

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Arielly Sander da Silva Araújo (1); Severino Matheus Pedrosa Santos Clemente (1); Mariana de Souza Gomes (2); Isaac Wilson Pereira de Almeida (3); Manuel Antonio Gordón-Nuñez (4).

Universidade Estadual da Paraíba

asanderaraujoodt@outlook.com

Resumo: As neoplasias malignas estão entre as maiores causas de morte por doença no Brasil. A sua patogenia é complexa e seu tratamento pode incluir diversas modalidades terapêuticas. A própria patogenia das neoplasias, bem como os efeitos colaterais da terapia antineoplásicas podem promover a ocorrência de complicações em diversos locais do organismo, incluindo o sistema estomatognático, diante desse fato, torna-se de vital importância à atuação de uma equipe multiprofissional, contemplando a participação dos profissionais da odontologia no tratamento do paciente oncológico. Entre as complicações estomatológicas pode-se citar: a mucosite, infecções oportunistas, cárie de radiação, trismo, osteorradiocrose, disgeusia, disfagia, xerostomia, entre outras. Tais complicações podem aumentar a morbidade associada à neoplasia e interferir com os esquemas antineoplásicos, sendo necessário que haja dentro da equipe multiprofissional a presença do cirurgião-dentista em todas as fases de desenvolvimento e tratamento da doença. Sua atuação pode ser do tipo preventiva ou curativa. Para que o tratamento odontológico ao paciente oncológico seja eficaz o cirurgião-dentista deve ter domínio do conhecimento sobre o desenvolvimento da doença e suas possíveis alterações, objetivando reduzir os efeitos adversos do tratamento, prolongar a expectativa de vida do paciente e conceder a melhor qualidade de vida possível durante e depois do tratamento oncológico.

Palavras-Chave: Tratamento, odontologia, oncologia, neoplasia, radioterapia.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a segunda maior causa de morte por doença é em decorrência de neoplasias malignas. O câncer atinge ambos os sexos, principalmente em indivíduos que estão por volta da quarta década de vida. Diversos mecanismos terapêuticos são utilizados na batalha contra tumores malignos – cirurgia, quimioterapia e radioterapia. As neoplasias malignas e suas variadas formas de manifestações podem comprometer a resposta imunológica do paciente e serem indutores de complicações em diversos sistemas, incluindo o sistema estomatognático (OSTERNE *et al*, 2007).

A maioria dos pacientes oncológicos sob tratamento antineoplásico apresentam risco de desenvolvimento de complicações estomatológicas, dentre as quais destacam-se a mucosite, candidiose, xerostomia, cárie de radiação, disgeusia e osteorradionecrose, as quais podem aumentar a morbidade associada à neoplasia, interferir com os protocolos de tratamento e até colocar em risco a vida do paciente. Diante desse quadro, torna-se vital o envolvimento de uma equipe multiprofissional no tratamento desse tipo de pacientes, sendo importante a inclusão do cirurgião-dentista. Sua atuação deve ser considerada no pré, trans e pós tratamento, intervindo na prevenção e tratamento das

complicações estomatológicas, contribuindo assim, à melhoria da qualidade de vida do paciente (OSTERNE *et al*, 2007).

A participação do cirurgião-dentista na equipe, implica em que o mesmo possua conhecimentos suficientes para minimizar os efeitos que surgem em decorrência do tratamento. Sua atuação também envolve a manutenção da saúde bucal do paciente, diminuindo os focos de infecção. Quando determina-se um tratamento odontológico previamente a um tratamento oncológico, é importante que haja um planejamento prévio. Nesse planejamento deve estar incluso um conhecimento do processo de diagnóstico e estadiamento da neoplasia, planejamento da terapia antineoplásica e detalhada avaliação dos tecidos moles e duros do sistema estomatognático (ANDERSON *et al*, 2014).

Os fármacos quimioterápicos agem intensamente em células caracterizadas pelo alto índice de mitose, como as da mucosa oral. Os protocolos mais modernos incluem medicações bioativas com amplos espectros biológicos – supressão da medula óssea, as quais exercem efeitos colaterais, principalmente, sobre o epitélio da cavidade oral e glândulas salivares. Quando o paciente é diagnosticado com câncer, ele se volta para a doença e suas questões envolvidas. Isso resulta em deixar em segundo plano alguns cuidados básicos como a saúde bucal. Quando

há uma deficiência da higienização bucal, facilita o surgimento de complicações pelo fato da boca ser um meio de desenvolvimento para vários microrganismos – bactérias, fungos e vírus (GHELARDI *et al*, 2008).

METODOLOGIA

Este trabalho é classificado como uma revisão de literatura e buscou informações e dados acerca da atenção odontológica em pacientes oncológicos, utilizando como fontes *PubMed* e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: artigos publicados na íntegra e gratuitamente, *Case reports/reviews/classical articles* sobre o tema, em indivíduos humanos, artigos publicados em inglês, português e espanhol, publicações entre 2000 e 2016.

RESULTADOS

Depois de uma leitura minuciosa das fontes encontradas, foram selecionados um total de 12 artigos para referenciar esta pesquisa. Os artigos utilizados explicitavam três técnicas de tratamento do câncer (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) e em alguns casos defendia a associação de mais de uma técnica. Algumas pesquisas analisavam o comportamento de lesões orais que surgiam como resultados do desenvolvimento da

doença ou como resultado adverso do tratamento utilizado. Além disso, as fontes alegavam a influência da prática clínica odontológica desde o estágio inicial da doença até o momento em que há a eliminação dos focos de infecção.

Os artigos ao relacionarem os impactos orais com o câncer descreviam a notável possibilidade do aparecimento de lesões na região oral causadas pelos tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos. As fontes defendiam a atuação do cirurgião-dentista no tratamento à doença. Afirmavam a importância de conhecimento deste profissional sobre o estado do paciente oncológico para que pudesse intervir do modo mais eficiente possível, dentro da sua área de trabalho, resultando numa melhor qualidade de vida ao paciente.

O tratamento do câncer pode ser feito através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, ou associando mais de um desses métodos. Sendo que, desses três, apenas o cirúrgico é o que age de forma mais específica ao tecido afetado. A radioterapia e a quimioterapia agem sem diferenciar o que é célula neoplásica e o que é célula normal. Esse comportamento resulta na maior chance de aparecimento de efeitos colaterais. O segundo lugar de doenças que resultam em mais mortes no mundo é ocupado pelas neoplasias. Mais da metade dos pacientes

receberão tratamento quimioterápico e, dependendo do tipo de fármaco e sua dosagem, consequências bucais surgem. Em virtude da estomatotoxicidade dos tratamentos antineoplásicos, os pacientes podem apresentar mucosite, xerostomia, infecções fúngicas ou virais, disgeusia, trismo, cárie de radiação e osteorradionecrose (MORAIS *et al*, 2006).

A mucosite apresenta-se como resposta inflamatória da mucosa oral em decorrência da quimioterapia e radioterapia. Seus aspectos clínicos mais comuns são o surgimento de regiões avermelhadas, úlceras, edema e dor. O seu tratamento envolve a administração de anestésicos tópicos como paliativos, no caso de dores severas, prescreve-se analgésicos sistêmicos. Próteses mal adaptadas devem ser substituídas e ter seu uso reduzido. A clorexidina pode ser indicada na forma de bochechos diários em concentrações entre 0,12% ou 0,2%.



Figura 1. Mucosite oral.

Fonte: www.diseasespictures.com

A utilização de radiação ionizante como modalidade anti-neoplásica pode gerar efeitos colaterais, com destaque para mucosite e alterações das glândulas salivares, e mais recentemente destacada na literatura, porém não representando uma complicação “nova”, destaca-se uma alteração grave denominada osteorradionecrose (ORN). A ORN é uma necrose isquêmica do osso. A radiação causa uma redução do potencial de vascularização dos tecidos colocando em risco as atividades celulares. Além disso, a radiação também altera a atividade osteoblástica e osteocística. Sua manifestação pode ser tardia, até mesmo muitos anos depois do fim da radioterapia. Permanece assintomática até o tecido ósseo entrar em contato com o meio bucal que é séptico e resultar em consequências como infecção dentária periapical ou periodontal. A oxigenação hiperbárica é apontada como uma opção para o tratamento da ORN (GRIMALDI *et al*, 2005).

As atividades preventivas devem começar antes do início da radioterapia. A parte clínica deve ser imediata. Os dentes acometidos por cárie, doença periodontal, comprometimento pulpar, lesões periapicais e dentes próximos a tumores devem ser removidos. As restaurações e próteses devem passar por uma devida sessão de polimento com o objetivo de reduzir a quantidade de superfícies rugosas na boca e desfavorecer a

retenção de biofilme (GRIMALDI *et al*, 2005).



Figura 2. Osteorradiocrecrose.
Fonte: www.screening.iarc.fr

A cárie de radiação é associada à hipofunção das glândulas salivares devido ao efeito dos feixes de radiação. Essa hipofunção resulta em quadros de hipossalivação e a conseqüente redução do pH bucal, favorecendo o surgimento de lesões cáries. As lesões podem evoluir e adquirir as características clínicas de opacidade do esmalte, escurecimento de dentina e amputação da coroa dentária. O tratamento do tipo preventivo da cárie envolve eliminar os agentes causadores da infecção, promover a educação em saúde, fluoroterapia e administração de saliva artificial (ALBUQUERQUE *et al*, 2010).



Figura 3. Cárie de Radiação. *Fonte: www.plus.google.com*



Figura 4. Perda parcial do esmalte e exposição da dentina. *Fonte: www.bocanotromboneitaguai.com*

É vital a participação do profissional da odontologia dentro da equipe multidisciplinar do tratamento antineoplásico, tanto nas fases iniciais de diagnóstico, quanto durante a terapia, realizando avaliações estomatológicas e dando ao paciente condição de ser submetido às atividades terapêuticas com a melhor expectativa de cura, prevenindo ou reduzindo os efeitos colaterais. (HESPANHOL *et al*, 2007).

É evidente que o setor de atuação do cirurgião dentista é a cavidade oral, mas é necessário que ele tenha conhecimento sobre a saúde geral do paciente. Isso inclui os danos causados pelo câncer e intervindo com tratamentos odontológicos em todas as fases da terapia. A participação no tratamento será aperfeiçoada à medida que o cirurgião-dentista interage com os demais profissionais envolvidos no tratamento como, por exemplo, o radioterapeuta. É de vital importância que o dentista possua conhecimento sobre as características do câncer, as alterações decorrentes do tratamento (seja ela positiva ou negativa) e ajustar condutas odontológicas sempre que necessário para um melhor resultado. (SANTOS, 2014)

CONCLUSÃO

As neoplasias são doenças que acometem indivíduos ao redor do mundo. A sua patogenia ocorre de maneira complexa com consequências em diversos sistemas humanos. Diante deste fato torna-se uma exigência a atuação de uma equipe multiprofissional que trabalhe de forma integrada visando à cura, o aumento da expectativa de vida do paciente com a melhor qualidade possível. Devido às implicações estomatológicas associadas a processos neoplásicos e/ou a seu tratamento, com

destaque para as infecções oportunistas, mucosite, osteorradionecrose, cárie de radiação, xerostomia, entre outras.

Face ao exposto, salienta-se a importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional durante todas as etapas do tratamento, mediante ações preventivas e curativas, visando a eliminação intercorrências que possam interferir com os protocolos de tratamento, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes e suas expectativas de vida.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R.D; MORAIS, V.L; SOBRAL, A.V. (2007). **Protocolo de atendimento odontológico a pacientes oncológicos pediátricos - revisão de literatura.** Revista de Odontologia da UNESP.
- ANDERSON, L; MEDEIROS, F.B., CIAMPONI, A. (2014). **Cuidados Odontológicos em Pacientes Oncológicos.** Onco&.
- GHELARDI, I; SOARES JÚNIOR, L.V; SANTOS, P. S; TEIXEIRA, S. S; MATSUSHITA, C. M; CARRILLO, C. M; PERES, M. S. (2008). **A necessidade da Avaliação e Tratamento Odontológico Pré-Radioterapia.** Prática Hospitalar.

GRIMALDI, N; SARMENTO, V;
PROVEDEL, L; ALMEIDA, D; CUNHA, S.
(2005). **Conduta do cirurgião-dentista na
prevenção e tratamento da
Osteorradiocrose: revisão de literatura.**
Revista Brasileira de Cancerologia.

HESPANOL, F; TINOCO, E.M; TEIXEIRA,
H.D; FALABELLA, M.V; ASSIS, N.D.
(2010). **Manifestações bucais em pacientes
submetidos a quimioterapia.** Ciência &
Saúde Coletiva.

MORAIS, T.N; SILVA, A; AVI, A.R;
SOUZA, P.R; KNOBEL, E; CAMARGO, L.
A. (2006). **A Importância da Atuação
Odontológica em Pacientes Internados em
Unidade de Terapia Intensiva.** Revista
Brasileira de Terapia Intensiva.

OSTERNE, R.L; BRITO, R.G;
NOGUEIRA, R.M; SOARES, E.D; ALVES,
A.N; MOURA, J.B; SOUSA, F.B. (2007).
**Estudo Clínico em Pacientes Postadores de
Neoplasias Malignas: Estudo Clínico
Epidemiológico e Análise de Necessidades
Odontológicas de 421 Pacientes.** Revista
Brasileira de Cancerologia.

Santos, F. D. (2014). **Tratamento
Odontológico em Pacientes com Câncer:
Revisão Sistemática.** Natal.