

14. PAPEL DA PROFILAXIA DENTAL NA ODONTOPEDIATRIA

Elaborado por:

Elaine Cristina de Vargas Dadalto (coordenadora)

Josimeri Hebling

Lilian Citty Sarmento

Objetivo

A Associação Brasileira de Odontopediatria, por ser defensora da saúde bucal de bebês, crianças e adolescentes, enfatiza a importância de se educar pais e responsáveis no que tange aos benefícios da profilaxia dental em conjunto com o acompanhamento periódico da condição da saúde do paciente.

Bases Conceituais

A promoção de saúde bucal em Odontopediatria tem como base a motivação do paciente e seu núcleo familiar quanto à prevenção das doenças bucais em bebês, crianças e adolescentes. A instrução de higiene bucal e a profilaxia dentária profissional, em associação com a avaliação periódica da saúde bucal, fazem parte deste contexto.

A análise da saúde do ponto de vista periodontal e a determinação do risco e/ou atividade de cárie constituem pré-requisitos essenciais para o planejamento adequado da estratégia de ação do profissional na abordagem preventiva da doença cárie e das periodontopatias.

A placa bacteriana (biofilme dental) é um fator etiológico primário destas duas doenças bucais,^{1,2} e sua formação não pode ser impedida em irregularidades de superfície como nas fissuras oclusais, nichos gengivais ou proximais³. As lesões de cárie se formam como resultado de eventos metabólicos na placa bacteriana e, portanto, um bom controle de placa deve ser o ponto fundamental do tratamento preventivo não-invasivo. A instrução de higiene bucal deve ser individual e direcionada a partir da observação direta pelo cirurgião-dentista do modo como o paciente ou o seu responsável realiza a escovação e a limpeza interdental. A relevância do sangramento gengival deve ser ensinada ao paciente durante esta limpeza.^{4,5} É necessária a remoção regular da placa para manter a normalidade gengival⁶.

Entre os métodos mecânicos para higiene bucal, pode ser indicado para os dentes anteriores dos bebês o uso de gaze ou fralda com movimentos suaves de fricção. Assim que os

molares comecem a irupcionar, uma escova de dente manual ou elétrica ⁷⁻⁹ pode ser utilizada, acompanhada pelo uso do fio dental em sítios específicos. Instrução especial deve ser direcionada durante o período de irrupção dos primeiros e segundos molares permanentes, que apresentam maior suscetibilidade à cárie devido à maior retenção de placa, devendo ser realizada a escovação transversal ^{10,11} ou escova unitufo.

Embora seja possível remover a maioria da placa usando métodos mecânicos de higiene bucal, muitos pacientes não têm motivação ou habilidade para manter-se em uma condição livre de placa por períodos prolongados de tempo ¹². Estudos clínicos mostraram que “programas de controle de placa auto-aplicados, isoladamente, sem o reforço profissional periódico, são inconsistentes em promover a inibição de gengivite a longo prazo” ¹².

Para auxiliar no controle de placa em nível individual, a profilaxia dentária profissional constitui-se em uma eficiente opção. Para definir o tipo e a periodicidade da profilaxia o clínico deve-se basear na avaliação individual do risco de cárie e doença periodontal do paciente ^{13,14}, que inclui:

1. História médica/saúde sistêmica atual incluindo medicamentos;
2. Idade e cooperação do paciente;
3. Colaboração do paciente e família;
4. Experiência de cárie pregressa e atual;
5. Histórico familiar de cárie;
6. Saúde periodontal atual e passada;
7. Histórico familiar de doença periodontal;
8. Higiene bucal;
9. Presença de placa;
10. Presença de gengivite;
11. Presença de cálculo;
12. Presença de mancha extrínseca;
13. Fatores locais que poderiam influenciar o acúmulo e a retenção de placa.

A profilaxia profissional pode ser executada com gaze, escova dental, escova elétrica, taça de borracha, escova rotatória e/ou instrumentos manuais, seguidos pelo uso do fio dental. As vantagens de cada opção estão apresentadas na Tabela 1. A profilaxia também pode ser realizada com a técnica do jato de bicarbonato de sódio, especialmente para remoção de manchas extrínsecas e em pacientes ortodônticos, ¹⁵ devendo, entretanto, ser evitada sobre restaurações de resina e ionômero de vidro. ¹⁶

Tabela 1. Vantagens dos tipos de profilaxia

	Remoção de placa	Manchas	Cálculo	Polimento	Educação
Fralda/gaze* (F/G)	sim	não	não	não	Sim
Escova dental (ED)	sim	não	não	não	Sim
Escova elétrica (EE)	sim	sim	não	não	Sim
Taça de borracha (TB)	sim	sim	não	sim	sim
Instrumentos manuais (IM)	sim	sim	sim	não	sim

* somente nos incisivos dos bebês

Embora tenha sido demonstrado que a realização de profilaxia previamente à aplicação tópica de flúor não seja estritamente necessária,¹⁷⁻²² é relevante considerar que a presença do biofilme tem impacto não apenas no equilíbrio mineral dos tecidos dentários, mas também na saúde periodontal. Ainda, do ponto de vista educacional, é importante que atitudes positivas no sentido de motivar a manutenção da higiene bucal sejam adotadas. Entretanto, a decisão sobre a realização da profilaxia profissional deve ser respaldada nas suas indicações e benefícios relacionados abaixo, porque apesar de ter sido demonstrado que uma quantidade insignificante da camada de esmalte rica em flúor é removida com o uso da taça de borracha,²³ a utilização de outros métodos, como por exemplo a pedra pomes em água aplicada com escova rotatória de Robinson resulta em maior desgaste do esmalte, quando comparada com a técnica do jato de bicarbonato de sódio, tendo estes dois métodos apresentado maior desgaste quando o esmalte foi previamente desmineralizado.²⁴

Por outro lado, se uma profilaxia com taça de borracha será realizada, uma pasta profilática com flúor e/ou a utilização de taça de borracha impregnada com flúor são recomendadas,²⁵ especialmente se isto não for seguido por uma aplicação tópica de flúor. A determinação da necessidade do tratamento tópico de flúor é baseada nas Diretrizes para utilização do fluoreto da

abo-odontopediatria.

Com base nas indicações e benefícios da profilaxia dental em associação com a avaliação periódica da saúde bucal^{13,14,27-30}, uma profilaxia profissional periódica deve ser realizada para:

1. instruir o responsável e a criança ou o adolescente quanto às técnicas apropriadas de higiene bucal, formando a base para a educação do paciente;

2. remover placa bacteriana, manchas extrínsecas e cálculo;
3. polir as superfícies rugosas para minimizar o acúmulo e a retenção de placa;
4. facilitar o exame clínico criterioso, favorecendo o diagnóstico e o controle de eventuais lesões cáries ativas visíveis clinicamente ou a evolução de lesões subclínicas;
5. introduzir as crianças de baixa idade e os pacientes apreensivos aos procedimentos odontológicos.

Na Figura 1, essas recomendações são denominadas “fatores de identificação racional”.³¹

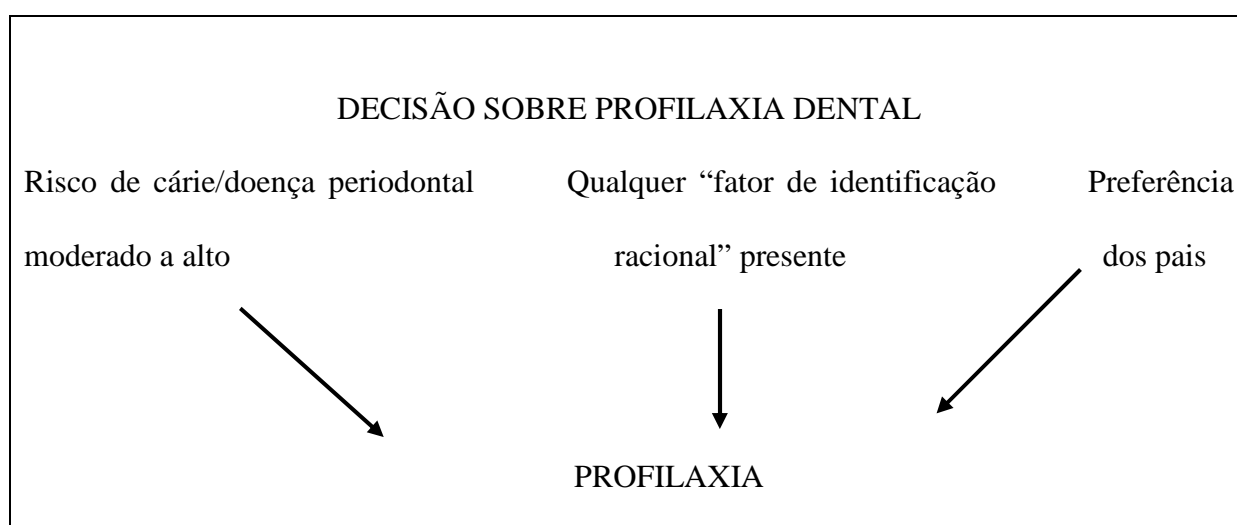


Figura 1. Esquema relacionado à decisão sobre a profilaxia dental.

Se nenhum “fator de identificação racional” está presente e o bebê, criança ou adolescente é considerado de baixo risco para o desenvolvimento das doenças cárie e periodontal, a profilaxia é realizada a critério do profissional.

Referências Bibliográficas

1. Stookey GK. Current status of caries prevention. *Compendium* 2000;21(10):862-867.
2. Clerehugh V, Tugnait A. Periodontal diseases in children and adolescents: 1. Aetiology and diagnosis. *Dent Update* 2001;28:222-232.
3. Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária – A doença e seu tratamento clínico. São Paulo:Santos, 2005. p.167.

4. Kidd EAM, Nyvad B. Controle da cárie dentária para cada paciente. In: Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária – A doença e seu tratamento clínico. São Paulo:Santos, 2005. Cap. 20.
5. Leal SC, Bezerra AC, de Toledo AO. Effectiveness of teaching methods for tooth brushing in preschool children. *Braz Dent J* 2002;13(2):133-6.
6. Goodson JM, Palys MD, Carpino E, Regan EO, Sweeney M, Socransky SS. Microbiological changes associated with dental prophylaxis. *J Am Dent Assoc* 2004;135(11):1559-64.
7. Grossman E, Cronin M, Dembling W, Proskin H. A comparative clinical study of extrinsic tooth stain removal with 2 electric toothbrushes (Braun D7 and D9) and a manual brush. *Am J Dent* 1996;9(special issue):25-29.
8. Naresh CS, Galustians HJ, Quqish J, Cugini M. A comparison of the Braun Oral B 3D Plaque Remover and the Sonicare Plus electric toothbrush in removing naturally occurring extrinsic staining. *Am J Dent* 2000;13;17-20.
9. CDC. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. *MMWR* 2001;50(RR-14):1-42.
10. Carvalho JC, Ekstrand KR, Thylstrup A. Dental plaque and caries on occlusal surfaces of first permanent molars in relation to stage of eruption. *J Dent Res* 1989;68:773-79.
11. Maltz M, Parolo CCF, Jardim JJ. Cariologia Clínica. In: Toledo AO de. *Odontopediatria*. 3 ed. São Paulo:Premier, 2005. Cap.6.
12. American Academy of Periodontology. Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions. *J Periodontol* 2001;72:1790-1800.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on use of a caries-risk assesment tool (CAT) for infants, children, and adolescents. *Pediatr Dent* 2003;25 (suppl):18-20.
14. American Academy of Periodontology. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol* 1996;67:57-62.
15. Ramaglia L, Sbordone L, Ciaglia RN, Barone A, Martina R. A clinical comparison of the efficacy of two professional prophylaxis procedures in orthodontic patients. *Eur J Orthod* 1999;21(4):423-8.
16. Carr MP, Mitchell JC, Seghi RR, Vermilyea SG. The effect of air polishing on contemporary esthetic restorative materials. *Gen Dent* 2002;50(3):238-41.
17. Houpt M, Koenigsberg S, Shey Z. The effect of prior tooth cleaning on the efficacy of topical fluoride treatment. Two-year results. *Clin Prev Dent* 1983;5:8-10.

18. Ripa LW. Need for prior tooth cleaning when performing topical fluoride application: Review and recommendations for change. *J Am Dent Assoc* 1984;109:281-285.
19. Ripa LW, Leske GS, Sposato A, Varma A. A effect of prior tooth cleaning on biannual professional acidulated phosphate fluoride topical fluoride gel-tray treatments. Results after three years. *Caries Res* 1984;18:457-464.
20. Olivier M, Brodeur J-M, Simard PL. Efficacy of APF treatments without prior tooth cleaning targeted to high-risk children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:38-42.
21. Johnston DW, Lewis DW. Three-year randomized trial of professionally applied topical fluoride gel comparing annual and biannual applications with/without prior prophylaxis. *Caries Res* 1995;29:331-336.
22. Ten Cate JM, van Loveren C Fluoride mechanisms. *Dent Clin North Am* 1999;43:713-743.
23. Christensen RP, Bangerter VW. Immediate and long-term in vivo effects of polishing on enamel and dentin. *J Prosthet Dent* 1987;57:150-160.
24. Honório HM, Rios D, Abdo RCC, Machado MAAM. Effect of different prophylaxis methods on sound and demineralized enamel. *J Appl Oral Sci* 2006;14:117-123.
25. Zimmer S, Barthel CR, Koehler C, Roulet JF. Enamel fluoride retention after application of fluoride-containing rubber cups. *Am J Dent* 2002;15:11-14.
26. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2003; 25(suppl):67-68.
27. Clerehugh V, Tugnait A. Periodontal diseases in children and adolescents: 2. Management. *Dent Update* 2001;28:274-281.
28. Roulet JF, Roulet-Mehrens TK. The surface roughness of restorative materials and dental tissues after polishing with prophylaxis and polishing pastes. *J Periodontol* 1982;53:257-266.
29. Hosoya Y, Johnston JW. Evaluation of various cleaning and polishing methods on primary enamel. *J Pedod* 1989;13:253-269.
30. Quirynen M, Bollen CML. The influence of surface roughness and surface-free energy on supra- and sub-gingival plaque formation in man. A review of the literature. *J Clin Periodontol* 1955;22:1-14.
31. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical Guidelines. Guideline on the role of Dental Prophylaxis in Pediatric Dentistry. Reference Manual 2005-2006.