



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

INGRID GULIAS R. DE FREITAS

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE PESSOAS COM ACROMEGALIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador
2016

INGRID GULIAS R. DE FREITAS

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE PESSOAS COM ACROMEGALIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Orientador (a): Profa. Dra. Marta Menezes

Coorientador (a): Profa. Dra. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

Salvador
2016

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Cabula da EBMSP

F862 Freitas, Ingrid Gulias R. de
Condições de saúde bucal de pessoas com acromegalia. / Ingrid Gulias R.
de Freitas. – Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2016.

44 f.

Dissertação (mestrado) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Requisito para obtenção de título de Mestre em Tecnologia em saúde,
2016.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª Marta Menezes

Co-orientação: Prof^ª Dr^ª Liliane Elze Falcão Kusterer

1. Acromegalia. 2. Saúde bucal I. Menezes, Marta. II. Kusterer,
Liliane Elze Falcão III. Escola Bahiana de Medicina e Saúde. IV.
Título.

CDU: 616.314

FREITAS, I. G. R. de. Condições De Saúde Bucal De Pessoas Com Acromegalia.
Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do
Título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Aprovado em 26 de Fevereiro de 2016:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Antônio de Almeida Matos

Titulação: Doutor em Ortopedia e Traumatologia, pela Universidade de São Paulo.

Instituição: Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

Profa. Dra.: Kátia Nunes Sá

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde Humana, pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública.

Instituição: Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

Profa. Dra.: Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

Titulação: Pós-Doutora em Medicina e Saúde Humana, pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública.

Instituição: Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa. Marta Menezes, pela atenção, motivação e carinho em todos os momentos da realização do meu estudo.

Agradeço aos professores do Mestrado, aos funcionários da Escola e aos meus colegas de turma, pelo crescimento profissional e pessoal.

Agradeço ao CEDEBA, não somente pela possibilidade de realização da pesquisa, mas também pela boa vontade de todos os funcionários da instituição, sempre solícitos, fiquei impressionada com organização do serviço, que reflete a dedicação de todos os funcionários. E especialmente à Dra. Flávia, médica responsável pelo ambulatório de acromegalia do CEDEBA, por ter sido tão receptiva e por ter contribuído para a elaboração do projeto como revisora.

Agradeço aos pacientes, pois sem eles a realização deste estudo não seria possível. A minha intenção foi, mesmo que indiretamente, contribuir para melhorar o entendimento da doença relacionado à minha área de atuação.

Agradeço à minha filha por ser a razão da minha vida, por ser minha maior motivação para seguir sempre adiante.

RESUMO

Introdução: A acromegalia é uma doença sistêmica crônica causada pela produção excessiva do hormônio do crescimento (GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo I (IGF-I). É uma doença rara e insidiosa, com frequente atraso no diagnóstico, pelo não reconhecimento das características clínicas da doença. Alterações orofaciais, na região de cabeça e pescoço, são manifestações típicas da acromegalia. O cirurgião-dentista pode ser um dos primeiros profissionais de saúde a ter contato com esses indivíduos, contribuindo para o diagnóstico precoce da doença. **Objetivo:** Avaliar as condições de saúde bucal de pessoas com acromegalia numa feira de saúde. **Material e método:** Trata-se de um estudo de série de casos de pacientes portadores de acromegalia atendidos numa feira de saúde. Foram utilizados como instrumentos de avaliação um questionário auto-aplicativo contendo perguntas relacionadas às condições socioeconômicas, segundo metodologia proposta pelo Projeto SBBrazil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, e uma ficha clínica para avaliação das condições de saúde bucal por meio do Índice de Condição Dental – CPO-D, metodologia proposta pela OMS. **Resultados:** No presente estudo foi observado: a média CPO-D foi de $18,9 \pm 8,3$; presença de doença periodontal em 30,8%; necessidade de uso de prótese foi de 86,7% e frequência considerável para distúrbios de espaço e oclusão, 54,3% e 26,7% respectivamente. **Conclusões:** os participantes com acromegalia avaliados apresentaram precária condição de saúde bucal. A perda dentária foi significativa entre os participantes, demonstrando a necessidade de tratamento reabilitador através de próteses dentárias.

Palavras-chave: Acromegalia. Manifestações orais. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Introduction: Acromegaly is a chronic systemic disease caused by the excessive production of the growth hormone (GH) and the Insulin-like growth factor 1 (IGF-1). It is a rare and insidious disease, with frequent delay on the diagnosis caused by the non-recognition of the clinical characteristics of the disease. Orofacial changes, on areas like head and neck, are typical manifestations of Acromegaly. The dental surgeon can be one of the first healthcare professionals to get in touch with these individuals, contributing to a forward diagnosis of the disease. **Objective:** To evaluate the oral health conditions of the Acromegaly carriers on a health fair. **Material and method:** It is a study of number of cases of patients carrying Acromegaly attended on a health fair. It has been used as evaluation instruments a self-applicative questionnaire containing questions related to the socioeconomic conditions, according to the methodology proposed by the Projeto SBBrazil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, and a medical record to evaluate the oral health conditions through the Índice de Cárie Dentária – CPO-D, methodology proposed by OMS. **Results:** On the current study it was observed: The CPO–D average was $18,9 \pm 8,3$, the presence of the periodontal disease was 30,8%, the need of using prosthesis was 86,7% and considerable frequency to space and occlusion disturbs, 54,3% e 26,7% respectively. **Conclusions:** The evaluated Acromegaly carriers presented precarious oral health. The tooth loss was significant between the patients, demonstrating the need of rehabilitation treatment through daily dental prosthesis.

Keywords: Acromegaly. Oral manifestations. Oral health.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Sinais e sintomas associados à acromegalia	15
Quadro 2 – Recomendações para o diagnóstico de acromegalia	16
Quadro 3 – Alterações orofaciais associadas à acromegalia	20
Tabela 1 – Descrição geral dos pacientes portadores de acromegalia estudados, considerando idade, sexo, ano de diagnóstico, tipo de tratamento e comorbidades apresentadas	25
Tabela 2 – Caracterização socioeconômica da família dos participantes do estudo (número de pessoas, número de cômodos e bens na residência) e nível de escolaridade	26
Tabela 3 – Avaliação de saúde bucal	27
Tabela 4 – Anormalidades dentofaciais dos pacientes, participantes do estudo, portadores de acromegalia	27
Tabela 5 – Morbidade Bucal Referida e Uso de Serviços por pacientes portadores de Acromegalia, participantes do estudo, de acordo com o questionário socioeconômico	28
Tabela 6 – Autopercepção e Impactos em Saúde Bucal por pacientes portadores de Acromegalia, participantes do estudo, de acordo com o questionário socioeconômico	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	Articulação temporomandibular
CEDEBA	Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPO-D	Índice de Condição Dental
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes
DP	Desvio Padrão
DTM	Disfunção temporomandibular
FA	Face acromegálica
GH	Hormônio do crescimento
G	Gigantismo
HAS	Hipertensão arterial
IGF-I	Fator de crescimento semelhante à insulina tipo I
IGFBP3	Proteína ligadora da IGF-I
IQ	Intervalo interquartil
N	Neuropatia
OHO	Orientação de higiene oral
OMS	Organização Mundial de Saúde
OT	Osteoporose
PMD	Ansiedade e/ou depressão
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

T	Doença da tireoide
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TOTG	Teste oral de tolerância à glicose
TB	Tumor benigno

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVO	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1 Acromegalia - Doença Rara	13
3.2 Sinais e sintomas associados à acromegalia	14
3.3 Diagnóstico	15
3.4 Tratamento	16
3.5 Manifestações Orofaciais	17
3.6 Autopercepção	20
4. MATERIAL E MÉTODOS	22
4.1 Desenho de estudo e população	22
4.2 Amostragem e Critérios de Elegibilidade	22
4.3 Instrumentos e Procedimentos de Coleta	22
4.4 Aspectos Éticos	23
5. ANÁLISE DOS DADOS	24
6. RESULTADOS	25
7. DISCUSSÃO	30
8. LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	32
9. CONCLUSÕES	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

Acromegalia é uma doença sistêmica crônica causada pela produção excessiva do hormônio do crescimento (GH) e do fator de crescimento semelhante à insulina tipo I (IGF-I). Em 80% dos casos, a doença é decorrente de um adenoma hipofisário que secreta GH. A doença pode ser diagnosticada em qualquer idade, contudo é mais comum entre 30 e 50 anos, não havendo preferência por gênero.^{1,2}

A Acromegalia quando não tratada, leva a graves complicações cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e neoplásicas.^{2,3} É considerada uma doença insidiosa; isso é justificado pelo frequente atraso no diagnóstico da doença, cerca de oito a dez anos após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, além do não reconhecimento das características clínicas tanto por parte da população geral quanto pelos profissionais de saúde. Esse atraso significativo no diagnóstico determina elevada morbimortalidade.⁴⁻⁷

Os cirurgiões-dentistas podem ser os primeiros profissionais de saúde a serem consultados por pacientes portadores de acromegalia. Esses profissionais devem ter o conhecimento das manifestações clínicas da doença para auxiliar no diagnóstico precoce dessa doença.^{8,9} Alterações orofaciais, na região de cabeça e pescoço, são manifestações típicas da acromegalia, extrabuciais e intrabuciais. Dentre as manifestações clínicas mais relatadas na literatura, estão: aumento da altura facial,^{8,9} nariz alargado,^{2,9} testa proeminente,^{2,9} lábios grossos e enegrecidos;^{2,8,9} linhas faciais marcantes,⁹ macroglossia, espaçamento entre os dentes anteriores e prognatismo mandibular,^{2,9} má oclusão e sobremordida.⁹ No entanto, pouco se conhece sobre as condições de saúde bucal desses pacientes. Portanto, a avaliação dessas condições pode fornecer subsídios para o entendimento da saúde bucal desses indivíduos e possibilitar a elaboração de protocolos de assistência odontológica mais direcionada e adequada.

Na cidade de Salvador, Bahia, os portadores de Acromegalia são assistidos no Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia – CEDEBA. Trata-se de uma unidade da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), referência no tratamento de acromegalia.¹⁰ Recentemente, o CEDEBA promoveu uma feira de saúde, o Acrovida, que foi o 1º encontro de portadores de acromegalia e gigantismo da Bahia. Nesse evento, houve várias oficinas de saúde, dentre elas uma de saúde bucal, com a participação de um cirurgião-dentista.

Diante da "escassa literatura" sobre a saúde bucal da pessoa com acromegalia, o presente estudo foi realizado a fim de obter conhecimentos sobre as condições de saúde bucal desses pacientes, a partir de dados coletados numa feira de saúde, e fornecer subsídios para que a assistência

odontológica a esse grupo seja realizada de forma a atender suas necessidades, bem como possibilitar uma abordagem preventiva na promoção de saúde e prevenção de doenças.

2 OBJETIVO

Avaliar as condições clínicas de saúde bucal de pessoas com acromegalia atendidos em uma feira de saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Acromegalia – Doença rara

A acromegalia é uma doença crônica, debilitante e desfigurante, causada por excesso de produção do hormônio do crescimento (GH).^{1,2}

Quando não tratada, a acromegalia pode evoluir para uma forma grave da doença. Presença de diabetes, de doença cardiovascular, de hipertensão, de doenças respiratórias e de neoplasias ao diagnóstico são fatores agravantes do quadro que contribuem para o aumento da mortalidade.^{1,4} As taxas de mortalidade são altas. Estudos apontam uma taxa de mortalidade de aproximadamente 1,7 vezes maior do que a população geral, quando os níveis de GH e IGF-I encontram-se elevados.^{5,6}

A acromegalia é decorrente da produção em excesso do hormônio do crescimento (GH) e do IGF-I (fator de crescimento semelhante a insulina). Em 80% dos casos, essa produção está associada à presença de tumores benignos da hipófise.^{1,2}

Esta patologia ocorre com a mesma frequência em homens e mulheres e é comumente diagnosticada entre 30 e 50 anos de idade, mas pode ser diagnosticada em qualquer idade.¹ A acromegalia é considerada uma doença rara, a incidência anual é estimada em 2 a 4 casos por milhão e a prevalência de 36 a 69 casos por milhão de habitantes, de acordo com estudos americanos e europeus.¹¹ Não existem dados epidemiológicos estabelecidos no Brasil.

Muitas alterações na aparência física ocorrem na acromegalia, mas podem ser associadas ao processo de envelhecimento, tais como: crescimento das mãos e dos pés, alargamento da região frontal e da testa, queixo proeminente, espaçamento entre os dentes e perda dentária, aumento do volume do tórax, nariz, genitais e dos lábios. Outras manifestações clínicas também podem ocorrer como o espessamento da pele; sudorese abundante; alterações respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais, metabólico-endócrinas, músculo-esqueléticas, neurológicas e oftálmicas; alteração do humor/depressão e embotamento afetivo e social.²

Decorrente do caráter insidioso da doença e do não reconhecimento das características clínicas da doença por parte da população geral e dos profissionais de saúde, o diagnóstico é realizado com importante atraso.^{1,2} Reid (2010) e colaboradores analisaram as diferenças clínicas, laboratoriais e radiológicas entre os pacientes acromegálicos com a doença diagnosticada entre os períodos de 1981 a 1994 e 1995 a 2006. Segundo o referido estudo, o atraso no diagnóstico se manteve inalterado nas últimas três décadas. Esses dados confirmam o não reconhecimento

das manifestações clínicas da doença. O diagnóstico é comumente realizado em torno de oito a dez anos após o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Esse atraso no diagnóstico é extremamente relevante, pois a acromegalia é uma doença associada à elevada morbidade e à redução da expectativa de vida.²

A suspeita do diagnóstico de acromegalia pode ser confirmada por exames que medem os valores dos níveis de GH e IGF-I no sangue.^{2,12} Após confirmação do diagnóstico, exames complementares de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, são indicados para detectar a presença de tumores na hipófise.^{1,2}

Dentre as opções terapêuticas para a abordagem da acromegalia estão a cirurgia, medicamentos e radioterapia. A cirurgia é o tratamento de primeira escolha.² Se os níveis hormonais não normalizarem após a cirurgia, é necessário manter a terapia medicamentosa. A radioterapia é indicada para tumores inoperáveis ou quando a cirurgia e a terapia com medicamentos não apresentam os resultados esperados. As drogas que estão disponíveis para o tratamento medicamentoso da acromegalia são: agonistas dopaminérgicos, análogos da somatostatina e antagonistas do receptor de GH.^{1,2}

O Departamento de Neuroendocrinologia da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia fornece as recomendações para um diagnóstico adequado e precoce e para um tratamento eficaz e seguro da acromegalia, enfatizando que ambos devem ser realizados em centros de referência.²

3.2 Sinais e sintomas associados à acromegalia

A acromegalia é uma doença insidiosa, cujas manifestações clínicas decorrem do excesso do GH e/ou do IGF-I e do efeito da massa do adenoma sobre as estruturas adjacentes a sela túrcica.¹ Como existe um atraso no diagnóstico, muitos pacientes já apresentam a doença tipicamente evidente, caracterizada principalmente por: face acromegálica (protrusão da frente, acentuação dos malares, aumento do nariz e lábios, acentuação dos sulcos nasolabiais e prognatismo) e aumento de extremidades (dedos das mãos e pés).^{2,13} Porém, pacientes com doença leve e/ou de curta duração de evolução podem não apresentar características físicas tão marcantes quanto o descrito anteriormente, justificando, em parte, o atraso no diagnóstico da doença.²

Quadro 1. Sinais e sintomas associados à acromegalia. (Vieira, 2011)

Alterações craniofaciais: espessamento da calota craniana e do couro cabeludo, protrusão frontal, acentuação dos malaras, aumento do nariz, orelhas e lábios, sulcos nasolabiais mais proeminentes, macroglossia, prognatismo e diastema.
Extremidades: aumento das mãos, com dedos em “salsicha”, síndrome do túnel do carpo e aumento dos pés, com aumento do número dos sapatos.
Sistema osteoarticular: disfunção da articulação temporomandibular (ATM), crepitação, limitação de movimentação e artralguas.
Pele e fâneros: espessamento da pele, com acentuação das pregas e cicatrizes, hiperidrose, aumento da oleosidade, hipertricose, acantose nigricans e papilomas cutâneos (skin tags).
Respiratórios: apneia do sono.
Cardiovascular: hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, doença valvar e arterial coronariana, arritmias e doença cerebrovascular.
Endócrinas: hiperprolactinemia (efeito haste ou cossecreção pelo tumor), diabetes melito e hipopituitarismo.
Psicológicas: alteração do humor/depressão e embotamento afetivo e social.
Organomegalia: bócio, cardiomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia e intestino redundante.
Sintomas constitucionais: fraqueza, fadiga e letargia.
Efeito de massa tumoral: cefaleia, déficit visual, hipopituitarismo e hiperprolactinemia não tumoral (efeito haste).

3.3 Diagnóstico

Quando há suspeita de acromegalia, deve-se confirmar por exames laboratoriais que demonstram os níveis séricos elevados de GH e de IGF-I. A interpretação dos valores basais de GH deve ser realizada com cautela, pois não existe uma faixa de normalidade estabelecida.² Pacientes portadores de acromegalia podem apresentar valores de GH dentro da variação dita como “normal”.¹⁴

O exame para verificar o IGF-I é mais confiável para determinar a atividade da doença. No Brasil, recentemente foram publicados valores de referência para IGF-I para diferentes faixas etárias pelo ensaio Immulite 2000.¹⁵ Resultados falso-positivos na dosagem de IGF-1 podem decorrer da puberdade, gravidez e hipertireoidismo. Resultados falsos-negativos, podem decorrer da desnutrição, anorexia nervosa, hipotireoidismo, diabetes melito não controlada, doença hepática, doença renal e estrogonioterapia oral.^{2,16}

Segundo consenso publicado em 2000, realizado em Cortina, o rastreamento é realizado com as dosagens basais de GH e IGF-I. $GH < 0,4 \text{ ng/ml}$ e IGF-I normais para a idade excluem o diagnóstico de acromegalia.¹²

Exames complementares podem ser indicados, quando necessário, como o teste oral de tolerância à glicose (TOTG).¹² Em outro consenso recentemente publicado em Paris, o GH deve diminuir para valores inferiores a $0,4 \text{ ng/ml}$ durante o TOTG para que se exclua o diagnóstico de acromegalia.¹⁷ Outros exames complementares existentes (testes dinâmicos com TRH,

GHRH ou GnRH, dosagens de IGFBP-3, IGF-I livre, GH urinário e subunidade ácido-lábil), não são atualmente empregados, pelo baixo custo-benefício em relação ao IGF-I ou TOTG.¹²

Após o diagnóstico clínico-laboratorial da acromegalia, está indicado o exame de imagem da sela túrcica para identificação e caracterização (dimensões e expansões) do tumor- adenoma hipofisário, presente em 80% dos casos. Os exames indicados são: ressonância magnética ou tomografia computadorizada. Esses dados são muito importantes para orientar a equipe médica quanto ao melhor plano de tratamento para o paciente.^{1,2}

Quadro 2. Recomendações para o diagnóstico de acromegalia (Vieira, 2011).

• Iniciar com dosagem de GH basal e IGF-I séricos
• Excluir acromegalia se GH < 0,4 ng/mL e IGF-I normal para a idade
• Quando GH basal e IGF-I indubitavelmente elevados, o TOTG não é obrigatório. Nos demais casos, realizar o TOTG
• Excluir acromegalia se durante o TOTG níveis de GH < 0,4 ng/mL em qualquer um dos tempos
• Raros casos de acromegalia podem apresentar supressão do GH abaixo de 0,4 ng/mL durante o TOTG associada, no entanto, a níveis elevados de IGF-I
• Testes dinâmicos com TRH, GHRH ou GnRH, assim como as dosagens de IGFBP-3, IGF-I livre, GH urinário e subunidade ácido-lábil, não devem ser realizados
• Após o diagnóstico laboratorial, realizar RM preferencialmente ou TC de sela túrcica

3.4 Tratamento

A acromegalia é uma doença que causa importante morbidade e diminuição da expectativa de vida dos pacientes acometidos. É fundamental a instituição de um tratamento efetivo e seguro, capaz de normalizar a taxa de mortalidade para a esperada de acordo com a população geral.²

Dentre as opções terapêuticas para a abordagem da acromegalia estão a cirurgia, medicamentos e radioterapia. O tratamento da acromegalia deve ser multidisciplinar e é considerado efetivo quando os critérios de cura/controle da doença estabelecidos na literatura estão presentes, que são: nível basal de GH < 1 ng/ml ou de GH < 0,4 ng/ml durante o TOTG e normalização do IGF-I para a idade.¹⁷ Há poucos estudos com os dados sobre taxa de cura com a cirurgia e sobre a eficácia da terapia medicamentosa ou da radioterapia no controle da acromegalia com os novos critérios estabelecidos. Os resultados de eficácia das diversas modalidades terapêuticas ainda se baseiam no consenso de Cortina, de 1999.¹²

A cirurgia transesfenoidal pode ser o tratamento de primeira escolha para acromegalia. O sucesso da cirurgia depende, além da experiência do cirurgião, do nível pré-operatório de GH e do tamanho e grau de expansão do tumor.²

A terapia medicamentosa representa a segunda opção de tratamento da acromegalia, após a cirurgia de ressecção do adenoma hipofisário. A maioria dos pacientes tem tumores que não são totalmente removidos, necessitando de terapia complementar após a cirurgia para normalizar os níveis de IGF-I circulantes e manter o GH em níveis seguros.^{1,2} As drogas que estão disponíveis para o tratamento medicamentoso da acromegalia são: agonistas dopaminérgicos, análogos da somatostatina e antagonistas do receptor de GH.²

A radioterapia é a última opção de tratamento da acromegalia, indicada para os casos de tumores não curados com a cirurgia e que não obtiveram controle da massa tumoral com o uso das drogas disponíveis.² Os tumores mais agressivos que invadem estruturas adjacentes, que não curam com a ressecção cirúrgica e que continuam a crescer e/ou não alcançam níveis de GH e IGF-I seguros com a terapia medicamentosa podem ser tratados com radioterapia.^{1,2}

Dentre outros objetivos com o tratamento estão a ressecção ou controle da massa tumoral com preservação da função adenohipofisária, prevenção de recidivas e controle das complicações oriundas das alterações sistêmicas associadas (cardiovasculares, respiratórias e metabólicas).²

O tratamento para acromegalia deve ser realizado em centros de referência, onde os pacientes são acompanhados por equipe multiprofissional. A participação do cirurgião-dentista na equipe de saúde é indispensável. A literatura sobre atendimento odontológico a portadores de acromegalia, embora muito restrita, enfatiza a importância do reconhecimento das manifestações clínicas da acromegalia por parte do cirurgião-dentista, que pode ser um dos primeiros profissionais de saúde a serem visitados pelos portadores, auxiliando assim no diagnóstico precoce da doença.^{8,9} O psicólogo também tem um papel muito importante na equipe multidisciplinar. O profissional de psicologia atua, junto com a equipe multiprofissional, no relacionamento com os pacientes e nas dores emocionais que rondam o ambiente de saúde. O psicólogo visa minimizar o impacto da doença na vida do paciente e da família, principalmente nos casos de doenças crônicas.¹⁸

3.5 Manifestações orais da acromegalia

A acromegalia é caracterizada por uma desfiguração física progressiva envolvendo principalmente face e extremidades, os sinais clínicos mais comuns são as características faciais grosseiras e mãos e pés ampliados. Vários órgãos vitais são afetados com a doença, entre eles a cavidade oral, o que pode levar o paciente a procurar o atendimento odontológico. Os dentistas podem ser os primeiros profissionais de saúde a serem visitados por pessoas com acromegalia, com as principais queixas de crescimento da mandíbula, má oclusão, dor na ATM ou mal

adaptação das dentaduras. Portanto, a vigilância por parte dos clínicos pode levar a um diagnóstico precoce da doença, reduzindo assim a morbidade e mortalidade decorrentes do diagnóstico tardio.^{8,9}

Nos últimos anos, complicações cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas de pacientes portadores de acromegalia foram bem relatadas pela literatura, mas pouco se sabe sobre as complicações orofaciais. Apenas poucos relatos de casos de cirurgias bucomaxilofaciais foram publicados nos últimos anos. Os distúrbios do sono (apneia do sono) podem estar presentes nos pacientes com acromegalia e são considerados fatores de risco para doença cardiovascular, e por isso levantou-se o interesse sobre o impacto do alargamento da língua (macroglossia) na acromegalia.^{19,20}

Alterações orofaciais, na região de cabeça e pescoço, são manifestações típicas da acromegalia e podem envolver tecidos moles e duros, extrabuciais e intrabuciais. Dentre as manifestações clínicas extraorais relatadas na literatura, estão: aumento da altura facial^{8,9}, nariz alargado^{2,9,20} e testa proeminente^{2,9}, lábios grossos e enegrecidos^{2,8,9}, linhas faciais marcantes⁹, estalidos na ATM^{2,9}, espessamento da pele^{8,9,20}, projeção da glabella.^{8,20} Das manifestações intraorais, são citadas: macroglossia, espaçamento entre os dentes anteriores e prognatismo mandibular^{2,9}, má oclusão e sobremordida.⁹ Prognatismo mandibular e espessamento do maxilar são decorrentes da deposição de osso periosteal em resposta ao excesso de GH.^{2,8,20} (Tabela 3)

Pacientes especiais ou portadores de alterações sistêmicas, podem ser considerados de alto risco para doenças bucais, principalmente a doença periodontal. Alguns estudos relatam a relação entre desordens endócrinas e doença periodontal.^{21,22} A periodontite é considerada uma infecção crônica que pode resultar na perda do osso alveolar e degeneração dos tecidos periodontais, que são os tecidos de suporte dos dentes. A periodontite é a principal causa de perdas dentárias em indivíduos com mais de 40 anos de idade. A acromegalia leva a hipersecreção de GH e eleva os níveis de IGF-I. Foi relatado que níveis altos de IGF-I (IGFBP-3) estão associados a melhor condição periodontal na população geral²². Harb (2012) comparou a condição periodontal de pacientes acromegálicos versus indivíduos saudáveis. Os pacientes com acromegalia, provavelmente foram expostos a níveis altos de IGF-I (IGFBP-3) durante quase uma década, por conta do atraso comum no diagnóstico. O IGF-I é um hormônio que contribui para a regeneração do tecido periodontal perdido. O estudo concluiu que não há diferença significativa quanto a gravidade da doença periodontal entre os dois grupos.

Na acromegalia, o GH estimula a produção de IGF-I, que medeia as ações de promoção do crescimento de GH. O IGF-I faz com que haja inúmeras alterações morfológicas orofaciais graduais, tais como o alargamento da língua (macroglossia), o espessamento dos lábios e prognatismo mandibular. Essas manifestações são encontradas na maioria dos casos de acromegalia. O alargamento da língua e protrusão mandibular podem causar distúrbios mastigatórios, disfagia, dificuldades na fala e problemas estéticos, resultando na diminuição da qualidade de vida do paciente. Quase não há estudos sobre as alterações morfológicas e histopatológicas em estruturas orofaciais que acompanham a acromegalia, provavelmente pela dificuldade de avaliação em seres humanos e por se tratar de uma doença rara; também quase não há estudos sobre a reversão dessas alterações morfológicas e histopatológicas após a normalização dos níveis de GH e IGF-I no organismo.²³ Um estudo utilizando ratos, com administração exógena de IGF-I, foi realizado para investigar as alterações morfológicas e histopatológicas em estruturas orofaciais e para esclarecer se essas alterações foram reversíveis. A administração do IGF-I causou alargamento da língua (achados histopatológicos de aumento da largura do feixe muscular, aumento de espaço entre os feixes musculares e aumento da espessura epitelial) e aumento do osso mandibular (histologicamente com aumento da largura da camada cartilaginosa, da proporção matriz óssea e do número de osteoblastos). Após a normalização dos níveis de IGF-I circulante, o alargamento da língua e as alterações histopatológicas na língua e mandíbula foram reversíveis, no entanto, as alterações morfológicas na mandíbula permaneceram.²³

A cavidade oral tem papel importante em muitos processos fisiológicos, como a digestão, respiração e fala. A boca é frequentemente envolvida precedendo sinais e sintomas relacionados à outras doenças. Por isso, é muito importante a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar para o tratamento da acromegalia.⁸

Quadro 3. Alterações orofaciais associadas à acromegalia.

Alterações orofaciais da acromegalia	Referências					
	Dostalova S et al, 2001.	Herrmann BL et al, 2004.	Vieira NL et al, 2011.	Likubo, 2012.	Atreja G et al, 2012.	Agrawal M et al, 2013.
Protrusão frontal			X			X
Acentuação dos malaras		X	X		X	
Aumento do nariz, orelha e lábios		X	X	X	X	X
Sulcos nasolabiais proeminentes			X			
Macroglossia	X		X	X		X
Prognatismo			X	X	X	X
Diastema			X			X
Disfunção da ATM			X			X
Espessamento da pele			X		X	X
Aumento da altura facial					X	X
Testa proeminente		X			X	X
Má oclusão						X
Sobremordida						X

3.6 Autopercepção

Uma das áreas que pode ser explorada, diante do cenário atual, é a área da educação em saúde bucal com ênfase na autopercepção, conscientizando as pessoas para a necessidade de atenção e cuidados com a própria saúde. É fundamental entender como a pessoa percebe sua condição bucal, pois seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela. Muitas pessoas não procuram o serviço odontológico pela não-percepção da sua necessidade. Alguns estudos mostram que a autopercepção está relacionada a alguns fatores clínicos, como o número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como dor e capacidade do indivíduo de sorrir, falar ou mastigar sem dificuldades, além da influência de fatores como classe social, idade, renda e gênero.^{24,25,26}

Dados relacionados à autopercepção são subjetivos, por isso, existem questionários padronizados para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos relacionados com as doenças bucais.^{27,28,29} Os instrumentos de avaliação foram criados para complementar, facilitar e padronizar os dados das coletas, para que essas informações possam ser utilizadas em programas preventivos, educativos e também por outros profissionais de saúde.

Um dos recursos que favorece o desempenho dos profissionais de saúde é o conhecimento da comunidade em que o paciente habita, focando seu trabalho não na doença, mas nas pessoas e em seu ambiente físico, social e cultural. Desse modo, exploram-se as inter-relações entre as várias dimensões da saúde, obtendo uma percepção integrada do indivíduo (integralidade). A doença não se refere apenas à dor física e ao desconforto, mas também às consequências sociais e psicológicas de conviver com o processo de adoecimento.²⁶

4 MATERIAL E MÉTODOS

Os dados deste estudo foram procedentes de uma feira de promoção de saúde para pacientes portadores de acromegalia e gigantismo: o Acrovida – 1º Encontro de Pessoas com Acromegalia e Gigantismo na Bahia, promovido pelo CEDEBA com apoio de outras instituições.

4.1 Desenho e População

Trata-se de um estudo de série de casos de pacientes portadores de acromegalia atendidos numa feira de saúde. Os pacientes do CEDEBA foram convidados para o evento, havendo atendimento por demanda espontânea. São em torno de 90 pacientes com acromegalia matriculados no serviço, 15 compareceram a feira de saúde. Nesse evento, dentre diversas atividades e oficinas de saúde, uma delas foi destinada à saúde bucal. Foram realizadas avaliação de saúde bucal, orientação de higiene oral e distribuição de kits de saúde bucal para os participantes.

4.2 Amostragem e Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos no estudo as fichas e prontuários de pacientes portadores de acromegalia matriculados no CEDEBA que participaram da feira de saúde. Não houve critérios de exclusão. A amostra deste estudo constituiu-se de 15 indivíduos, por livre demanda.

4.3 Instrumentos de Avaliação e Procedimentos de Coleta

Os registros de saúde bucal foram coletados pela pesquisadora principal. A avaliação das condições de saúde bucal foi realizada por meio do Índice de Condição Dental – CPO-D, segundo metodologia proposta pela OMS^{28,29} (anexo 1). Enquanto os participantes aguardavam atendimento, foi aplicado um questionário socioeconômico, segundo metodologia proposta pelo Projeto SBBrazil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal²⁷ (anexo 2).

Avaliação das condições de saúde bucal

A avaliação das condições de saúde bucal dos pacientes foi realizada através de exame clínico bucal, registrado em ficha clínica individual (anexo 1). Foi organizada uma sala para atendimento odontológico na qual os pacientes foram examinados, receberam orientação de higiene oral e kits de saúde bucal, contendo escova e pasta dental.

O exame clínico foi visual, iluminado com luz natural, conduzido com auxílio de espátula de madeira e quando necessário com auxílio do espelho clínico bucal e sonda exploradora. O diagnóstico de cárie foi realizado baseando-se nos critérios recomendados pela OMS para

determinar o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados). O exame da saúde gengival foi realizado dividindo a cavidade bucal em seis sextantes. No primeiro sextante foram avaliados os dentes 16 e 17; no segundo sextante, o dente 11; no terceiro sextante, os dentes 26 e 27; no quarto sextante, os dentes 36 e 37; no quinto sextante, os dentes 46 e 47. Os dentes que estavam ausentes foram substituídos pelo próximo dente presente no mesmo sextante. Por conta da variação na faixa etária, optou-se por padronizar o exame da saúde gengival por meio da realização do índice de sangramento gengival. O exame foi conduzido com auxílio de uma sonda milimetrada (padrão OMS) introduzida no sulco gengival dos dentes a serem examinados, para obtenção de resultados positivos ou negativos para sangramento. Outros dados como necessidade de prótese e oclusão dentária também foram registrados.

Questionário Socioeconômico

Foi também aplicado um questionário²⁷ (anexo 2), para avaliar os fatores socioeconômicos de cada paciente. O questionário continha questões relacionadas à: caracterização socioeconômica da família; escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços, autopercepção e impactos em saúde bucal. Os pacientes respondiam ao questionário (autoaplicativo) enquanto aguardavam atendimento.

4.4 Aspectos Éticos

O protocolo do estudo seguiu os preceitos da Resolução CNS 466/12. Os autores se comprometeram em somente tornar público dados globais originários da feira de saúde de forma técnico-científica. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, número do Parecer 1.166.351 de 29/07/2015 (anexo 3). CAAE: 47587515.7.0000.5544

5 ANÁLISE DOS DADOS

Para elaboração do banco de dados, na análise descritiva foi utilizado o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 14.0 for Windows. A normalidade das variáveis foi verificada através da estatística descritiva e do teste Shapiro-wilk.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas; as variáveis categóricas expressas em valores absolutos e percentuais – n (%). As variáveis contínuas com distribuição normal foram expressas em média e desvio padrão (\pm DP), e aquelas com distribuição assimétrica, em mediana e intervalo interquartil (IQ).

6 RESULTADOS

A amostra foi composta por 15 indivíduos com idade de $48,6 \pm 12,6$ anos, com predominância do sexo feminino representada por 12(80%) mulheres. O tempo do diagnóstico teve uma média de $39,4 \pm 14$ anos após o nascimento; a amostra apresentou uma maior frequência de comorbidades para tumor benigno 15(100%), seguida de ansiedade ou depressão 9(60%), hipertensão 9(60%) e face acromegálica 7(46,7%). Dentre as terapias instituídas para o tratamento da acromegalia, 14(93,3%) pacientes estão utilizando Octreotida-G na terapia medicamentosa, 10(66,7%) já realizaram cirurgia e apenas 1(6,7%) realizou radioterapia (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição geral dos pacientes portadores de acromegalia estudados, considerando idade, sexo, ano de diagnóstico, tipo de tratamento e comorbidades apresentadas.

Paciente	Idade	Sexo	Idade no diagnóstico	Tratamento Medicamentoso		Tratamento Instituído		Comorbidades
				Somatuline	Octreotida-G	Cirurgia	Radioterapia	
01	56	F	30	X				TB, OT, FA, PMD
02	41	M	32		X	X		TB, FA
03	61	F	53		X	X		TB, HAS, DM, DLP, T, FA,
04	41	F	29		X			TB, HAS, FA, PMD
05	51	M	9		X	X		TB, DM, T, N
06	38	F	22		X	X		TB, DLP, PMD
07	39	F	27		X	X		TB, DM, DLP, PMD
08	71	F	65		X			TB, HAS, DLP, FA, PMD
09	40	F	38		X			TB, HAS, DM, FA
10	51	F	45		X	X		TB, HAS, PMD
11	43	F	40		X	X		TB, HAS, DM
12	40	F	32		X	X		TB, HAS, PMD
13	77	F	66		X			TB, HAS
14	36	M	25		X	X		TB, HAS, T, G, PMD
15	36	F	23		X	X	X	TB, DM, DLP, T, FA, PMD

Comorbidades: TB: Tumor benigno; HAS: Hipertensão arterial (hipertensos controlados); DM: Diabetes; DLP: Dislipidemia; T: Doença da tireoide; G: Gigantismo; OT: Osteoporose; N: Neuropatia; FA: Face acromegálica; PMD: Ansiedade e/ou depressão; 9: Não informado.

A tabela 2 representa o nível socioeconômico dos participantes da pesquisa, no qual existe uma média de $3,2 \pm 1,4$ pessoas que residem na casa com o participante com uma média de $3,2 \pm 2,0$ cômodos na casa e uma média de $6,9 \pm 2,2$ bens na residência. A maior frequência da renda em reais foi entre 501-1500 reais correspondendo a 11(73,3%) indivíduos. A amostra obteve uma predominância do nível escolar de fundamental incompleto 8(57,1%).

Tabela 2. Caracterização socioeconômica da família dos participantes do estudo (número de pessoas, número de cômodos e bens na residência) e nível de escolaridade, de acordo com o questionário socioeconômico (Projeto SBBrasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal).

Variáveis (n=15)	Média±DP
Pessoas que residem na mesma casa	3,2±1,4
Quantos cômodos na casa	3,2±2,0
Quantos bens na residência	6,9±2,2
Renda em Reais	n(%)
Até R\$250,00	1(6,7%)
De R\$251 – R\$500	1(6,7%)
De 501-1.500	11(73,3%)
De 1501 – 2500	1(6,7%)
De 4501-9500	1(6,7%)
Nível de Escolaridade*	n(%)
Ensino Médio Completo	5(35,7%)
Ensino Fundamental Incompleto	8(57,1%)
Ensino Fundamental Completo	1(7,1%)

n=número de participantes; DP= desvio padrão; *n=14 (dados perdidos)

Na avaliação de saúde bucal, 1(6,7%) indivíduo apresentou uma lesão nos lábios, na avaliação da ATM 3(20%) indivíduos apresentaram estalido e sensibilidade à palpação e na mucosa oral foi apresentada uma ulceração em 1(6,7%) indivíduo. Na avaliação de saúde periodontal, realizada pelo índice de sangramento, 1(7,7%) participante apresentou gengivite, 3(23,1%) apresentaram periodontite e 9(69,2%) apresentaram saúde periodontal. Considerando-se a condição dental dos pacientes e a necessidade de tratamento foi encontrada uma mediana de 0 dentes cariados, uma mediana de 13 dentes perdidos, e uma mediana de 6 dentes obturados e a média CPO-D (soma dos dentes cariados, perdidos e obturados) foi de 18,9±8,3. Na avaliação do uso e necessidade de prótese dental 8(53,3%) participantes utilizavam prótese e 13(86,7%) participantes tinham indicação de uso de prótese, alguns indivíduos portavam próteses inadequadas (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação da saúde bucal nos pacientes portadores de Acromegalia, participantes do estudo, de acordo com a Ficha de Avaliação de Saúde Bucal – OMS 1997.

Tipo de exame		Alterado/Presente	Tipo alteração
Extra Oral		1(6,7%)	Anormalidade nos lábios
ATM	Estalido	3(20%)	NA
	Sensibilidade palpatória	3(20%)	
	Mobilidade reduzida	-	
Mucosa Oral		1(6,7%)	Ulceração
CPI*		1 (7,7%)	Gengivite
		3 (23,1)	Periodontite
Condição Dental	Cariados	0 (0-1)	NA
	Perdidos	13(5-16)	
	Obturados	6(0-8)	
CPOD (média±DP)		18,9±8,3	NA
Uso de Prótese		8(53,3%)	NA
Indicação de Prótese		13(86,7%)	NA

ATM – Articulação Têmporo-Mandibular; CPI – Índice Periodontal Comunitário; CPOD - Cariados, Perdidos e Obturados por dente; NA – Não se aplica; n=número de participantes; DP= desvio padrão; *n=13 (dados perdidos)

Na análise das anormalidades dentofaciais: 2(13,3%) participantes apresentaram apinhamento, 5(33,3%) apresentaram espaçamento entre os dentes e 1(7,7%) apresentou diastema. Na análise da oclusão não foi identificado nenhum participante com mordida aberta, 4(20%) apresentaram overjet mandibular e 1(6,7%) apresentou overjet maxilar (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação da saúde bucal nos pacientes portadores de Acromegalia, participantes do estudo, de acordo com a Ficha de Avaliação de Saúde Bucal – OMS 1997.

Tipo de exame		Alterado (n%)
Espaço	Apinhamento	2(13,3%)
	Espaçamento	5(33,3%)
	Diastema	1(7,7%)
Oclusão	Overjet maxilar	1(6,7%)
	Overjet mandibular	4(20%)

Todos os pacientes relataram ter necessidade de tratamento dentário atualmente. Dos avaliados 3(23,1%) indivíduos não apresentaram dor e 10(76,9%) apresentaram dor sendo 5(38,5%) muito pouca, 1(7,7%) pouca, dor forte 1(7,7%) e 3(23,1%) muito forte. Todos os participantes já foram ao consultório do dentista, sendo que 8(66,7%) tem menos de um ano que foi ao dentista, 1(8,3%) um a dois anos 3(25%) três anos ou mais. Dos participantes, 6(40%) tiveram sua última consulta no serviço público, 7(46,7%) no serviço particular e 2(13,3%) em outros serviços, no qual 6(40,0%) para extração de dente, 7(46,7%) tratamento e 2(13,3%) por outros motivos. Os participantes avaliaram que sua última consulta ao dentista foi 1(7,7%) muito boa,

7(53,8%) boa, 4(30,8%) regular e 1(7,7%) muito ruim. Na análise da necessidade de cuidados imediatos não foi identificado nenhum participante que apresentava risco de vida e apenas 4(26,7%) apresentaram dor ou infecção (Tabela 5).

Tabela 5. Morbidade Bucal Referida e Uso de Serviços por pacientes portadores de Acromegalia, participantes do estudo, de acordo com o questionário socioeconômico aplicado (Projeto SBBrazil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal).

Dor*	n(%)
Ausente	3(23,1%)
Muito pouca	5(38,5%)
Pouca	1(6,7%)
Forte	1(6,7%)
Muito forte	3(23,1%)
Dentista	
Particular	7(46,7%)
Público	6(40%)
Outros	2(13,3%)
Tempo que foi ao dentista †	
Menos de 1 anos	8(66,7%)
Um a dois anos	1(8,3%)
Mais de 3 anos	3(25%)
Motivo do qual foi ao dentista	
Extração	6(40,0%)
Tratamento	7(46,7%)
Outros	2(13,3%)
Avaliação da última consulta ao dentista*	
Muito boa	1(7,7%)
Boa	7(53,8%)
Regular	4(30,8%)
Muito ruim	1(7,7%)

n= número de participantes; *n=13 (dados perdidos), † n=12(dados perdidos)

Na tabela 06, sobre a autopercepção dos pacientes em relação a sua condição bucal e os impactos dessa condição na qualidade de vida dos mesmos, foi afirmado: 8(66,7%) pacientes afirmaram sentir a necessidade do uso de prótese dental, 9(64,3%) dificuldade para se alimentar por conta dos dentes, 6(42,9%) desconforto na escovação, 9(64,3%) nervosismo ou irritação com os seus dentes; 6(42,9%) dificuldade para falar; 9(64,3%) vergonha de sorrir ou de falar; 5(35,7%) dificuldade para dormir e 5(35,7%) estão insatisfeito com seus dentes.

Tabela 6. Autopercepção e Impactos em Saúde Bucal por pacientes portadores de Acromegalia, participantes do estudo, de acordo com o questionário socioeconômico (Projeto SBBrasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal).

Questões	Respostas positivas - n(%)	
Necessidade de prótese	8(66,7%)	
Dificuldade para comer	9(64,3%)	
Dentes incomodam para escovar?	6(42,9%)	
Os dentes o deixam nervoso ou irritado?	9(64,3%)	
Deixou de sair por causa dos dentes?	5(35,7%)	
Deixou de praticar esportes?	2(14,3%)	
Dificuldade para falar?	6(42,9%)	
Vergonha de sorrir ou falar?	9(64,3%)	
Os dentes atrapalham para estudar ou trabalhar?	2(14,3%)	
Os dentes atrapalham para dormir?	5(35,7%)	
Satisfação com o dente	Muito satisfeito	2(14,3%)
	Satisfeito	2(14,3%)
	Nem satisfeito nem insatisfeito	4(28,6%)
	Insatisfeito	5(35,7%)
	Muito insatisfeito	2(14,3%)

7 DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi avaliar as condições clínicas de saúde bucal de pessoas com acromegalia atendidos em uma feira de saúde. No presente estudo foi observado: a média CPO-D foi de $18,9 \pm 8,3$; presença de doença periodontal em 30,8%; necessidade de uso de prótese foi de 86,7% e frequência considerável para distúrbios de espaço e oclusão, 54,3% e 26,7% respectivamente.

O instrumento recomendado pela OMS para mensurar experiências presente e passada de cárie dentária na dentição permanente é o índice CPO-D. Valores elevados indicam más condições de saúde bucal.^{27,28,29} No presente estudo a média CPO-D indicou precária saúde bucal. Apesar de pouco índice de cárie, houve número expressivo de extrações.

Com relação a saúde periodontal, alguns estudos associam doença periodontal a desordens endócrinas.^{21,22} Porém, os estudos sugerem que pacientes com acromegalia não tratada ou que apresentam altos níveis de IGF-I não fazem parte desse grupo. O hormônio IGF-I é resultado da estimulação do hormônio de crescimento (GH) e desempenha um papel importante na regeneração do tecido periodontal perdido.²² No presente estudo, com relação à saúde periodontal, 9(69,2%) participantes com acromegalia apresentaram saúde periodontal, 1(7,7%) apresentou gengivite e 3(23,1%) apresentaram periodontite, concordando em parte com os estudos anteriormente citados.

Os distúrbios de oclusão são manifestações orofaciais típicas da Acromegalia. Tem sido relatado na literatura a presença de prognatismo e diastema associados a acromegalia.^{2,9} Essa frequência foi observada no presente estudo, onde quase um terço dos pacientes apresentaram distúrbios de oclusão.

Pessoas com acromegalia possuem a autoestima baixa, por conta das diversas comorbidades associadas à doença, que geram desgastes físico e emocional, e principalmente devido ao fato da doença causar assimetria facial.¹ Os acromegálicos apresentam-se tímidos e retraídos², pois são vítimas de preconceito por conta da sua aparência de traços marcantes⁹. No presente estudo, a amostra apresentou a segunda maior frequência de comorbidades para ansiedade e/ou depressão 9(60%). Esses dados podem revelar baixa autoestima, embotamento afetivo e social. É muito importante o encaminhamento para participação desses pacientes em grupos de apoio psicológico ou em terapia individual.

A literatura sobre atendimento odontológico a portadores de acromegalia, embora muito restrita, enfatiza a importância do reconhecimento das manifestações clínicas da Acromegalia por parte dos profissionais de saúde, incluindo o cirurgião dentista.^{8,9,23} Feiras de saúde são consideradas tecnologias leves para a detecção precoce de problemas de saúde que podem, quando não identificadas em fases iniciais, ter soluções duradouras e reduzir o sofrimento de pessoas acometidas por cárie, perdas dentárias etc. O presente estudo, mesmo com a escassez de literatura associando acromegalia e odontologia, teve como objetivo divulgar o conhecimento de diversos aspectos da acromegalia e avaliar as condições de saúde bucal dos portadores da doença, o que poderão estimular a elaboração de protocolos de assistência odontológica mais direcionada e adequada.

8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Por se tratar de patologia rara, o número amostral foi limitado, pelo fato da maioria dos pacientes do CEDEBA residir no interior da Bahia. A amostra pode ter interferido nos resultados, não possibilitando conclusões definitivas.

Mais estudos prospectivos nos centros de referência de assistência e pesquisa são necessários.

O estudo possibilita visualizar perspectivas futuras quanto ao planejamento da assistência odontológica direcionada para pacientes portadores de acromegalia e auxílio no reconhecimento da doença por parte dos cirurgiões dentistas, levando a diagnóstico precoce.

9 CONCLUSÕES

Os participantes com acromegalia avaliados apresentaram precária condição de saúde bucal.

A perda dentária foi significativa entre os participantes, demonstrando a necessidade de tratamento reabilitador através de próteses dentárias.

REFERÊNCIAS

1. Donangelo I, Une K, Gadelha M. Diagnóstico e tratamento da acromegalia no Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2003;47(4):331-46.
2. Vieira Neto L, Abucham J, Araujo LA, Boguszewski CL, Bronstein MD, Czepielewski M, et al. Recommendations of Neuroendocrinology Department from Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism for diagnosis and treatment of acromegaly in Brazil. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2011;55:91-105.
3. Colao A, Ferone D, Marzullo P, Lombardi G. Systemic complications of acromegaly: epidemiology, pathogenesis, and management. *Endocr Rev.* 2004;25(1):102-52
4. Holdaway IM, Rajasoorya RC, Gamble GD. Factors influencing mortality in acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(2):667-74.
5. Holdaway IM, Bolland MJ, Gamble GD. A meta-analysis of the effect of lowering serum levels of GH and IGF-I on mortality in acromegaly. *Eur J Endocrinol.* 2008;159(2):89-95.
6. Dekkers OM, Biermasz NR, Pereira AM, Romijn JA, Vandenbroucke JP. Mortality in acromegaly: a metaanalysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(1):61-7.
7. Reid TJ, Post KD, Bruce JN, Nabi Kanibir M, Reyes-Vidal CM, Freda PU. Features at diagnosis of 324 patients with acromegaly did not change from 1981 to 2006: acromegaly remains under-recognized and under-diagnosed. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2010;72(2):203-8.
8. Atreja G, Atreja SH, Jain N, Sukhija U. Oral manifestations in growth hormone disorders. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2012;16(3):381-383.
9. Agrawal M, Maitin N, Rastogi K, Bhushan R. Seeing the unseen: diagnosing acromegaly in a dental setup. *BMJ Case Reports.* 2013.
10. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia [Internet]. Bahia; 2016. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/cedeba>
11. Ben-Shlomo A, Melmed S. Acromegaly. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2008; 37(1):101-22.
12. Giustina A, Barkan A, Casanueva FF, Cavagnini F, Frohman L, Ho K, et al. Criteria for cure of acromegaly: a consensus statement. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85(2):526-9.

13. Leavitt J, Klein I, Kendricks F, Gavaler J, VanThiel DH. Skin tags: a cutaneous marker for colonic polyps. *Ann Intern Med.* 1983;98(6):928-30.
14. Dimaraki EV, Jaffe CA, DeMott-Friberg R, Chandler WF, Barkan AL. Acromegaly with apparently normal GH secretion: implications for diagnosis and follow-up. *J Clin Endocrinol Metab.* 2002;87(8):3537-42.
15. Rosario PW. Normal values of serum IGF-1 in adults: results from a Brazilian population. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2010;54(5):477-81.
16. Clemmons DR, Van Wyk JJ. Factors controlling blood concentration of somatomedin C. *Clin Endocrinol Metab.* 1984;13(1):113-43.
17. Giustina A, Chanson P, Bronstein MD, Klibanski A, Lamberts S, Casanueva FF, et al. A consensus on criteria for cure of acromegaly. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(7):3141-8.
18. Resende, MD, Santos, FD, Souza, MD, Marques, TP. Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psicologia Clínica.* 2007; 9(2):87-99.
19. Dostalova S, Sonka K, Smahel Z, Weiss V, Marek J, Horinek D. Craniofacial abnormalities and their relevance for sleep apnoea syndrome aetiopathogenesis in acromegaly. *Eur J Endocrinol.* 2001;144:491–7.
20. Herrmann BL, Wessendorf TE, Ajaj W, Kahlke S, Teschler H, Mann K. Effects of octreotide on sleep apnoea and tongue volume (magnetic resonance imaging) in patients with acromegaly. *European Journal of Endocrinology.* 2004;151:309–315.
21. Britto IM, Aguiar-Oliveira MH, Oliveira-Neto LA, Salvatori R, Souza AH, Araújo VP et al. Periodontal disease in adults with untreated congenital growth hormone deficiency: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology.* 2011;38(6):525–531.
22. Harb AN, Holtfreter B, Friedrich N, Wallaschofski H, Nauck M, Kocher T. Evaluation of the Periodontal Status in Acromegalic Patients: A Comparative Study. *ISRN Dentistry.* 2012;2012:950486.
23. Likubo M, Kojima I, Sakamoto M, et al. Morphological and histopathological changes in orofacial structures of experimentally developed acromegaly-like rats: an overview. *Int J Endocrinol* 2012; 2012: 254367.
24. Silva SRCD, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública.* 2001;349-355.

25. Martins AMEDB, Barreto, SM Pordeus IA. Factors associated to self perceived need of dental care among Brazilian elderly. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(3):487-496.
26. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2010;5(17):9-15.
27. Projeto SBBrasil 2010 [Internet]. Brasil; 2016. [Atualizado 2016; citado 2010]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/>
28. World Health Organization. *Oral health suveys: basic methods*. 4th ed. Geneva; 1997.
29. Organização Mundial da Saúde – OMS. *Manual de Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal*. Genebra, 1991.

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Saúde Bucal – OMS 1997

Pág. 49

FICHA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL - OMS 1997

Pais

Deixar em branco (1) <input type="text"/>	Ano (4) <input type="text"/>	Mês (5) <input type="text"/>	Dia (8) <input type="text"/>	Nº Identificação (10) <input type="text"/>	Examinador (11) <input type="text"/>	Original/Duplicata (14) <input type="text"/>
INFORMAÇÕES GERAIS						OUTROS DADOS (Especificar descrição e códigos)
Nome						<input type="text"/> (29)
Data Nascimento (17) <input type="text"/> (18) <input type="text"/> (19) <input type="text"/> (20)		Ocupação		<input type="text"/> (28)		<input type="text"/> (30)
Idade em anos (21) <input type="text"/> (22)		Localização Geográfica (26) <input type="text"/> (27)		CONTRA-INDICAÇÕES PARA EXAME		<input type="text"/> (29)
Sexo (M=1, F=2) <input type="text"/> (23)		Tipo de localidade		<input type="text"/> (28)		<input type="text"/> (29)
Grupo Étnico <input type="text"/> (24)		1 = Urbano 2 = Periurbano 3 = Rural				0=Não 1=Sim
AVALIAÇÃO CLÍNICA				AValiação da articulação têmporo-mandibular		
EXAME EXTRA-ORAL				SINTOMAS		
0 = Aparência extra-oral normal				0 = Não		
1 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (cabeça, pescoço, membros)				1 = Sim		
2 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (nariz, bochechas, queixo)				9 = Sem registro		
3 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (comissuras)				<input type="text"/> (33)		
4 = Ulceração, feridas, erosões, fissuras (linha cutâneo-mucosa)				SINAIS		
5 = Cancro bucal				0 = Não		
6 = Anormalidades dos lábios				1 = Sim		
7 = Linfonodos entumescidos (cabeça, pescoço)				Estalido <input type="text"/> (34)		
8 = Outros inchagões da face e maxilares				Sensibilidade à palpação <input type="text"/> (35)		
9 = Sem registro				Mobilidade reduzida da mandíbula (abertura < 30 mm) <input type="text"/> (36)		
MUCOSA ORAL				LOCALIZAÇÃO		
CONDIÇÃO				0 = Linha cutâneo-mucosa		
0 = Sem anormalidades				1 = Comissuras		
1 = Tumor maligno (câncer)				2 = Lábios		
2 = Leucoplasia				3 = Sulco		
3 = Líquen plano				4 = Mucosa oral		
4 = Úlcera (afosa, herpética, traumática)				5 = Assolho da boca		
5 = Gengivite Necrosante Aguda				6 = Língua		
6 = Candidíase				7 = Fálato duro e/ou mole		
7 = Abscesso				8 = Crista alveolar/gengiva		
8 = Outras condições (especificar, se possível)				9 = Sem registro		
9 = Sem registro						
OPACIDADE / HIPOPLASIA DO ESMALTE				FLUOROSE DENTÁRIA		
Dentes permanentes				0 = Normal		
0 = Normal				1 = Quasitotal		
1 = Opacidade delimitada				2 = Muito Leve		
2 = Opacidade difusa				3 = Leve		
3 = Hipoplasia				4 = Moderada		
4 = Outros defeitos				5 = Severa		
5 = Opacidades difusas e delimitadas				8 = Excluído		
6 = Opacidades delimitadas e hipoplasia				9 = Sem registro		
7 = Opacidades difusas e hipoplasia						
8 = Todas as três condições						
9 = Sem registro						
ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (CPI)				PERDA DE INSERÇÃO *		
0 = Higiado				0 = 0-3 mm		
1 = Sangramento				1 = 4-5 mm (junção cimento-esmalte (JCE) dentro da faixa preta)		
2 = Cálculo				2 = 6-8 mm (JCE entre o limite superior da faixa preta e a marca de 8,5 mm)		
3* = Bolsa de 4-5 mm (faixa preta da sonda parcialmente visível)				3 = 9-11 mm (JCE entre as marcas 8,5 e 11,5 mm)		
4* = Bolsa de 6 mm ou mais (faixa preta da sonda não visível)				4 = 12 mm ou mais (JCE acima da marca 11,5)		
x = Sextante excluído				x = Sextante excluído		
9 = Sem registro				9 = Sem registro		
* Não registrar em idades abaixo de 15 anos				* Não registrar em idades abaixo de 15 anos		

Anexo 2 – Questionário Sócioeconômico – SB Brasil 2010

	Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal
---	--

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA	
1	Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu" <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
2	Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu" <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
3	Quantos bens tem em sua residência? Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu" <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
4	No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? 1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS	
5	Até que série o sr(a) estudou? Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu" <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
6	O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
7	Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
8	Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual) <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
9	Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
10	Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez? 1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
11	Onde foi a sua última consulta? 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
12	Qual o motivo da sua última consulta? 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
13	O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta? 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>

AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL	
14	Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está: 1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
15	O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16	Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? 0 -Não; 1 -Sim; 9 -Não sabe / Não respondeu
16.1.	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.2.	Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.3.	Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.4.	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.5.	Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.6.	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.7.	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.8.	Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>
16.9.	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>

Anexo 3 – Carta de Anuência – CEDEBA



CARTA DE ANUÊNCIA (Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito a pesquisadora Ingrid Gulias R. de Freitas, mestranda da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSp, pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE PORTADORES DE ACROMEGALIA, sob orientação do Professor Marcos Antônio Almeida Matos.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

SSA _____
Local

03 de junho de 2015
data

DRA. JEANE MEIRE SALES DE MACEDO
ENDOCRINOLOGISTA

Jeane Meire Sales de Macedo
CRM 3951

Assinatura e carimbo do responsável pela Instituição

Anexo 5 – Carta de Autorização – CEDEBA**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Ingrid Gulias R. de Freitas, mestranda da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMS, solicito autorização ao responsável do **Núcleo de Assistência de Endocrinologia Geral do CEDEBA**, Dra. Flávia Resedá Brandão, para realizar a pesquisa intitulada **AValiação DAS CONdições DE SAÚDE BUCAL DE PORTADORES DE ACROMEGALIA**. A metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 466/2012 e das demais resoluções complementares.

Salvador, 26 de maio de 2015

Nome completo do responsável:

Carimbo e Assinatura Legível do Responsável

CEDEBA
Núcleo de Assistência de Endocrinologia Geral
Rua Manoel de Medeiros, 150 - Salvador, BA

FLÁVIA RESEDÁ BRANDÃO