# SAÚDE ORAL E GRAVIDEZ

## JOSÉ FRIAS-BULHOSA\*

#### RESUMO

Aparvidez é um estado na mulher durante o qual se reconhece uma alta incidência de problemas orais, tornando-se a aboração interdisciplinar cada vez mais necessária, para a manutenção do mais perfeito estado de saúde. Contudo, sem sempre se valoriza o estado de saúde oral da grávida por parte dos médicos assistentes, ou verifica-se que alguns profissionais, evitam sistemáticamente alguns actos médico-dentários ou realizam tratamentos de menor intervenção, desajustados às necessidades da grávida, baseando-se em receios de induzir graves lesões na mãe e no feto. Num memento em que a responsabilização médica é mais exigente ética e deontologicamente, e verificando uma reduzida atualização da literatura nestes domínios, apresento este estudo com o objectivo de revisão dos aspectos fisío-mológicos orais típicos durante a gravidez.

Palayras-Chave: Gravidez, Medicina dentária, Saúde oral.

#### SUMMARY

The odontogenic keratocyst is a cyst that originates from the odontogenic epithelial remains and presents different characteristics from the other cysts, which are its nature of growth, for it reaches great dimensions without manifesting the clinically, and it's relapse potential. The authors carried out a bibliographic review focusing on emphasizing the clinical and radiographic characteristics, and differential diagnosis. It's also discussed the histological characteristics, prognosis, and the several options of treatment.

Kev-Words: Dentistry, Oral health, Pregnancy.

José Frias-Bulhosa. Saúde Oral e Gravidez. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1998; Vol. 39 (4): 233-242.

# INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico que exige do organismo materno um esforço suplementar no sentido de compensar as alterações que se verificam no aparelho cárdiovascular, no aparelho respiratório, no aparelho digestivo e a nível da fisiologia renal. Todas estas alterações são condicionadas em maior e em menor grau pelos hábitos e estilos de vida, pela dieta, pelas alterações hormonais, pela resposta imunoinflamatória e grau de heterogeneidade dos microorganismos presentes.

A abordagem odontoestomatologica na mulher grávida deve ser considerada especial, por um lado quando a grávida apresenta patologia periodontal ou está exposta a factores de risco

<sup>\*</sup> Médico Dentista.

Docente do Dep. Saúde Oral Infantil e Prevenção do I.S.C.S.N.

<sup>(</sup>Genética Oro-Facial e Medicina Dentária Preventiva) Mestrando em Saúde Pública F.M.U.C..

de desenvolvimento de doença periodontal, pois como Offenbacher e colab. (1) demonstraram, é estatisticamente significativo a associação da doença periodontal e a ocorrência de partos pré-termo com baixo peso à nascença. Os autores apresentam valores de odds ratio \* ajustados de 7,9 para todos os casos e de 7,5 para casos ocorridos em primíparas. Por outro lado, a intervenção odontoestomatológica na grávida pode implicar a adopção de determinadas condicionantes técnicas e terapêuticas, limitando de certa forma a acção do profissional uma vez avaliados os riscos de teratogenicidade ou do risco de indução de parto pré-termo.

Segundo um estudo levado a cabo por Goraci e colaboradores<sup>(2)</sup>, 86% dos dentistas visados manifestava receios pelos eventuais danos que a sua intervenção poderia ter na grávida e no feto; aproximadamente só 36% desses profissionais efectivamente realizavam tratamentos.

A patologia periodontal é de longe a que apresenta uma maior taxa de prevalência durante a gravidez, de entre todas as afecções orais. Segundo Sooriyamoorthy e colab.<sup>(3)</sup> a bibliografia apresenta valores entre os 35% e os 100%.

Está descrito por diversos autores <sup>(4-6)</sup> que, ao longo da gravidez, podem surgir problemas orais específicos, nomeadamente nas estruturas periodontais. Com efeito, os especialistas em saúde oral constatam uma crescente necessidade de trocar informações com outros profissionais de saúde que acompanham nas suas especialidades a mulher grávida, no entanto verifica-se o paradoxo de o Boletim de Saúde da Grávida<sup>(7)</sup> editado pela Direcção-Geral da Saúde e distribuído a todas as grávidas que se encontram sob vigilância, não possuir qualquer tipo de referência específica à saúde oral da mulher, antes, durante ou logo após a gravidez.

Por outro lado, raramente uma grávida que se desloque à consulta dentária exibe por sua iniciativa este boletim, através do qual o médico dentista poderá encontrar dados referentes ao estado de saúde da sua paciente e ao estado de desenvolvimento fetal.

# ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS TÍPICAS DA GRAVIDEZ

As alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez são apontadas por alguns autores (8-11) como principais responsáveis pelo aumento dos valores de risco absoluto e risco relativo no que respeita à susceptibilidade de desenvolver inflamação gengival. Apenas 2 a 10% das hormonas circulantes apresentam-se biologicamente activas (forma livre ou não conjungada) e esse facto é suficiente para que permita à hormona penetrar nos tecidos e saliva, fazendo com que os tecidos orais estejam submetidos a altas concentrações de hormona e que dessa forma tornam-se mais sensíveis a qualquer tipo de alteração (12).

Os mecanismos que permitem este tipo de acção não estão de todo esclarecidos, pois não foi claramente demonstrado a existência de receptores estrogénicos e androgénicos nos tecidos periodontais. Os estudos centraram a sua recolha de dados através de métodos como a análise permitida pela ligação de determinadas proteínas a alguns tipos de moléculas (*ligand-binding analysis*)<sup>(13)</sup>, ou a autoradiografia<sup>(14)</sup>, a immunocitoquímica<sup>(15)</sup> e a transcriptase reversa de mRNA na reacção em cadeia da polimerase (RT-PCR)<sup>(16)</sup>.

Jonsson e colab. (17) admitem que mesmo que alguns tipo de estregéneos tivessem a capacidade de alterar alguns parâmetros clínicos e biológicos, este facto seria de modo indirecto, uma vez que não existe evidência directa entre os aspectos clínicos e as quantidades de estrogéneos libertadas.

A produção de estrogéneos e de progesterona durante a gravidez pode obdecer a fases distintas<sup>(18)</sup>, assim, os níveis plasmáticos de estrogéneos e progesterona aumentam pro-

<sup>\*</sup> Odds Ratio - razão de produtos cruzados ou razão de probabilidades de análise de risco relativo, instrumento de cálculo utilizado em estudos de caso-controle, nos quais se avalia o risco de exposição, entre indivíduos que manifestam a doença e aqueles que não se manisfestam

gressivamente, com a particularidade da progesterona atingir o seu valor máximo aproximadamente um mês antes do parto.

A progesterona que é formada durante a graidez, principalmente pela placenta, mas também em menor dimensão pelo corpo lúteo do
vário, vai ter uma acção directa sobre as célusendoteliais, actuando também sobre os mecanismos de síntese das prostaglandinas com a
consequente supressão dos mecanismos de
resposta imune. Os resultados deste tipo de
acção por parte da progesterona são a ocorrência de vasodilatação nos capilares gengivais e
aconsequente aumento do exsudado gengival.

O estradiol, o estriol e a estrona são de entre s vários tipo de estrogéneos identificados na tima da grávida aqueles que se apresentam em maior quantidade. Manson, citado por Rodriguez e colaboradores<sup>(19)</sup>, considera que os strogéneos são responsáveis pela queratinizado do tecido gengival com alterações na camada basal que conjuntamente às alterações asculares verificadas permite que o efeito da bacteriana seja mais marcado.

Está demonstrado que os estrogéneos produmo espessamento das camadas subjacentes
mocosa e do epitélio oral, dando início a um
mocesso de descamação. Para além disso o
mento da vascularização gengival favorece
morragia (20). Por outro lado, a destruição
mastócitos vai induzir um acréscimo verimas proteolíticas durante todo este procesmocos proteolíticas durante todo este procesmocos (21). Isto irá reflectir-se numa diminuição do
mocos proteománio dos agentes anaerómocos (5.22).

Os estudos desenvolvidos por Raber-Durlacher e colab. (23) sobre aspectos imuno-histoquímicos orais típicos na grávida indicam que existe um aumento estatisticamente significativo de células CD1+ (tanto do tipo Langerhans, como as do tipo dendrítico) presentes no epitélio oral sulcular durante a gravidez relativamente ao período post-parto. O número de células CD1+ presentes no epitélio sulcular é naturalmente mais baixo que as presentes no epitélio oral, contudo, verificou-se um diminuição significativa durante a gravidez; o número de células CD3+ presentes no epitélio oral apresentou-se significativamente mais alto durante a gravidez comparativamente ao período post-parto.

Várias bactérias aeróbicas e anaeróbicas colonizam com maior prevalência o sulco gengival, e segundo alguns autores<sup>(23-25)</sup>, a *Prevotella intermedia* terá a capacidade de utilizar a progesterona e o estradiol como estrato essencial de crescimento, em substituição da vitamina K.

Foi demonstrado por Lopatin e colab. (25) que existe no 2º trimestre da gravidez uma diminuição da resposta a alguns antigenes produzidos por colónias típicas, nomeadamente: *S sanguis, P. intermedia, F. nucleatum, A. viscosus e B. ochracoeus.* 

Ojanotko-Harry e colab. (26) admitem que durante a gravidez o facto das células responsáveis pela resposta inflamatória terem uma inibição da sua função, que associada ao aumento de disponibilidade de progesterona activa, as torna factores promotores da formação de placa bacteriana, conduzindo à gengivite.

# CARACTERIZAÇÃO DA PATOLOGIA ORAL HABITUAL NA GRÁVIDA

As alterações orais relatadas durante o período de gravidez incidem mais frequentemente sobre os tecidos periodontais, que podem encerrar em si vários aspectos clínicos, que vão da gengivite marginal<sup>(8,9,27)</sup> até à formação de bolsas periodontais com 4 ou 5mm<sup>(28)</sup>.

Gengivite Gravídica é sem qualquer margem de dúvida a patologia mais frequente, apesar de diferentes estudos indicarem uma variação das taxas de prevalência que vai dos 30% aos 100% (5,19,25). As alterações têm início durante o 2° mês de gestação, atingindo um ponto máximo no 8° mês de gravidez e regista-se a partir desse momento uma involução que se prolonga até ao parto. Imediatamente após este período, o estado clínico da gengiva é semelhante ao do 2° mês de gravidez (19,27,28).

Um dos mais extensos estudos longitudinais

que investigou a gengivite gravídica<sup>(8)</sup> relata que a ocorrência de inflamação gengival é independente da quantidade de placa bacteriana presente.

Segundo Sooriyamoorthy e colab. (3) a gengivite gravídica surge em algumas mulheres como resultante do incremento dos valores na circulação de progesterona e dos efeitos da mesma na microcirculação.

Alguns autores<sup>(21)</sup> admitiram que a destruição dos mastócitos contribui por si só para o incremento da resposta inflamatória tecidular aquando da presença de entidades patológicas locais. A má higiene oral pode ser um dos factores que permite o desenvolvimento da gengivite gravídica.

A predisposição genética ou susceptibilidade para a promoção de hiperinflamação local face a um antigene típico da placa bacteriana pode ser o resultado da presença de um fenótipo positivo à secreção de monócitos (MØ+)<sup>(29,30)</sup> ou alterações dos polimorfonucleares neutrófilos que, ocorridas noutro tipo de mediadores de inflamação, permite que os agentes colonizadores do periodonto, ou seus produtos, ultrapassem a barreira protectora conferida pelas defesas celulares inespecíficas do indivíduo, nomeadamente pelos neutrófilos (31,32).

Enquanto os neutrófilos gengivais conseguirem deter as bactérias e seus produtos, a doença periodontal não ultrapassa a fase da gengivite. Porém, caso isto não ocorra, o processo torna-se-á cíclico pois a presença de produtos antigénicos no sulco gengival vai desencadear resposta imunoinflamatória por parte do hospedeiro, o que resulta numa agressão aos tecidos gengivais, que por sua vez podem induzir à invasão bacteriana do tecido conjuntivo provocada pela ulceração do epitélio da bolsa, acabando por resultar numa exposição sistémica dos produtos bacterianos.

Granuloma Gravídico também designado por tumor gravídico ou épulide gravidica é um lesão de tipo hiperplásico, benigna, que afecta a mucosa oral, apresentando uma estrutura histologicamente semelhante ao granuloma piogénico (Telangiectásico).

O granuloma gravídico afecta no máximo

5% das grávidas. É mais frequente no maxilar superior, com localização preferencial na zona vestibular anterior, começando a surgir a partir do 2° trimestre, podendo atingir um crescimento até próximo dos 2 cm, regredidindo naturalmente ou mesmo desaparecendo completamente após o parto<sup>(19,33)</sup>. Sendo uma lesão benigna e limitada no tempo é contudo importante diagnostica-la e informar a paciente sobre as principais características da lesão que a afecta, alertando a grávida no sentido desta não tomar qualquer tipo de fármaco que não seja prescrito pelo seu médico assistente.

Este tipo de lesão quando excisada durante a gravidez recidiva com frequência, devido ao facto de não ser encapsulada. Uma higiene oral cuidada será a melhor forma de a prevenir, uma vez que, o exame microscópico desta lesão apresentam associações a fragmentos de tártaro da porção mais interna da lesão.

A cárie dentária não parece ter ligação causal, directa, com a gravidez, mas as alterações de pH que ocorrem na saliva podem permitir uma agudização de processos cariosos já existentes ou uma progressão mais rápida da cárie. A atribuição a deficiências ou alterações no metabolismo do cálcio para justificar uma progressão mais rápida de cárie na grávida não tem encontrado qualquer evidência científica(34,35).

Classicamente, considera-se que a mulher grávida tem uma maior apetência por alimentos açucarados, o que implicaria um maior risco de desenvolvimento de patologia oral no caso de não se verificarem as elementares regras de prevenção.

Quando se analisa a dieta da grávida por grupo de alimentos, observa-se que em média existe um aumento de consumo de açucar e mel (65 g/dia) e de pastelaria (70 g/dia)<sup>(19)</sup>.

# ASPECTOS RELACIONADOS COM A CONSULTA DENTÁRIA NA GRÁVIDA

Geralmente durante a gravidez a mulher vive um período em que se mostra bastante interessada por aspectos particulares que rodeiam a gravidez, tornando-se desta maneira receptível a um tipo de informação que a oriente no sentido da preservação e manutenção da sua saúde oral e, até, com a capacidade de assimilar informação que pode vir a repercutir-se na família e na futura educação dos filhos. O médico especialista em saúde oral deverá desempenhar durante este período uma função básica da sua actividade: a educação para a saúde.

O risco de teratogenicidade deve ser avaliado pelo médico em cada acto que realize, quer este tenha uma acção de natureza física (radiação ionizante), uma acção de natureza química administração de fármacos) ou o risco de teratogenicidade seja de natureza biológica (infecção cruzada durante a consulta)

Técnicas Radiológicas - Devem-se utilizar somente em caso indispensáveis para o estabelecimento do diagnóstico e sempre com a utilização de dispositivos protectores de radiação. O risco de efeitos teratogénicos diminui ao longo dos trimestres de gravidez e dependem do tipo de exame efectuado, não sendo conhecidos efeitos nocivos quando a quantidade de radiação empregue é inferior a 10 Rad 36)

O maior risco de exposição a radiação ionizante ocorre quando a mulher não tem conhecimento da gravidez, onde de forma generalizada não são tomadas as devidas medidas de protecção.

Fármacos - A regra geral é de evitar a admistração à grávida de qualquer tipo de fármacos ou drogas, contudo até pelo facto desta poder ser portadora de determinadas patologas, muitas vezes a mulher grávida necessita de ingerir determinados produtos que quando conjugados com outros mais habitualmente prescritos em medicina dentária poderão provocar efeitos adversos.

A capacidade de decisão é importante, por esse facto, torna-se ainda mais necessária a coperação entre os profissionais de saúde que companham a grávida. Se por um lado, a não diministração de fármacos pode conferir alguns aspectos de segurança face a graves rispor outro lado, se essa atitude não for espacionada em função da especificidade de cada caso, poderão ocorrer também compli-

cações graves quer para a mãe, quer para o feto. Insoft e colab. (37) descreveram o caso de uma mulher grávida com hábitos tabágicos que, anteriormente ao parto, foi submetida à drenagem de abcesso oral sem qualquer cobertura antibiótica, estando este acto na origem de sépsia neonatal precoce, provocada por uma estirpe de *Pseudomonas aeruginosa*.

Seguidamente apresenta-se um quadro (Quadro 1) com a descriminação dos medicamentos anti-infecciosos, segundo o risco para o feto e para a mulher grávida.

Os aminoglicósidos podem promover alterações do arco neural fetal e quando administrados próximo do termo da gravidez podem ser responsáveis por diversa patologia renal.

O cloranfenicol e as sulfonamidas podem produzir hémolise nos casos de deficiência de DG6P, levando a icterícia neo-natal devido à imaturidade do mecanismo enzimático no feto e no recém-nascido. O risco aumenta se a sua administração durante a gravidez for próxima do termo.

A eritromicina\* (Quadro 1) é considerado um antimicrobiano provavelmente seguro, contudo na sua forma de estolato de eritromicina está associado a um incremento de risco de hepatite tendo, por esse motivo, uma acção tóxica directa na grávida.

A tetraciclina tem a capacidade de inibir o crescimento e desenvolvimento fetal, podendo ainda ser responsável por aparecimento de cataratas, anomalias congénitas dos membros. A nível oral frequentemente se descrevem pigmentação coronária e hipoplasia do esmalte dentário.

Com respeito a fármacos que tem acção sobre o sistema nervoso cérebro-espinal e que sejam utilizados em medicina dentária, será de salientar que alguns fármacos deste grupo tem bem definidos efeitos teratogénicos sobre o feto, de forma directa ou, indirectamente ao suscitar efeitos e reacções na grávida que afectam o feto. Os **anestésicos gerais** devem ser empregues em meio hospitalar, visto que produzem a perda de consciência o que obrigará a uma monitorização do paciente, estando descritas diversas complicações na grávida e no feto.

#### **ANTIBACTERIANOS**

#### A. PENICILINAS

- 1. Benzilpenicilinas e sucedâneos: penincilina G ou benzilpenicilina, penicilina V e fenoximetilpenicilina, pivmi-cillinam
  - 2. Aminopenicilinas: amixiclina, ampicilina, bacampicilina.
  - 3. Isoxazolpenicilinas: piperacilina.

#### B. CEFALOSPORINAS

- 1. Cefalosporinas de 1ª geração: cefadroxil, cefalexina, cafatrizina, cefazolina, cefradina
- 2. Cefalosporinas de 2ª geração: cefaclor, cefamandol, cefoteta, cefoxitina, cefuroxima
- 3. Cefalosporinas de 3ª geração: cefetamet pivoxil, cefixima, cefotaxima, cefotaxima, ceftazidima, ceftibuteno, ceftizona, ceftrianazona
  - 4. Cefalosporinas de 4ª geração:cefepina
- C. MONOBACTÂMICOS: aztreonam
- D. TIENAMICINAS: imipenem, meropenem
- E. ASSOCIAÇÕES DE PENICILINA COM INIBIDORES DAS fl-LACTAMASES: amoxicilina +ácido clavulânico, piperacilina + tazobactam
- F. CLORANFENICOL
- G.TETRACICLINAS: doxiciclina, minociclina, oxitetraciclina, tetraciclina
- H. AMINOGLICÓSIDOS: amicacina, estreptomicina, gentamicina, kanamicina, netilmicina, tobramicina
- I. MACRÓLIDOS: azitromicina, claritromicina, diacetilmidecamicina, eritromicina, espiramicina, roxitromicina
- J. SULFONAMIDAS E SUAS ASSOCIAÕES: sulfadiazina, sulfadiazina + trimetoprim, sulfametizol, sulfametoxazol + trimetoprim, sulfatiazol
- L. QUINOLONAS: ·cido fusídico, ciprofloxacina, lomefloxacina, norfloxacina, ofloxacina, pefloxacina, rosoxacina
- M. OUTROS ANTIBACTERIANOS E ASSOCIAÕES: clindamicina, espectinomicina, estreptomicina + neomicina, fosfomicina, lincomicina, metronidazol, penicilina G + estreptomicina, rifamicina, rifampicina, teicoplanina, vancomicina
- N. ANTITUBERCULOSOS: estreptomicina, etambutol, isoniazida, pirazinamida, rifampicina ANTILEPRÓTICOS: dapsona

## ANTIFÚNGICOS

cetoconazol, fluconazol, griseofulvina, itraconazol, miconazol, nistatina, terbinafina

### **ANTIVÍRICOS**

aciclovir, amantadina, didanosina (ddI), inosiplex ou isoprinosina, ribavirina, stavudina (d4T), zalcitabina (ddC), zidovudina (AZT)

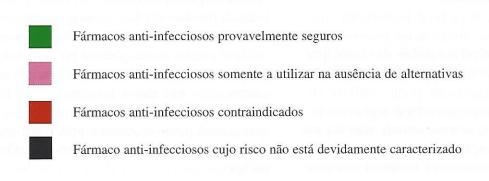
## ANTIPARASITÁRIOS

ANTI-HELMÍNTICOS: albendazol, flubendazol, mebendazol, piperazina, pirantel

ANTIMALÁRICOS: cloroquina, halofantrina, hidroxicloroquina

OUTROS ANTIPARASITÁRIOS: metronidazol, ornidazol, pentamidina, seconidazol, tinidazol

Quadro 1 - Classificação dos fármacos anti-infecciosos, segundo a segurança estabelecida para a administração à mulher grávida.



Os anestésicos locais administrados em mulheres grávidas e pertencentes ao grupo dos ésteres são mais frequentemente responsáveis por reacções alérgicas do que os pertencentes ao grupo das amidas. Está identificada uma alergia cruzada entre os anestésicos locais do tipo ésteres e as sulfamidas, algumas fenotiazinas e corantes. Devido ao facto dos anestésicos locais utilizados em medicina dentária ultrapassarem a barreira placentária, deve ser tido em conta a possibilidade de indução de alterações do SNC de feto. Igualmente, deverse-á evitar o emprego de vasoconstrictores associados a anestésicos locais, por uma lado, pela possibilidade de afectar o fluxo placentar, por outro, estes vasoconstritores são, com frequência, dotados de propriedades \alpha miméticas e  $\beta$  miméticas, provocando em algumas situações vasoconstrição generalizada, hipertensão, arritmias e dor anginosa<sup>(38)</sup>.

A utilização de anestesia local tópica pode ser utilizada na grávida, tomando-se os cuidados habituais da sua utilização noutro tipo de pacientes.

No Quadro 2 apresenta-se a caracterização do risco recorrente do emprego de anestésicos gerais e locais, no decorrer dos trimestres de gravidez.

Os relaxantes musculares disponiveis podem-se apresentar sob a forma de comprimidos, injectáveis ou pomadas. As formas orais ou injectáveis devem ser evitadas no último trimestre da gravidez, e quando aplicadas noutro períodos da gravidez pode provocar abortamentos expontâneos. Às formas tópicas não estão associadas complicações específicas para a grávida ou para o feto.

Dentro do grupo dos **anticonvulsivantes** a carbamazepina, fármaco de eleição no tratamento da nevralgia do trigémio, sendo um barbitúrico de longa duração, pode produzir situações incompatíveis com a gravidez, tais como efeitos antidiuréticos, leucopénia e anemia aplástica, sedação, inibição de transmissão neuromuscular e relaxamento muscular.

Do grupo dos **analgésicos e antipiréticos** sabe-se que a ácido acetilsalicílico pode estar directamente relacionado com o encerramento prematuro do canal arterial, prolongamento da gravidez e do parto, bem como hemorragias na mãe, feto e nascituro após parto; quando administrado no último trimestre.

O grupo dos **AINE**'s é bastante heterogéneo e a sua aplicação é controversa entre os clínicos orais, quer devido aos efeitos secundários relatados quer devido às possiveis interacções medicamentosas. A sua prescrição deve-se pelo interesse em impedir ou reduzir os efeitos da reacção inflamatória.

Em saúde oral, alguns clínicos por vezes recorrem a antieméticos, particularmente teratogénicos no período da organogénese. Normalmente as náuseas e vómitos presentes no início da gravidez regridem espontaneamente ou após correcções dietéticas.

Na abordagem clínica a alguns grupos de pacientes, poderá ser útil o recurso a psicofármacos e sedativos, contudo devido aos efeitos secundários possiveis, deverá o clínico adaptar a sua intervenção de forma a minimizar as complicações para a mãe e feto.

Tratamentos Dentários - As consultas devem ser o mais breves possíveis, uma vez que as mesmas podem estar associadas a estados

Fármaco	1º trimestre	2º trimestre	3° trimestre
lidocaína	Sim	Sim	Sim
mepivacaína	Não	Não	Não
articaína	Sim	Sim	Sim
prilocaína	Não	Não	Não
bupivacaína	Sim	Sim	Sim
etidocaina	Sim	Sim	Sim
anestésicos gerais	Não	Não	Não

Quadro 2 - Risco recorrente do emprego de anestésicos ao longo da gravidez

desencadeantes de ansiedade e de stress e, pelo facto de ser de todo desaconselhavel submeter a grávida (principalmente no 3º trimestre) a prolongadas posições de supino, sendo preferível optar sempre que possivel por posições semi-flectidas.

Alguns autores indicam que apenas os tratamento dentários de urgência devem ser realizados neste período, contudo consideramos que esta regra não deverá ser de todo estrita uma vez tomadas as devidas precauções.

A motivação à higiene oral e condutas preventivas devem ser particularmente valorizadas pelo médico junto destas pacientes.

Apesar de vários estudos (39-51) realizados ao longo dos anos, presentemente, em algumas esferas científicas (46-48), ainda não está de todo esclarecida a possibilidade de as amálgamas dentárias serem uma fonte de intoxicação e de citotoxicidade para quem com elas tem contacto, neste caso particular, constítuirem um factor de risco para a grávida e eventualmente para o feto, pelo facto de incorporarem o elemento mercúrio.

Efectivamente certos autores(41-50) investigaram os possíveis efeitos na reprodução humana, que poderiam apresentar os indivíduos expostos ao agente químico - mercúrio. Alguns verificaram que a fertilidade diminui em função do período de exposição a esse elemento, bem como, que a percentagem de aparecimento de aberrações cromossómicas (deleções, translocações e inversões), de aborto ou de prematuridade é superior nos indivíduos expostos comparativamente aos indivíduos não expostos. Só que estes estudos foram realizados sob o ponto de vista de risco ocupacional de intoxicação pelo mercúrio (hidrargirismo)(41-44,49,50), em que os níveis de exposição serão superiores aos níveis que eventualmente tenham origem nas amálgamas dentárias(45-48,51). M. J. Vimy e colab.(51) calcularam que, em média, a dose diária de mercúrio seria de 20 microgramas, para indivíduos com restaurações a amálgama.

A caracterização laboratorial dos níveis séricos de mercúrio, nos casos de intoxicação são, numa fase assintomática, superiores a 180 nmol/l (> 3,5 µg/dl), onde o nível de mercúrio

na urina será superior a 0,7  $\mu$ mol/l (> 150  $\mu$ g/l). Num estadio superior onde os sinais e sintomas são evidentes os níveis séricos são superiores a 1  $\mu$ mol/l e os valores da concentração de mercúrio presente na urina é superior a 3  $\mu$ mol/l(51,52).

## CONCLUSÃO

A medicina maternofetal deve, por natureza, ser essencialmente preventiva. A intervenção médica na grávida deve obdecer a estes princípios. Contudo, prevenir a doença na gestante deveria pressupor uma intervenção numa fase muito precoce da concepção. Idealmente na fase de pré-concepção.

A promoção da saúde oral e a prevenção das doenças buco-dentárias deve-se estabelecer ao longo de toda a vida dos indivíduos. Esta visão generalista e sanitarista, deve ter em linha de conta os condicionalismos inerentes a cada situação específica na qual o indivíduo se insere e segundo os seus hábitos e comportamentos.

A redução nas taxas de mortalidade e morbilidade materna e fetal ou neonatal verificada em muitos países em desenvolvimento é evidente. Será muito difícil separar o contributo especificamente médico do devido à melhoria geral das condições de vida, nutrição e higiene das comunidades; um melhor nível sócio-económico pressupõe melhores serviços de saúde e uma sua utilização mais assídua e correcta. Contudo existem ainda alguns condicionalismos, baseados em razões objectivas e subjectivas que nos levam a pensar, que ainda há imenso por fazer e corrigir, nomeadmente no âmbito da saúde oral.

A alienação de uma franja da população de grávidas que reaje da pior forma a imposições e normas pouco adaptadas à sua situação, grupo no qual podemos encontrar os maiores riscos gestacionais e perinatais, deve moldar a acção do médico dentista de forma a encontrar uma plataforma que se enquadre com as características das destinatárias e não tente obrigar as grávidas à medida das necessidades dos actos clínicos e dos serviços de saúde.

A intervenção médica dentária na grávida

deve obdecer a parâmetros de conduta que permanentemente avaliem os diferentes riscos quer para a saúde materna quer para o feto. O período de formação do profissional de saúde oral deve creditar uma plena confiança na análise de risco e utilidade dos diferentes actos clínicos e capacidade de valorizar especificamente essa intervenção em cada grávida. A não intervenção na paciente por motivo da sua gravidez, fundamentada em receios abstratos, na falta de prática clínica ou na simples incapacidade técnica de assegurar medidas elementares de prevenção, é, cada vez mais, reprovável e passível de responsabilização nos domínios éticos e deontológicos.

# **BIBLIOGRAFIA**

- 1. Offenbacher S, Katz ., Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G, McKaig R, Beck J Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J. Periodontol. 1996. 67: 1103-13.
- 2. Goracci G, Gagliardi S, Grimaldi G, Marziale G Prevenzione odontoiatrica in gravidanza.Indagine statistica su 150 gestanti. Dental Cadmos. 1986. 2: 67-72.
- 3. Sooriyamoorthy M, Gower DB Hormonal influences on gingival tissue: relationship to periodontal disease; J. Clin. Periodontol. 1989; 16: 201-8.
- 4. Carranza FA Influências endocrinologicas na etiologia da enfermidade periodontal. In: Periodontia Clínica de Glickman. Ed. Interamericana. Philadelphia; Cap. 29. 6ª ed.1985. p458-73.
- 5. Masoni S, Panattoni E, Rolla P, Rossi M, Giuca MR Problematiche odontoestomatologiche connesse alla gravidanza. Un'indagine statistica. Minerva Stomatol; 1991; 40 (12): 791-96.
- 6. Penin AS, Bermudez MJM Salud bucodental y embarazo; Rev. Actualidad Odontoestomatol. Española; 1991; 400: 57-62.
- 7. Ministério da Sáude; Direcção-Geral da Saúde; Boletim de Saúde da Grávida. D.L. 66621/93
- 8. Hugoson A Gingival inflammation and female sex hormones. A clinical investigation of pregnant women and experimental studies in dogs. J. Periodont. Res. 1970; 5 (suplem): 7-18.
- 9. Arafat AH Periodontal status during pregnancy. J. Periodontol. 1974; 45: 641-43.
- 10. Stamm JW Epidemiology of Gingivitis. J. Clin.

Periodontol. 1986; 13: 360-66

- 11. Mombelli A, Gusberti FA, Van Oosten MAC Lang N.P.. Gingival health and gingivitis development during puberty. A 4-year longitudinal study. J. Clin. Periodontol. 1989. 16: 451-56.
- 12. Partridge WM Transport of protein-blund hormones into tissues in vivo. Endocine Reviews. 1981. 55: 1371.
- 13. Southren AL, Sydney CR, Gary GG, Vittek J Specific 5a-dihydrotestosterone receptors in human gingiva. J. Clin. Endocrinol. Metab. 1978. 47: 1378-82.
- 14. Vittek J, Hernandez MR, Wenk EJ, Rappaport SC, Southren AL Specific oestrogen receptors in human gingiva. J. Clin. Endocrinol. Metab. 1982. 54: 608-12.
- 15. Ojanotko-Harry A.O., Forsell H., Laine M., Hurttia H., Blauer M., Tuohimaa P.. Immunohistochemical detection of androgen receptors in human oral mucosa. Archs Oral Biol. 1992. 37: 511-14.
- 16. Parkar M.H., Newman H.N., Olsen I.. Polymerase Chain Reaction analysis of oestrogenand androgen receptor expression in human gingival and periodontal tissue. Archs Oral Biol. 1997. 41:979-83.
- 17. Jonsson R, Howland BE, Bowden GHW Relationships between periodontal health, salivary steroids, and Bacteroides intermedius in males, pregnant and non-pregnant women. J. Dent. Res. 1988. 67: 1062-69.
- 18 Moniaci D, Vercellino G, Lojacono A, Crupi VM, Garavelli M.. Gengiviti gravidiche. Minerva Stomatol. 1990. 39: 785-88.
- 19. Rodriguez JL., Machuca G, Machuca C, Rios J., Velasco E, Martinez-Sahuquillo A, Bullon P Consideraciones sobre el tratamiento odontologico integrado en la paciente gestante; Rev. Europea Odontoestomatol. 1996; 8 (2): 73-80.
- 20.Mohamed A, Waterhouse J, Friederich H The microvascularization of the rat gengiva as effected by progesteron. An ultrastructural study. J. Periodontol. 1974, 45:50.
- 21. Lindhe J, Branemark PI Changes in microcirculation after local application of sex hormones. J. Periodont. Res. 1967. 2: 185.
- 22. Devalle GF, Marini R, Berutti E L'acidità salivare come indice della malattia parodontale nella gravidanza. Minerva Stomatol. 1987. 36: 453-59.
- 23. Raber-Durlacher JE, Leene W, Palmer-Bouva C.C.R., Raber J., Abraham-Inpijn L Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: Immunohistochemical aspects. J. Periodontol. 1993. 64: 211-18.

- nunogenicus and Bacterioides gingivalis. Infect. Imun. 1982. 35: 256-63.
- 25. Lopatin DE, Kornman KS, Loesche WJ modulation of inmunoreactivity to periodontal disease-associated microorganism during pregnancy. Infect. Immun. 1980. 28: 713-18.
- 26. Ojanotko-Harry AO, Harri MP, Hurttia HM, Sewon LA Altered tissue metabolisme of pregesterone in pregnancy gingivitis. J. Clin. Periodontol. 1991. 18: 262-66.
- 27. Lîe H, Silness J Periodontal Disease in Pregnancy.I. Prevalence and Severity. Acta Odontol. Scand. 1963.21: 533-51.
- 28. Miyazaki H, Yamashita Y, Shirahama R, Goto-Kimura K, Shimada N, Sogame A, Takehara T Periodontal condition of pregnant women assessed by CPITN . J. Clin. Periodontol. 1991. 18: 751-54
- 29. Offenbacher S, Collins JG, Arnold RR -New clinical diagnostic strategies based on patho*genesis* of dis*ease*. J. Periodont. Res. 1993. 28: 523-35.
- 30. Beck JD, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S.. Periodontal disease and Cardiovascular disease. J. Periodontol. 1996. 67: 1123-37.
- 31. Genco RJ, Van Dyke TE, Levine MJ, Nelson RD, Wilson ME Molecular factors influencing neutrophil defects in periodontal disease. J. Dent. Res. 1986. 65: 1379-91.
- 32. Hart TC Genetic considerations of risk in human periodontal disease. Cur. Opin. Periodontol. 1994. 2:3-11.
- 33. Sills ES, Zagarelli DJ, Hoschander MM, Strider WE Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor. J. Reprod. Med. 1996. 41: 467-70.
- 34. Sider ME The role of calcium in preventive dentistry. Dent. Assist. 1989. 58: 11-14.
- 35. Rudney JD Does variability in salivary protein concentrations influence oral microbial ecology and oral health? Critical. Rev. Oral Biol. Med. 1995. 6: 343-67.
- 36. Cardoso C Pós-Graduação em Genética Clínica. Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa. Comunicação Pessoal. Lisboa. 1994.
- 37. Insoft RM, Sola A Perinatally acquired Pseudomonas infection: a newly recognized maternal risk factor. Am J. Perinatology. 1995. 12: 25-6.
- 38. Reis Jr J Medicamentos do sistema nervoso cérebro-espinal. In: Guia nacional de medicamentos. Citécnica ed. Lisboa. 1998. p185-228.
- 39. Carrilho EVP A utilização do mercúrio em dentis-

- teria operatória: análise crítica bibliográfica. Rev. Port. Estomatol. Cir. Macilofac. 1995. 36(3,4):133-48,175-201.
- 40. Brown LH Dental amalgam: Designs for research in humam populations. J. Am. Dent. Assoc. 1991. 122: 73-7.
- 41. Ritchie KA, MacDonald EB, Hammersley R e col. A pilot study of the effect of low level exposure to mercury on the health of dental surgeons. Occup. Environ. Med. 1995. 52: 813-7.
- 42. Morris NH Mercury levels in dentists of reprodutive age. Br. Dent. J. 1995. 179: 47.
- 43. Magos L.. Epidemiological studies of paternal exposure and spontaneous abortion. Am. J. Ind. Med.. 1995. 27: 607-10.
- 44. Rowland AS, Baird DD, Weinberg CR e col The effect of occupational exposure to mercury vapour on the fertility of female dental assistants. Occup. Environ. Med. 1994. 51: 28-34.
- 45. Scully C Foetotoxic effects of mercury vapor from dental amalgams. Br. Dent. J. 1989. 167: 332.
- 46. Larsson KS Teratological aspects of dental amalgam. Adv. Dent. Res. 1992. 6: 114-19.
- 47. Larsson KS, Sagulin GB Placental transfer of mercury from amalgam. The Lancet. 1990. 336: 1251.
- 48. Larsson KS The dissemination of false data through inadequate citation .J. Intern. Med. 1995. 238: 445-50.
- 49. Anttila A, Sallmen M Effects of parental occupational exposure to lead and other metals on spontaneous abortion. J. Occup. Environ. Med. 1995. 37: 915-21.
- 50. Anwar WA, Gabal MS Cytogenetic study in workers occupationally exposed to mercury fulminate. Mutagenesis. 1991. 6: 189-92.
- 51. Vimy MJ, Lorscheider FL Serial measurements of intra-oral air mercury: estimation of daily dose from dental amalgam. J. Dent. Res.. 1985. 64: 1072-75.
- 52. Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher K.J., Petersdorf R.G., Martin J.B., Fauci A.S., Root R.K.. Intoxicação e seu tratamento intoxicação por metais pesados. In: Harrinson's Princípios de Medicina Interna. McGraw Hill ed. Cap. 28. 12ª ed. Lisboa. 1993. p112-30.