínio nas capacidades de aprender informação nova e de fazer tarefas rotineiras (1). Estes pacientes começam, a perder a capacidade de se preocuparem com eles próprios, e, em estágios avançados perdem a mobilidade progressivamente, terminando com a morte (1-3). Em estágios mais avançados da DA, a memória a curto prazo começa desaparecer, mal o hipocampo (uma parte do Sistema Límbico) degenera. Daqui resulta a capacidade de executar tarefas rotineiras ir desaparecendo também progressivamente. Quando a DA se espalha por todo o córtex cerebral, a capacidade crítica e de julgamento estão comprometidos, com degeneração das capacidades de efectuar tarefas simples, podem ocorrer crises emocionais e a linguagem é afectada. A progressão da doença conduz a uma necrose de grande parte do tecido nervoso, causando importantes mudanças no comportamento, tal como andar "sem destino", e agitação (4).

Diagnóstico da DA

A DA é diagnosticada por sinais clínicos e por comparação com critérios predefinidos. Mesmo assim, ao identificarmos os sintomas, é importante fazer o diagnóstico diferencial com doenças tratáveis, tais como depressão, toxicidade medicamentosa induzida, hipertirioidismo, acidente vascular cerebral, deficiência em vitamina B12, entre outras (1). A avaliação clínica inclui a história médica e a avaliação cognitiva com testes como "o mini exame de estado mental". Este exame em particular caracteriza a percepção do tempo e do lugar por parte do paciente, o registo (número das tentativas de aprender o nome de 3 objectos), a atenção e o cálculo (habilidade de fazer subtracções em série) e a memória (recordar o nome dos 3 objectos nomeados previamente), mas também a potencialidade de linguagem, leitura, escrita e de cópia (1). Para completar o diagnóstico, o paciente é submetido a testes laboratoriais com contagem de células, níveis de glucose, ureia, nitrogénio, e outros, bem como são pedidos um raio-x torácico, uma electroencefalografia, uma electrocardiografia e estudos computorizados imagiológicos (1). Mesmo com todos estes meios à disposição, o diagnóstico preciso é assegurado somente pós-mortem pelo exame histológico de necropsia cerebral (1).

Estádios da doença

Para definir a natureza progressiva da deterioração cognitiva foram identificados 7 estágios, mas podem variar de pessoa para pessoa (1):

- Fase 1 – Nenhum declínio cognitivo, função intelectual aparentemente intacta. Supõe-se a existência de processos patológicos que se desenvolvem no sistema nervoso central.

- Fase 2 – Declínio cognitivo muito suave, no qual o paciente começa a esquecer-se da posição de objectos comuns, mas tem a capacidade de os encontrar.
- Fase 3 – Declínio cognitivo suave, com dificuldade para recordar nomes, e incapacidade para planear e organizar actividades.
- Fase 4 – Declínio cognitivo moderado, com perda da memória a curto prazo, com esquecimento de, por exemplo, datas de eventos, e a capacidade para sociabilização é perdida. Incapacidade de dar informação pessoal ou médica. Ainda com alguma capacidade de promover cuidados pessoais.
- Fase 5 – Declínio cognitivo moderado a severo. Incapacidade para responder correctamente e reconhecer e manusear objectos familiares. Necessidade de auxílio em actividades diárias, como a higiene oral, e alimentação.
- Fase 6 – Declínio cognitivo severo, com deterioração de comunicação, e incontinência urinária e fecal.
- Fase 7 – Declínio cognitivo muito severo, com incapacidade para os cuidados pessoais, discurso ausente ou incompreensível e deglutição comprometida.

Importância da Saúde Oral na DA

A saúde oral é uma parte inseparável da saúde geral e do bem-estar (5). Os indivíduos com necessidades especiais de cuidados de saúde possuem risco aumentado para doenças orais (5,6). Os pacientes com incapacidades mentais, de desenvolvimento, ou físicas, que não apresentam nenhuma compreensão nem responsabilidade para cooperar com as práticas preventivas da saúde oral, como na DA, são um exemplo (5,6).

Ao longo da progressão do processo de demência, o paciente demonstra a perda progressiva das capacidades de higiene oral apropriada. Esta situação deve-se quer a uma capacidade motora, quer a funções cognitivas diminuídas (7). Devido a este processo evolutivo da doença, é essencial investigar as consequências da DA na saúde oral, de uma forma directa ou indirecta, de modo a que estes pacientes possam ser submetidos à profilaxia ou tratamentos adequados, e também para que se torne possível o aconselhamento dos prestadores de cuidados para evitarem complicações futuras.

TRATAMENTOS ORAIS DO CUIDADO EM PACIENTES DE ALZHEIMER

Não há nenhuma terapia eficaz para curar ou estabilizar a progressão da doença. Consequentemente, os objectivos do tratamento são dirigidos para promover a qualidade de vida do paciente e respectiva família. Uma colaboração multidisciplinar e uma continuidade de prestação de cuidados são necessárias (8). Os médicos dentistas são, juntamente com outros profissionais, tais como neurologistas, enfermeiras, fisioterapeutas e psiquiatras, desempenhando um papel importante para a saúde em todos as fases da DA (8,9). Os familiares prestadores de cuidados devem ser educados quanto à evolução da doença, isto é, ensinando-lhes que a deterioração é inevitável apesar dos esforços mais heróicos de um prestador de cuidados. Será necessário um esforço terapêutico continuo, e sem intervalos de interrupção (8).

Os esforços devem então ser direccionados para eliminar a incapacidade excessiva, para conseguir tanta qualidade de vida quanto possível, com interacção social, maximizando sentimentos de segurança do paciente e mantendo a dignidade até a morte (8,10).

Consultas de Saúde Oral

Os pacientes com DA são mais susceptíveis a uma variedade de problemas de saúde oral, como já referido acima. Efectivamente, com a progressão da doença é possível identificar a deterioração da função oral (9).

Neste ponto de vista, a maioria de pacientes com DA podem e devem ser acompanhados em consultas de medicina dentária, com a ajuda dos prestadores de cuidados. Frequentemente, a informação fornecida por estes últimos, antes da consulta do paciente pode ser extremamente útil na preparação da mesma (11).

Quando apropriado, o médico que regularmente acompanha o paciente deverá ser consultado a respeito da medicação, sedação, anestesia geral, e das limitações ou preparações específicas que podem ser requeridas para assegurar uma consulta segura de saúde oral (6).

Durante o tratamento em Medicina Dentária há alguns aspectos que devem ser considerados e são recomendados para o tratamento dos indivíduos com necessidades especiais de saúde oral (6,12):

- Deve ser feito um esforço pelo Médico Dentista para comunicar diretamente com o paciente (6).
- Deve também reforçar a necessidade de usar diariamente um dentífrico fluoretado para ajudar na prevenção da cárie, bem como a necessidade de escovagens e do uso fita dentária diáriamente para impedir a progressão da doença periodontal (6).
- Os pacientes com necessidades especiais de cuidados de saúde podem beneficiar da aplicação de fluor tópico (por exemplo, geis, colutórios ou verniz fluoretado, com aplicação profissional durante a profilaxia) quando o risco da cárie é aumentado (12), especialmente em cáries radiculares.
- Os tratamentos restauradores alternativos, com materiais tais como o ionómero de vidro que liberta flúor, podem ser úteis como prevenção ou terapêutica em pacientes com necessidades especiais de cuidados de saúde (12).
- Em situações com gengivites e com periodontites, são úteis e recomendados colutórios com clorohexidina. No caso de pacientes que possam deglutir o colutório, a clorohexidina sob forma de gel pode ser aplicada usando uma escova dentária (6).
- Os Médicos Dentistas devem encorajar uma dieta não cariogénica e rever os efeitos secundários das

medicações, tais como xerostomia ou hiperplasia gengival (6).

As avaliações e os tratamentos orais têm indicação regular, porque a maioria destes pacientes perdem a capacidade de se preocuparem com a sua própria dentição e de expressar o desconforto (8-10).

Medidas orais profilácticas e importância dos prestadores de cuidados

Sugeriu-se que os factores que afectam a acumulação de placa em pacientes mais velhos (recessão gengival, redução do fluxo salivar, diferenças dietéticas) podem estar relacionados com a incapacidade exuberante de higienização (13).

Os prestadores de cuidados, nomeadamente os Médicos Dentistas, são assim responsáveis por promover a higiene oral meticulosa, quer o paciente tenha ou não dentes (8,10,14). A compreensão dos mecanismos necessários para ajustar a abordagem e as técnicas para cuidados à medida que a doença progride por parte da família, é muito importante (8). As técnicas podem ser desenvolvidas com a família para assegurar pelo menos a cooperação parcial durante os procedimentos em Medicina Dentaria (8,10). Deve-se evitar forçar a pessoa a fazer algo que claramente não deseja fazer, determinando se o cuidado que está a ser prestado é absolutamente necessário nesse preciso momento (8). É possível tentar distrair o paciente para o induzir a aceitar determinadas actividades de cuidados pessoais. Por exemplo, dar-lhe um rebuçado para desembrulhar enquanto se lhe escova os dentes ou dar-lhe algo para segurar ou olhar enquanto se o penteia ou veste (8). Se o doente entrar em pânico quando se lhe entrega a escova de dentes (por não saber o que fazer com ela), devem-lhe ser escovados os dentes com ele, ou, se necessário, por ele. Deve dar-se somente uma indicação de cada vez e manter-se a paciência e uma atitude tranquilizadora para o paciente (8). As escovas de dentes eléctricas podem melhorar a colaboração do paciente (6).

A dificuldade de comunicação é também um obstáculo a superar, tentando-se encontrar uma maneira não verbal para colher a informação, tal como gestos ou mesmo expressões faciais (8,10). Fornecer aos membros da família a orientação para minimizar a frustração do paciente em tentar comunicar, realçando a importância de comunicar com ele de forma não verbal usando gestos ou expressões faciais (8).

Terapia medicamentosa: Medicina Dentária vs DA

Um outro aspecto importante a ter em conta ao tratar estes pacientes é a interacção entre os fármacos usados em Medicina Dentária e os usados para a DA.

O dentista deve estar ciente destas interacções. Na tabela 1, as principais interacções e precauções em Medicina Dentária são sumariadas.

Tabela 1 - **Principais preocupações e precauções das interacções dos fármacos para a DA em Medicina Dentária.**

Categoria de medicamento	Preocupações e precauções em Medicina Dentária
Anticolinesterases	Podem diminuir a acção dos anestésicos locais e vice-versa; glossite, boca seca.
Antidepressivos	Interacção com a epinefrina em anestésicos locais. Xerostomia, hipotensão postural e sintomas extrapiramidais; contra-indicado com nora-epinefrina.
Antipsicóticos	Xerostomia, hipotensão postural (risco de quedas), discinesia tardia, sintomas extrapiramidais.
Calmantes ou anti-agitação, medo, insónias	Xerostomia, tonturas, hipotensão ortostatica (prevenir passando o paciente da posição deitado para sentado, e mantê-lo 5-6 minutos antes de o deixar levantar).
Anticonvulsivos	A hipertrofia gengival, as ulcerações orais, a perda de paladar, eritema multiforme, aumento de hemorragia gengival.

Adaptado de 10,15.

Xerostomia

Na DA a utilização de antidepressivos, antipsicoticos e calmantes (ver tabela1) são os principais responsáveis pela xerostomia. Como resultado desta hipossialia ou assialia podem surgir alterações das mucosas com sintomatologia dolorosa e ardor (estomatodinia e estomatopirose) (16), associadas a dificuldades na mastigação, deglutição, paladar (disgeusia), fala e dor na língua (glossodínia) (17,18). Estas alterações podem provocar no paciente com DA modificações da dieta, má-nutrição e um grande desconforto, especialmente para aqueles que usam próteses e em particular os portadores de próteses totais. Quando isto acontece o médico dentista deverá estar atento e ter um papel activo de forma a melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Quando a causa principal está relacionada com a medicação, este problema por vezes pode ser ultrapassado quer com a alteração do princípio activo (com menor actividade anticolinérgica) quer com a redução da dose e ingestão de água antes e durante a toma dos comprimidos. Estas deverão ser efectuadas para que o fármaco atinja o pico plasmático durante o dia, evitando um agravamento da xerostomia, durante a noite, durante

a manhã e durante as refeições (17,19). A alteração da medicação deverá ser ponderada com o médico assistente do paciente com DA. O tratamento paliativo poderá passar pela utilização de substitutos salivares, sendo também importante o papel do profissional de saúde oral/paciente na prevenção da cárie dentária e tratamento das possíveis infecções (principalmente oportunistas) (16,17,20). Numa terapêutica estimuladora podem ser utilizados meios mecânicos (pastilha elástica com alto teor em xilitol, rebuçados, blocos de cera parafinada), ou sialogogos (parassimpaticomiméticos) (17,18).

Hipertrofia Gengival

Os mecanismos exactos responsáveis pelos efeitos do antiepilético fenilhidantoína, um agente frequentemente usado, são desconhecidos. O local principal de acção parece ser ao nível das membranas neuronais, onde a droga tem um efeito de estabilização das membranas excitáveis. Os efeitos secundários podem incluir ataxia, tonturas e confusão (15).

A hiperplasia gengival foi relatada em aproximadamente 10-30% dos pacientes que usam antiepilepticos. Outros efeitos secundários menos comuns incluem hirsutismo, distúrbios gastrointestinais, alergias à droga, eritema multiforme, reacções tipo lúpus, discrasias sanguíneas, e osteomalacia (15).

Quando isto acontece, a solução é pedir que o neurologista substitua a droga e somente depois se deve considerar gengivectomia (15).

Anestésicos

Os vasoconstrictores são usados nos anestésicos locais para aumentar a eficácia da analgesia, mas não devem ser esquecidos os casos em que estes fármacos possam estar contra-indicados. O maior stress resultante da ausência dos vasoconstritores no anestésico local, causaria níveis mais elevados de secreção de epinefrina endógena do que as quantidades presentes na anestesia local. Consequentemente, o uso de vasoconstritores locais pode realmente reduzir o impacto negativo da epinefrina no sistema cardiovascular, mas deve ser usado cuidadosamente (15).

No plano de tratamento para pacientes idosos, há muitos factores a considerar, mas a eliminação da cárie e inflamação periodontal assim como restaurações dentárias de função e estética razoáveis, devem estar acima da reconstrução "ideal". A evidência sugere que a maioria dos pacientes mais velhos pode ser tratada eficazmente com os meios conservadores dirigidos ao controlo da inflamação e às cáries, incluindo as consultas regulares de manutenção e instruções de higiene oral, que deverão ser dadas tendo em conta as necessidades e capacidades especiais de cada paciente (13).

CONCLUSÕES

A doença de Alzheimer é uma síndrome clínica devastadora, relacionada com a idade, irreversível, caracterizada por um largo espectro de incapacidades progressivas em termos cognitivos, comportamentais e funcionais (8).

É imperativo continuar a investigar a influência directa ou indirecta da DA na saúde oral, para submeter estes pacientes aos tratamentos mais adequados, sejam preventivos ou interventivos, e aconselhar os cuidadores do paciente, para impedir complicações futuras desnecessárias, e promover uma qualidade de vida mais adequada e digna para cada um destes sensíveis pacientes.

REFERÊNCIAS

1 - Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, John A, Yagiela JA. Alzheimer's disease Psychopathology, medical management and dental implications. JADA 2006;137:1240-51.

2 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association; 2000:147-58.

3 - Cummings JL. Alzheimer's disease. N Engl J Med 2004; 35:56-67.

4 - Geriatria: Imagens na Doença de Alzheimer. PsiqWeb: Psiquiatria geral. Psiquiatria Geriátrica. 2004. Disponível em: http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=16&art=77. Acedido: 2007.

5 - DHHS. Oral health in America: A report of the Surgeon General. Rockville, Md: DHHS, National Institute of Dental and Craniofacial Reasearch, Nations Institutes of Health; 2000. Disponível em: http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/J/V/_/nnbbjv.pdf. Acedido: 2007.

6 - Clinical Guideline on Management of Persons with Special Health Care Needs. American Academy of Pediatric Dentistry. Council on Clinical Affairs. Reference Manual 2004-2005:77-80.

7 - Goiato MC, Santos DM, Barão VAR, Pesqueira AA, Gennari Filho H. Odontogeriatria e a doença de Alzheimer. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. Universidade Federal de Paraíba João Pessoa. Brasil. Mai./Ago. 2006;6:207-12.

8 - Fahiszewski KJ. Caring for the Alzheimer´s patient. Gerodontology 1987;6:53-8.

9 - Nordenram G, Ryd-Kjellen E, Johansson G, Nordstrom G, Winblad B. Alzheimer´s disease, oral function and nutricional status. Gerodontology 1996;13:9-16.

10 - Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer´s disease and other dementias. Gerodontology 2000;17:8-16.

11 - Klein U, Nowak AJ Autistic disorder: A review for the pediatric dentist. Pediatr Dent 1998;20:321-17.

12 - American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. Pediatr Dent 2004;26:87-8.

13 - Johnson BD, Mulligan K, AsuMan Kiyak, DSH, Marder M. Aging or Disease? Periodontal Changes and Treatment Considerations in the Older Dental Patient. Gerodontology 1989;8:109-18.

14 - Hugo FN, Hilgert JB, Bertuzzi D, Padilha DMP, Marchi RJ. Oral health behaviour and socio-demographic profile of subjects with Alzheimer´s disease as reported by their family caregivers. Gerodontology 2007;24:36-40.
15 - Somerman MJ. Dental implications of pharmacological management of the Alzheimer´s patient. Gerodontology 1987;6:59-66.
16 - Mano Azul A, Afonso A, Portugal C, Figueiral MH, Lobo MJC; Atlas de Patologia da Mucosa Oral. Edição AEFM-DUP, 1992:93-4.
17 - Bartels CL, Pharm D. Xerostomia information for dentists. Helping patients with dry mouth. Disponível em: http://www.oralcancerfoundation.org/dental/xerostomia.htm. Acedido: 2007.
18 - Sánchez Jiménez J, Ramos Herrera CA, Acebal Blanco F, Arévalo Arévalo RE, Molina Martinez M. Manejo terapéutico de la xerostomía en Atención Primaria. Medicina de Familia (And) 2004;1:42-9.
19 - McDonald E, Marino C. Dry mouth: Diagnosing and treating its multiple causes. Geriatrics 1991;46:61-63.
20 - Cassolato SF, Turnbull RS. Comentando sobre a xerostomia. Gerodontology 2003;20:64-77.

Correspondência:
Dr. Eduardo Santiago
Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade do Porto
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva
4200-393 Porto

e-mail: eduardoasantiago@gmail.com