

CONDIÇÃO BUCAL DE MULHERES PÓS-MENOPAUSADAS EM TRATAMENTO PARA OSTEOPOROSE

Melina Cunha dos Santos¹; Johelle de Santana Passos²; Isaac Suzart Gomes Filho³; Amanda Barreto Santos Lopes⁴

1. Bolsista PROBIC/UEFS, Graduanda em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: melynacunha@hotmail.com
2. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: johpassos@gmail.com
3. Co-orientador, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: isuzart@gmail.com
4. Graduada em odontologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: amandalopes.odonto@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Condição bucal; medicação para osteoporose; menopausa

INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas no século XX trouxeram impactos na estrutura etária da população e na distribuição da morbimortalidade. Nessa perspectiva, o aumento da expectativa de vida acarretou elevação na prevalência das doenças crônico-degenerativas como doenças cardiovasculares, neuro-degenerativas, cérebro-vasculares, diabetes, hipertensão, osteoporose, entre outras, exigindo mudanças sobre a atuação no processo saúde-doença, e a compreensão dos fatores determinantes (Schramm et al. 2004).

Dentre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, podemos destacar a menopausa. Durante a menopausa ocorre queda de níveis de estrógeno e aumento de interleucinas (IL-1, IL-6, IL-8, IL-10), fator de necrose tumoral, e macrófagos no circuito de remodelagem óssea, com conseqüente ativação osteoclástica e maior reabsorção óssea (Pacifci 1996, Yoshihara et al. 2004). Essa perda de densidade mineral óssea, especialmente acima dos 50 anos, caracteriza a osteoporose pós-menopausal, uma doença silenciosa que enfraquece os ossos e aumenta o risco de fratura (Organização Mundial da Saúde, 1994).

Nesse período, são comuns algumas alterações bucais como redução do fluxo salivar, modificação do paladar, aumento na prevalência de doença cárie e destruição periodontal (Payne et al. 1999, Henriques et al. 2007). Visando desacelerar esses efeitos da deficiência estrogênica sobre a densidade mineral óssea, reduzir os sintomas da menopausa (fogachos, alterações de humor ou libido) e assim aumentar a qualidade de vida dessas mulheres, têm sido desenvolvidas drogas anti-reabsortivas. Alguns estudos sugerem que o efeito das medicações para osteoporose podem repercutir ainda na condição bucal, com aumento da retenção dentária e controle de alguns descritores periodontais (Garcia et al. 2010).

Dessa forma, este trabalho propôs-se a descrever a condição bucal de mulheres pós-menopausadas segundo o uso de medicações para tratamento do efeito da osteoporose.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho compreende um corte transversal derivado de um estudo longitudinal primariamente desenvolvido para investigar a associação entre osteoporose e doença periodontal. Nesse estudo, mulheres pós-menopausadas atendidas nos Serviços de Diagnóstico de Osteoporose em Feira de Santana- Ba foram convidadas para avaliação e tratamento da condição bucal na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Um total de 375 mulheres foi incluído no presente estudo para comparar a condição bucal entre mulheres segundo o uso de medicação para tratamento do efeito da osteoporose. Do total, 79 reportaram fazer uso da medicação. O grupo controle foi formado por 296 mulheres que não relataram tal uso. Foram incluídas no grupo de usuárias de medicação para tratamento de osteoporose, mulheres que faziam atualmente uso de terapia estrogênica (estrógeno apenas), hormonal (estrógeno e progesterona combinados), ou de suplementação de cálcio há pelo menos 06 meses. Ressalta-se ainda que mulheres que tomaram hormônio no passado e não mais faziam uso foram excluídas do estudo. Nenhuma das participantes da amostra deveria usar outra medicação que alterasse o metabolismo ósseo, a exemplo dos corticosteróides.

Após consentimento livre e informado, as participantes responderam a um formulário para obtenção dos dados relacionados aos fatores sócio-demográficos, biológicos, e hábitos de vida. Em seguida, um único examinador treinado realizou o exame clínico odontológico e todas as medidas bucais foram registradas em ficha específica.

Na análise dos dados, frequências simples foram obtidas e diferenças estatísticas avaliadas empregando-se o teste Qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas e Teste T Student para variáveis contínuas. Diferenças foram consideradas quando $p \leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desse estudo apresentou média de idade de 59 anos \pm 7,0 anos, sendo a mínima de 50 anos e máxima de 87 anos. A média de idade da menopausa foi de 48 anos \pm 6,5 anos, sendo a menopausa natural o tipo mais comum (67%).

Quanto ao estilo de vida e hábitos de cuidado bucal, embora os grupos não tenham mostrado diferenças estatisticamente significantes, observou-se que o grupo que faz uso de medicação para osteoporose apresentou maior frequência de indivíduos que reportaram usar fio dental, ter recebido alguma orientação profissional sobre saúde bucal, ou consultar o dentista há menos de dois anos (Tabela 1).

Tabela 1- Características relacionadas ao estilo de vida e cuidado bucal das mulheres pós-menopausadas segundo uso ou não de medicação para osteoporose.

	Uso de medicação para osteoporose		<i>P</i>
	Sim n (%)	Não n (%)	
Hábito de fumar			
Não	52 (65,8)	188 (63,5)	
Sim	27 (34,2)	108 (36,5)	0,7
Consumo de álcool			
Não	37 (46,8)	173 (58,4)	
Sim	42 (53,2)	123 (41,6)	0,06
Prática de atividade física			
Não	57 (72,2)	191 (64,5)	
Sim	22 (27,8)	105 (35,5)	0,2
Última visita ao dentista			
\leq 02 anos	48 (60,8)	158 (53,4)	
$>$ 02 anos	31 (39,2)	138 (46,6)	0,24
Consulta periódica ao			

dentista			
Sim	24 (30,4)	86 (29,1)	
Não	55 (69,6)	210 (70,9)	0,82
Recebeu orientação quanto a higiene bucal			
Sim	40 (50,6)	128 (43,2)	
Não	39 (49,4)	168 (56,8)	0,24
Uso de fio dental			
Sim	35 (44,3)	101 (34,1)	
Não	44 (55,7)	195 (65,9)	0,09

Na tabela 1, onde são dispostas as medidas clínicas bucais, evidenciou-se que o grupo de usuárias da medicação apresentou medidas de profundidade de sondagem (PS), quantidade de dentes com NIC ≥ 5 mm e com PS ≥ 4 mm bem menores do que no grupo que não fazia uso, sendo essas diferenças estatisticamente significantes ($p=0,02$). Alguns estudos têm seguido nessa direção (Tagushi et al. 2004) e assim reforçado o provável efeito protetor da reposição hormonal/estrogênica não somente contra mudanças osteoporóticas ou osteoclastogênese, mas ainda no controle da condição periodontal e retenção dentária.

O Índice CPO médio estimado foi aproximadamente 20 unidades, tendo como componente mais freqüente o número de dentes perdidos ($P \approx 9$ unidades), seguido pela média de dentes cariados ($C \approx 8$ unidades) e obturados/restaurados ($O \approx 2$ unidades). Na comparação entre os grupos, não houve diferenças estatisticamente significantes ($p=0,08$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas clínicas bucais das mulheres pós-menopausadas segundo uso ou não de medicação para osteoporose.

Medidas clínicas bucais	Uso de medicação para osteoporose		P
	Sim n=79	Não n=296	
Profundidade de sondagem (mm)			
Média \pm DP	2,0 \pm 0,5	2,2 \pm 0,5	
Min – Max	1,2-4,0	1,3-5,1	0,02
Nível de inserção clínica (mm)			
Média \pm DP	2,7 \pm 0,9	3,0 \pm 1,0	
Min – Max	1,2-7,5	1,4-8,4	0,09
Sangramento gengival (%)			
Média \pm DP	18,0 \pm 17,2	22,1 \pm 19,3	
Min – Max	0 - 80,9	0 - 97,2	0,09
Índice de placa (%)			
Média \pm DP	24,9 \pm 20,5	27,2 \pm 23,1	
Min – Max	0 - 82,1	0 - 96,4	0,44
Dentes presentes (n)			
Média \pm DP	12,2 \pm 6,1	13,2 \pm 6,3	
Min – Max	4 - 26	4 - 28	0,22

Dentes com NIC 3 ou 4 mm**(n)**

Média ± DP	6,6±5,1	7,0±5,4	
Min – Max	0- 24	0- 25	0,51

Dentes com NIC ≥ 5mm (n)

Média ± DP	3,2±2,9	4,2±3,8	
Min – Max	0- 12	0- 18	0,02

Dentes com PS ≥ 4mm (n)

Média ± DP	1,3±2,3	2,0±3,1	
Min – Max	0 - 13	0 - 19	0,02

CPOD

Média ± DP	21,0±5,0	19,5±5,6	
Min – Max	3 -28	0 -28	0,08

De modo geral, os achados desse estudo revelaram uma tendência do grupo de mulheres que usam medicação para osteoporose apresentarem uma melhor condição bucal que o grupo de mulheres que não usam essa medicação. No entanto, estudos futuros prospectivos, com monitoramento de marcadores biológicos devem ser incentivados para melhor avaliação dessa hipótese.

REFERÊNCIAS

Garcia MN, Hildebolt CF, Miley DD, Dixon DA, Couture RA, Spearie CLA, et al. One-Year Effects of Vitamin D and Calcium Supplementation on Chronic Periodontitis. *J Periodontol*. 2010; 1.

Henriques C, Telarolli Junior R, Loffredo LCM, Montandon AAB, Campos JADB. Autopercepção das condições de saúde bucal de idosos de município de Araraquara-SP. *Cienc Odontol Bras*. 2007;10(3):67-73.

Organização Mundial da Saúde. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO (Technical Reports Series), 1994.

Pacifici R. Estrogen, cytokines and pathogenesis of postmenopausal osteoporosis. *J Bone Miner Res*. 1996;11(8):1043–1051.

Payne JB, Reinhardt RA, Nummikoski PV, Patil KD. Longitudinal alveolar bone loss in postmenopausal osteoporotic/osteopenic women. *Osteoporos Int*. 1999;10:34-40.

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):897-908.

Tagushi A, Sanada M, Suei M, Ohtsuka M, Nakamoto T, Lee K. Effect of estrogen use in tooth retention, oral bone height, and oral bone porosity in Japanese postmenopausal woman. *Menopause*. 2004; 11(5):556–562.

Yoshihara A, Seida Y, Hanada N, Miyazaki H. A longitudinal study of the relationship between periodontal disease and bone mineral density in community-dwelling older adults. *J Clin Periodontol*. 2004;31(8):680-684.