

CREMES DENTAIS INFANTIS: UM ENFOQUE PARA O MÉDICO PEDIATRA CHILDREN'S TOOTHPASTES: AN UPDATE FOR THE PEDIATRICIAN

Marcos Roberto Tovani Palone¹, Thaieny Ribeiro da Silva², Gisele da Silva Dalben³

RESUMO

A partir do nascimento, a cavidade bucal dos lactentes passa a ser colonizada por microrganismos. Os cuidados com a higiene bucal devem ser instituídos assim que ocorre a concepção da criança. A quantidade de flúor nos cremes dentais infantis é um assunto bastante discutido. A recomendação universal é a de se utilizar uma pequena quantidade de creme dental (0,3 g/semelhante ao tamanho de uma ervilha) para cada escovação.

Descritores: cremes dentais; flúor, fluorose dentária.

ABSTRACT

From birth, the infant oral cavity becomes colonized by microorganisms. The care of oral hygiene should be instituted as soon as the child's conception occurs. The amount of fluoride in children's toothpastes is a very controversial subject. The general recommendation is to use a small amount of toothpaste (0.3 g/similar to the size of a pea) for each brushing.

Key-words: toothpastes; fluorine; dental fluorosis.

A partir do nascimento, a cavidade bucal dos lactentes passa a ser colonizada por microrganismos provenientes do contato com o meio externo, ou seja, do próprio contato materno e com o meio ambiente.¹ Inicialmente, *Streptococcus oralis*, *S. mitis* e *S. Salivarius* são os estreptococos predominantes que colonizam a cavidade bucal de lactentes durante os primeiros dias de vida; e após a irrupção dos primeiros dentes decíduos, entre um e dois anos de idade, ocorre a colonização por dois outros membros, *S. sanguinis* e *S. mutans*. Estes primeiros colonizadores desempenham um papel de notória importância no mecanismo de defesa infantil, ao estimular o desenvolvimento do sistema imunológico em bebês.²

Os microrganismos presentes na cavidade bucal podem causar uma série de doenças de natureza infecciosa, com destaque para a cárie dentária, doença periodontal, acometimentos endodônticos, além de alveolite e amigdalite.^{3,4}

Os cuidados com a higiene bucal devem ser instituídos, portanto, assim que ocorre a concepção da criança. Nesta fase, onde a dentição está em processo de formação, sem que haja nenhum dente irrompido na cavidade bucal, já passa a ser indicada a higienização bucal com o auxílio de gaze embebida em soro fisiológico ou água filtrada, que enrolada firmemente ao dedo indicador da mão dos pais ou cuidadores, deve ser suavemente passada por todas as superfícies bucais sem exclusão da língua.

Atualmente, as medidas preventivas de cunho odontológico têm sido bastante utilizadas e disseminadas de maneira contraditória ou até mesmo errônea pela mídia, com ênfase na propaganda de cremes dentais dirigidos ao público infantil.

De acordo com o protocolo do Setor de Odontopediatria e Saúde Coletiva do Hospital de Reabilitação de Anomalias

Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC/USP), entre os seis e nove meses de idade, ao irromper o primeiro dente na cavidade bucal, já passa a ser necessário o uso de creme dental.

A quantidade de flúor nos cremes dentais infantis é um assunto bastante discutido. A ingestão de quantidade excessiva de flúor antes de a criança completar cinco anos de idade pode resultar em uma patologia, a qual ocasiona defeitos no esmalte dentário durante o processo de formação dos dentes, denominada fluorose dentária. Este agravo, com período crítico entre o 3º e 4º anos de vida, apresenta-se clinicamente de maneira variável, de acordo com a severidade de cada caso, com coloração desde a esbranquiçada até tons mais escuros, tendendo ao castanho (Figura 1),⁵ sendo caracterizado por alterações estruturais no esmalte, tomando-o hipomineralizado, com áreas hipoplásicas nos casos mais severos.^{6,7}

Ressalta-se ainda, o risco de intoxicação, em razão da ingestão crônica de flúor por crianças. Neste caso os pais devem ficar bastante atentos quanto ao término do conteúdo do creme dental em período bastante inferior ao esperado.

Recentemente, um trabalho de revisão de literatura publicado⁸ traz evidências de que o aumento do risco para desenvolvimento da fluorose dentária em crianças menores de 12 meses é extremamente pequeno ou praticamente inexistente e mesmo para crianças mais velhas os resultados seriam equivalentes.

Além disso, a utilização de creme dental sem flúor ou contendo flúor em baixas concentrações acarreta a perda da propriedade anticariogênica, além de não existir um único estudo sequer comprovando que esta recomendação implica na manutenção de crianças livres de fluorose, ou mesmo na redução dos riscos de ocorrência, considerando a existência do flúor em outras fontes, como nas águas de abastecimento público, alimentos e bebidas.⁹

Assim, ao indicar um creme dental não fluoretado para crianças de pouca idade, não apenas o profissional se está privando do efeito preventivo do fluoreto, mas também não necessariamente se está protegendo da fluorose, já que outras fontes de fluoreto podem ser responsáveis pelo desenvolvimento desta alteração.⁹

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 3, p. 109-110, 2014

1. Especialista em Odontopediatria, mestrando em Ciências da Reabilitação no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil.

2. Especialista em Odontopediatria, mestra em Ciências da Reabilitação, doutoranda em Ciências da Reabilitação no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil.

3. Especialista em Odontopediatria, mestra em Ciências da Reabilitação, doutora em Patologia Bucal, Cirurgiã-dentista do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil.

Recebido em 26/4/2014. Aceito para publicação em 8/8/2014.

Contato: marcos_palone@hotmail.com

Outro agravamento do creme dental dirigido ao público infantil refere-se ao sabor agradável com elevado potencial de estimular sua ingestão, com base em conduta não educativa, de forma a dificultar em etapas futuras a orientação ao uso adequado do creme dental como um produto destinado para a higiene bucal e não como um alimento que pode ser utilizado livremente e de maneira indiscriminada pela criança.⁹

Desta maneira, pensando numa forma eficiente e educativa de minimizar o risco de fluorose dentária pelo uso de cremes dentais fluoretados por crianças de pouca idade, a recomendação universal é a de utilizar uma pequena quantidade de creme dental (0,3 g/semelhante ao tamanho de uma ervilha) para cada escovação. Tal recomendação baseia-se no princípio de que quando se reduz a quantidade de creme dental aplicado na escova, está sendo reduzida a dose de exposição sistêmica ao fluoreto, sem que haja um grande comprometimento do seu efeito preventivo, considerando que o creme dental esteja sendo utilizado de maneira adequada, restrito à cavidade bucal da criança.^{9,10}

A orientação no caso de bebês, que por sua vez têm menor massa corporal e para os quais há uma maior preocupação em relação à dose de exposição, recomenda-se a utilização de quantidades mínimas de creme dental, apenas para os que apresentam dentes irrompidos na cavidade bucal.

É importante também que as escovações sejam realizadas após as refeições, visto que a presença de alimento no estômago reduz a absorção do fluoreto ingerido indevidamente.^{9,10}

Lançando mão dessas duas medidas, os profissionais podem ter segurança da indicação de cremes dentais fluoretados, independentemente da idade da criança. Contudo, para o médico pediatra, um profissional de grande vínculo com o público infantil, torna-se de grande valia o incremento em seus conhecimentos acerca da indicação correta do uso de cremes dentais infantis a fim de contribuir de maneira diferenciada na promoção de saúde deste público-alvo.



Figura 1. Presença de manchas acastanhadas nos incisivos centrais superiores. Fonte: Viegas *et al.*⁵

Obs.: figura em cores disponível na versão *on-line* desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcm>).

REFERÊNCIAS

1. Palone MRT. Fatores modificadores da microbiota gastrointestinal e sua relação com malformações craniofaciais. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2014;16(2):107-8.
2. Marsh PD. Oral ecology and its impact on oral microbial diversity. In: Kuramitsu HK, Ellen RP, editores. *Oral bacterial ecology: the molecular basis*. Norfolk, England: Horizon Scientific; 2000. p. 11-65.
3. Palone MRT, Silva TR, Vieira NA, Dalben GS. Microbiota do trato gastrointestinal de crianças com fissura envolvendo o palato. *Microbiol Foco*. 2013; 5:11-8.
4. Palone MRT, Silva TR, Vieira NA, Dalben GS. A importância do controle da microbiota bucal e uso de biomaterial em cirurgias de enxerto alveolar secundário nos pacientes com fissura labiopalatina. *Investigação*. 2013;13(2):19-23.
5. Viegas CM, Scarpelli AC, Novaes Júnior JB, Paiva SM, Pordeus IA. Fluorose dentária: abordagens terapêuticas para recuperação estética. *Rev Gaúcha Odontol*. 2011;59:497-501.
6. Neville BW. *Patologia oral e maxilofacial*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
7. Horowitz HS. Index of measuring dental fluorosis. *J Public Health Dent*. 1986; 46:179-83.
8. Wong MC, Glenn AM, Tsang BW, Lo EC, Worthington HV, Marinho VC. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children. *Cochrane Database Rev Syst*. 2010; (1):CD007693.
9. Tenuta LMA, Cury JA. Fluoride: its role in dentistry. *Braz Oral Res*. 2010;24:9-17.
10. Tenuta LMA, Chedid SJ, Cury JA. Uso de fluoretos em Odontopediatria: mitos e evidências. In: Maia LC. *Odontologia integrada na infância*. São Paulo: Santos; 2012. p. 153-77.