Acidente Vascular Cerebral e a Odontologia

O Acidente Vascular Encefálico (AVE), que também é chamado de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame cerebral, ocorre quando há um entupimento ou o rompimento dos vasos que levam sangue ao cérebro provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea adequada.

Existem vários fatores que contribuem para a ocorrência do AVE. Alguns deles não podem ser modificados, tais como: a idade, a raça, a constituição genética e o sexo. Outros fatores podem ser diagnosticados preventivamente e tratados, tais como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, as doenças cardíacas, a enxaqueca, o uso de anticoncepcionais hormonais, a ingestão de bebidas alcoólicas, o fumo, o sedentarismo e a obesidade.

A equipe multiprofissional, que atende um paciente acometido por um AVE, deve atuar no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação do paciente, envolvendo o alívio da dor e do incômodo, além de intervenções que visam recuperar a autonomia do indivíduo para realizar atividades cotidianas básicas, como escovar os dentes e pentear o cabelo, até atividades mais refinadas, por exemplo, de cognição e comunicação.

Problemas de deglutição afetam cerca de um terço das pessoas após o AVE e quando uma pessoa não consegue engolir de forma adequada, existe risco de o alimento e líquidos descerem por meio da traquéia para os pulmões, podendo causar infecções pulmonares e pneumonias.

Uma boa saúde bucal é essencial em qualquer idade. Mas, na terceira idade, com o declínio orgânico agravado pelas doenças crônicas, ela é primordial, pois evita complicações dos problemas sistêmicos, melhora as condições de saúde geral, o bem estar, a auto-estima e, para o idoso, muitas vezes pode significar a reintegração deste na sociedade e também no mercado de trabalho.

No caso dos idosos dependentes, existe o fato de os mesmos não conseguirem manter suas próteses suficientemente limpas e, devido à constante deglutição ou aspiração dos microorganismos da placa bacteriana aderida à prótese, podem ocorrer infecções inesperadas, já que a prótese funciona como potente reservatório de patógenos respiratórios.

Estudando as condições de higiene bucal e o acúmulo de placa nas superfícies das próteses, Pietrokovski et al. (1995), relataram que as próteses superiores são mantidas um pouco mais limpas nas superfícies internas e externas do que as próteses inferiores. As superiores são mais fáceis de manipular e têm menos curvaturas do que as inferiores.

Para os usuários geriátricos que frequentemente são dependentes de cuidadores ou indivíduos com sequelas do AVE, em que muitas vezes se observa uma diminuição da coordenação motora, a limpeza de suas próprias próteses pode ser um fator limitador. Infelizmente, existe um receio por parte de todos (usuário e cuidador) no que diz respeito à limpeza bucal e das próteses dos pacientes dependentes. Por isso, é necessário realizar orientações sobre a importância de uma higienização bucal apropriada a cada seis meses, tanto para a equipe como para os familiares/cuidadores.

Nos portadores de próteses, recomenda-se diariamente bochechos ou aplicação tópica de antifúngico para controle da candidíase entre os acamados e com pneumonia. Deve-se remover as próteses durante a noite, deixando-as imersas em um copo com água ou solução de clorexidina que devem ser trocadas diariamente. Semanalmente, pode-se utilizar soluções de limpeza própria para próteses (como as pastilhas efervescentes).

A limpeza do dorso da língua deve ser executada com limpadores plásticos específicos ou com uma espátula envolvida numa gaze após as refeições. Essa higienização ajuda na recuperação da capacidade gustativa dos pacientes, gerando maior adesão a uma dieta balanceada. Em pacientes entubados, preconiza-se a que se faça, diariamente, remoção da crosta que se forma na cavidade bucal com uma haste de algodão ou gaze embebida em solução bactericida, bem como se deve umedecer suas mucosas e lábios constantemente.

É muito comum na clínica geriátrica encontrarmos pacientes que usam suas próteses totais por muitos anos, sem terem jamais retornado a um consultório dentário para controles. Como um desdobramento desta atitude desinformada, acabam por, inicialmente, deixar de usar a prótese inferior - especialmente porque segundo MONTENEGRO (1989), é a arcada que sofre maior reabsorção óssea com o passar dos anos.

Pacientes que sofreram AVC deverão ter uma nova fase de adaptação às suas próteses totais, pela paralisia da musculatura na hemi-face atingida, sendo necessário haver um novo ensino de como mastigar com estas próteses. Esta paralisia também pode atingir as glândulas salivares, diminuindo o fluxo salivar, comprometendo a retenção das próteses totais. Medidas paliativas devem ser tomadas (inclusive com o uso de substitutivos artificiais de saliva), pois o quadro pode reverter com o passar dos meses.

Nas próteses inferiores, uma língua com movimentação alterada pode comprometer inicialmente sua colocação. Portanto seu uso é indicado apenas para a alimentação. O descontrole muscular pode gerar contatos oclusais inadequados e formação de lesões na fibromucosa, que devem ser prontamente tratadas. Novas instruções sobre higiene bucal e sobre as próteses devem ser fornecidas aos familiares e cuidadores, inclusive com

apresentação de dispositivos de limpeza assim que o paciente mostrar o interesse de fazer a higienização por si mesmo.

Para SCHNEIDER (1983), "as lacunas na dentadura mal posicionada e os locais de pressão de uma prótese nos pacientes mais idosos e indefesos, são causa de alimentação deficiente e de erros alimentares", o que nos remete à importância da escuta qualificada por parte de toda a equipe multidisciplinar. Ele também descreve que as aftas dolorosas da mucosa oral são capazes de debilitar nutricionalmente um paciente idoso num determinado período de tempo.

A ardência na língua ou glossodínia são muito importantes. O diagnóstico diferencial engloba:

- Glossite de MOLLER-HUNTER, avermelhamento cor púrpura ao redor das áreas acinzentadas, praticamente livres de papilas;
- Síndrome de PLUMMER-VINSON, carência de ferro, língua seca, mucosa oral, queixas em relação a deglutição, todo o trato gastrintestinal superior afetado;
- Síndrome de SJOGREN, a língua apresenta como laqueada de vermelho, coberta de muco viscoso, associada com deficiência lacrimal, laringite e parotidite.

O apoio e a orientação ao cuidador são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida do paciente após o AVE. O estímulo ao cuidado continuado é tão eficaz quanto às orientações fornecidas aos familiares deste indivíduo.

Em relação à saúde bucal é necessária a orientação de adequação da higiene bucal de acordo com o grau de dependência deste paciente e também avaliação da adaptação das próteses parciais ou totais e orientação de uso e higiene das mesmas. Devemos ainda nos atentar para a necessidade do uso de escovas elétricas e ou enxaguatórios bucais para possibilitar a higiene bucal.

Referências Bibliográficas

Schneider, J. (1985). **Manual de Geriatria**. São Paulo: Roca.

Montenegro. F. L.B.; Marchini, L.; Brunetti, R.F. **Aspectos importantes na prótese total para terceira idade**.

Silva, L. G.; Goldenberg, M. **Mastigação no processo de envelhecimento**. Rev CEFAC 2001 ;3:27-35

Benatti, F. G.; Montenegro, F. L. B. **Portal do envelhecimento**. Disponível em: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/odonto/odonto74.htm

Magalhães, L. A.; Bilton, T. L. **Avaliação de linguagem e de deglutição de pacientes hospitalizados após acidente vascular cerebral.** Distúrbios da Comunicação, São Paulo, 16(1): 65-81, abril, 2004