

A importância do Terceiro Passo (Controle Químico do Biofilme Bucal) para a Saúde Oral

Ana Karina P. Andrade, DDS, Ms, PhD

A adequada higiene bucal é o modo mais eficaz de se prevenir doença periodontal e a doença cárie, causadas por microrganismos específicos encontrados no biofilme. Assim, a desorganização e a remoção mecânica regular deste biofilme, por meio da escovação e uso do fio dental representam estratégias utilizadas na prevenção e tratamento destas doenças.^{1, 2, 3}

Há evidência de que a escovação associada ao uso do fio dental é capaz de controlar o acúmulo de biofilme dental, desde que seja realizada de maneira adequada e em intervalos de tempo regulares. Porém, esse controle mecânico do biofilme ideal não é conseguido por grande parte dos indivíduos, sendo os principais motivos destacados a falta de motivação, falta de destreza manual, falta de informação ou tempo insuficiente⁴ resultando em uma alta prevalência de gengivite na população tanto de países desenvolvidos⁵ como em desenvolvimento⁶.

Desta forma, o uso complementar de agentes químicos tem sido estudado como um modo de superar as deficiências nos hábitos mecânicos de limpeza além de uma forma de recomendação de programas preventivos mais eficazes pelos profissionais⁷. Além destas razões, os dentes representam apenas 25% da área bucal, e o restante não tem praticamente benefício com a higiene oral mecânica⁸.

Evidências atuais mostram eficácia e segurança para o uso adjunto de diferentes antissépticos bucais no controle mecânico do biofilme supragengival^{9, 10, 11, 12}. Dentre os principais benefícios clínicos obtidos, observou-se^{4, 9, 10, 12} que o uso diário de antissépticos bucais promoveu reduções quantitativas e qualitativas do biofilme, redução da inflamação gengival bem como benefícios específicos anti-inflamatórios e microbiológicos^{13, 14} em comparação com a adoção exclusiva de estratégias mecânicas. Além destes benefícios locais, estudos sugerem que o controle químico do biofilme dental pode gerar benefícios para a saúde geral do indivíduo^{15, 16}.

As contraindicações estão relacionadas com a idade (menores de 7 anos para enxaguatórios bucais contendo flúor e menores de 12 anos de idade para os enxaguatórios bucais com álcool, e neste caso também os pacientes elitistas ou em fase de reabilitação) e as reações alérgicas à componentes presentes no enxaguatório.

Diante do exposto, o controle químico deve ser indicado como parte da higiene oral diária, juntamente com procedimentos mecânicos, para todos os indivíduos que apresentam biofilme tendo em conta a idade, limitações físicas e/ou psicológicas, alergias e outros fatores.

Texto adaptado de:

[Rode SM, Gimenez X, Montoya VC, Gómez M, Blanc SL, Medina M, Salinas E, Pedroza J, Zaldivar-Chiapa RM, Pannuti CM, Cortelli JR, Oppermann RV. **Daily biofilm control and oral health: consensus on the epidemiological challenge – Latin American Advisory Panel.** *Braz Oral Res.*(Sao Paulo) 2012;26(Spec Iss 1):133-43]

[Haas AN, Reis A, Lemos Jr CA, Pannuti CM, Escobar EC, Almeida ER, Costa FOC, Cortelli JR, Pedrazzi V, Oppermann RV, Cortelli SC, Rode SM. **DAILY BIOFILM CONTROL AND ORAL HEALTH: AN EPIDEMIOLOGICAL CHALLENGE CONSENSUS – BRAZILIAN ADVISORY PANEL IN ORAL HEALTH.** *Braz J Periodontol* 2012; 22(3):40-6]

REFERENCIAS:

1. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol.* 1965 36:177-87.
2. Thylstrup A, Fejeskov O. Tratado de cariologia, Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica Ltda.; 1988.

3. Ximénez-Fyvie LA, Haffajee AD, Som S, Thompson M, Torresyap G, Socransky SS. The effect of repeated professional supragingival plaque removal on the composition of the supra- and subgingival microbiota. *J Clin Periodontol*. 2000;27:637-47.
4. Teles & Teles 2009
5. Li Y, Lee S, Hujoel P, Su M, Zhang W, Kim J, et al. Prevalence and severity of gingivitis in American adults. *Am J Dent*. 2010 Feb;23(1):9-13.
6. Gjermo P, Rösing CK, Susin C, Oppermann R. Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontol* 2000. 2002;29:70-8.
7. Laing E, Ashley P, Gill D, Naini F. An update on oral hygiene products and techniques. *Dent Update*. 2009 Sep;36(7):439.
8. Collins LMC, Dawes C. The Surface Area of the Adult Human Mouth and Thickness of the Salivary Film Covering the Teeth and Oral Mucosa. *J Dent Res*. 1987 66 (8):1300-1302
9. Gunsolley J. A meta-analysis of six-month studies of antiplaque and antigingivitis agents. *J Am Dent Assoc*, 137:1649-1657, 2006.
10. Gunsolley JC. Clinical efficacy of antimicrobial mouthrinses. *J Dent* 2010, 38(S1):S6-S10.
11. Sharma NC, Araujo MWB, Wu MM, Qaqish J, Charles CH. Superiority of an essential oil mouthrinse when compared with a 0.05% cetylpyridinium chloride containing mouthrinse: a six-month study. 2010. *Int Dent J*; 60:175-180.
12. Van Leeuwen MP, Slot DE, Van der Weijden GA. Essential oils compared to chlorhexidine with respect to plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *J Periodontol*. 2011 Feb;82(2):174-94
13. Cortelli SC, Cortelli JR, Holzhausen M, Franco GC, Rebelo RZ, Sonagere AS et al. Essential oils in one-stage full-mouth disinfection: double blind, randomized clinical trial of longterm clinical, microbial and salivary effects. *J Clin Periodontol* 2009; 36(4):333-42.
14. Fine DH, Furgang D, Sinatra K, Charles C, McGuire A, Kumar LD. In vivo antimicrobial effectiveness of an essential oil-containing mouthrinse 12 h after a single use and 14 days use. *J Clin Periodontol* 2005; 32(4):335-40.
- 15- Fine DH, Furgang D, McKiernan M, Tereski-Bischio D, Ricci-Nittel D, Zhang P et al. An investigation of the effect of an essential oil mouthrinse on induced bacteraemia: a pilot study. *J Clin Periodontol* 2010; 37: 840–847.
- 16- Pelino JE, Cortelli JR, Cortelli SC, Ricci-Nitel D, Araujo MWB, Zhang PA. Validation of the Essential Oils Effect on Induced Bacteremia. In: IADR, 2011, SAN DIEGO. IADR, 2011.